

ОКРУГ

# ПОВІДОМЛЕННЯ CALFRESH ПРО ПЕРЕПЛАТУ ЛИШЕ У АДМІНІСТРАЦІЇ (ПА) ВИПАДКУ ПОМИЛОК

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_  
Назва справи: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Ім'я працівника: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

## УУ вас є додаткові питання?

**Зверніться до працівника, який веде вашу справу.**

**Слухання справи адміністрацією штату:** Якщо ви вважаєте, що дана дія є неправильною, ви можете попросити про слухання вашої справи адміністрацією штату. На звороті даної сторінки, написано, як це можна зробити. Ваші пільги не можуть бути змінені, якщо ви просите про слухання до того, як така дія відбудеться.

Занадто багато талонів на харчування CalFresh було видано:

- родині.
- родині, спонсором якої ви є.

Причини:

- Враховуючи отриманий заробіток, про який не було повідомлено, ви не можете претендувати на 20% відрахування.

Ви повинні повернути надлишкові пільгові талони CalFresh.

Надлишкокові пільгові талони CalFresh на суму \$ \_\_\_\_\_ було випущено за період \_\_\_\_\_.

Родина отримала суму у \$ \_\_\_\_\_ талонами на харчування CalFresh. Родина повинна була отримати суму у \$ \_\_\_\_\_ пільгами CalFresh. Сума у \$ \_\_\_\_\_ (надлишкові пільги CalFresh) – це сума, яку ви отримали, мінус те, що ви повинні були отримати.

Ця сума була зменшена на \$ \_\_\_\_\_ через те, що ми отримали відшкодування частини суми заборгованості. На даний час ви заборгували \$ \_\_\_\_\_.

**Дивіться, як ми розрахували надлишкову суму, що ви отримали, на табличці, що додана до цієї інформації.**

- Ви не повинні використовувати пільги програми SSI (додатковий дохід із соціального забезпечення) для відшкодування даної переоплати.

### ЛОМЕЛІ В. САЕНЦ

- Федеральні правила вимагають від нас користуватися правилом, яке дає нам можливість списати будь-яку частину вашого боргу, якщо ми вважаємо, що ви не можете його оплатити. Ми списуємо частину боргу тільки у випадках, коли округ допустив помилку. Через помилку округу ми стягуватимемо вище зазначену суму, зменшуючи суму вашої місячної допомоги на 5% або \$10.00 (залежно що більше) протягом 36 місяців. Наприкінці цього строку залишок переоплаченої суми буде списаний і стягуватися не буде.
- Стягнення відшкодування за переоплату здійснюватиметься з усіх дорослих членів родини.

### ВИ ПОВИННІ:

Сплатити за надлишкові пільгові талони на харчування CalFresh повністю, або заповнити, підписати та повернути форму Угоди про відшкодування (Repayment Agreement) (DFA 377.7E1), та оплатити, як домовлено.

**Попередження:** Якщо ви вважаєте, що така переоплата неправильна, це ваша остання можливість попросити про надання слухання. На звороті даної сторінки, написано, як це можна зробити. Якщо ви продовжуватимете отримувати CalFresh, округ може зменшити суму ваших пільг CalFresh для стягнення суми переоплати. Якщо ж ви припините отримувати CalFresh до повернення переоплати, округ може стягнути вашу заборгованість із повернення податку на прибуток.

### ДІЇ ПРОГРАМИ:

- Ваша угода про відшкодування ґрунтуватиметься на вашій платоспроможності, розрахованій округом. Будь-які зміни у вашій платоспроможності можуть змінити щомісячні платежі.
- Якщо ви не підпишете та не повернете угоду протягом 30 днів від дати даного повідомлення, сума пільг CalFresh, які ви отримуєте, буде зменшена на \_\_\_\_\_% починаючи з \_\_\_\_\_.
- Якщо ви не відшкодуєте переоплату, округ може використати інші способи стягнення заборгованої суми, такі як, через суд, інші методи колекторських агенцій та за допомогою примусового державного стягнення.
- Якщо ця помилка буде пізніше визнана судом або слуханням як навмисне порушення програми, застосовуватимуться штрафи, навіть якщо ви погодитесь відшкодувати ваш борг.
- Якщо заборгованість не буде виплачена або на родину буде подано в суд, вам, можливо, доведеться сплатити додаткові витрати на обробку чи судові витрати.
- Якщо ви не сплатите суму заборгованості, округ може забрати відшкодований вам податок з прибутку штату/федерації та/або попросити суд накласти арешт на заробіток та будь-яку нерухомість у вашій власності.

**Правила:** Застосовуються такі правила: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz and Duarte v. Saenz.

Ви можете ознайомитися з ними у відділі соціального забезпечення.

## ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Якщо ви не згодні з будь-якою дією округу, ви маєте право подати запит на слухання. Для того щоб подати його, ви маєте тільки 90 днів. 90-денний період починається з дня отримання (поштою) цього сповіщення від округу. Якщо ви мали вагомні причини, які завадили вам подати запит на слухання в межах 90 днів, ваше право на слухання зберігається. Якщо ви повідомите про вагомні причини, слухання може бути заплановане.

Якщо ви подасте запит на слухання перед тим, як процедура щодо програм Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh (Food Stamps) або Child Care буде здійснена:

- Умови програм Cash Aid або Medi-Cal залишатимуться такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Послуги Child Care (соціального забезпечення дітей) можуть залишатися такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Умови програми CalFresh (Food Stamps) залишатимуться такими самими до слухання або завершення періоду сертифікації, залежно від того, що відбудеться раніше.

Якщо згідно з рішенням слухання ми будемо праві, на вас покладатиметься зобов'язання оплатити нам усі отримані додаткові послуги за програмами Cash Aid, CalFresh (Food Stamps) або Child Care. Щоб ми зменшили або скасували пільги до слухання, поставте позначку:

Так, зменшити або скасувати:  Cash Aid  
 CalFresh (Food Stamps)  Child Care

Протягом очікування на рішення слухання щодо:

Програми Welfare to Work:

Ви не повинні брати участь у діяльності.

Ви можете отримувати виплати на догляд за дитиною через роботу або діяльність, що були ухвалені округом перед сповіщенням.

Якщо ми повідомимо про скасування виплат за інші види допоміжних послуг, ви більше не отримуватимете виплати, навіть якщо продовжуватимете діяльність.

Якщо ми повідомимо про оплату нами інших допоміжних послуг, вони будуть оплачені у розмірі та способом, що будуть повідомлені у сповіщенні.

- Щоб отримати такі допоміжні послуги, ви повинні займатися діяльністю, про яку вам повідомить округ.
- Якщо розмір допоміжних послуг, оплачуваних округом, протягом очікування рішення слухання, буде недостатнім для участі, ви можете припинити займатися такою діяльністю.

Програми Cal-Learn:

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили про те, що не можемо обслуговувати вас.
- Ми оплачуватимемо допоміжні послуги Cal-Learn тільки щодо ухваленної діяльності.

## ІНША ІНФОРМАЦІЯ

**Учасники плану регульованого медичного обслуговування Medi-Cal:** Процедура, зазначена у цьому сповіщенні, може скасувати для вас послуги плану регульованого медичного обслуговування. Якщо у вас є питання щодо послуг для учасників, ви можете звернутися до представників плану медичного обслуговування.

**Допомога для дітей та/або допомога на медичне обслуговування:** Місцева організація з питань забезпечення дітей допоможе вам безкоштовно отримувати допомогу, навіть якщо ви не берете участі в програмі Cash Aid. Якщо організація наразі отримує допомогу для вас, вона й надалі робитиме це, якщо ви не попросите її у письмовій формі припинити цю процедуру. Організація надішле вам зібрану поточну допомогу, але утримає прострочену виплату, що призначається для округу.

**Планування родини:** Заклад соціального забезпечення надасть вам запитану інформацію.

**Справа для слухання:** Якщо ви подасте запит на слухання, Відділ з питань слухань відкриє справу. Ви маєте право ознайомитися зі справою перед слуханням, а також отримати копію позиції округу щодо вашої справи у письмовій формі щонайменше за два дні до слухання. Штат може передати вашу справу для слухання у Департамент соціального забезпечення та Міністерства охорони здоров'я, соціального забезпечення та сільського господарства США (розділи кодексу щодо соціального забезпечення та закладів 10850 та 10950).

NA BACK 9 (Ukrainian) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2011) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

## ЩОБ ЗАПИТАТИ СЛУХАННЯ:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копію лицевого та зворотного боку цієї сторінки та збережіть її.  
Якщо ви попросите, працівник зробить для вас копію цієї сторінки.
- Надішліть або віднесіть сторінку:

АБО

- Зателефонуйте безкоштовно: 1-800-952-5253 або для осіб з порушенням слуху або мовлення, які використовують TDD, – 1-800-952-8349.

**Щоб отримати допомогу:** Ви можете спитати про свої права щодо слухання або запитати юридичні послуги за номерами безкоштовних телефонів штату, що вказані вище. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому офісі надання юридичної допомоги або інформації щодо прав на соціальне забезпечення.

Якщо ви не хочете йти на слухання самостійно, ви можете привести друга або іншу особу.

## ЗАПИТ НА СЛУХАННЯ

Я хочу подати запит на слухання з приводу процедури Департаменту соціального забезпечення округу \_\_\_\_\_ стосовно:

- Cash Aid  CalFresh (Food Stamps)  Medi-Cal  
 Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

ПРИЧИНА: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Якщо вам потрібно більше вільного місця, зробіть помітку та вклавть сторінку.
- Мені потрібні послуги перекладача від штату безкоштовно (родич або друг не може надавати послуги перекладу під час слухання).

Мова (діалект), якою я володію: \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЧІЙ ПІЛЬГИ БУЛИ ВІДХИЛЕНІ, ЗМІНЕНІ АБО СКАСОВАНІ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

ФАКТИЧНА АДРЕСА \_\_\_\_\_

МІСТО \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ІНДЕКС \_\_\_\_\_

ПІДПИС \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ЗАПОВНИЛА ФОРМУ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

- Я хочу, щоб вищезазначена особа представляла мене під час слухання. Я даю цій особі дозвіл на перегляд моїх документів, а також на представлення мене під час слухання (цією особою може бути ваш друг або родич, але він не може надавати послуги перекладу).

ІМ'Я \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

ФАКТИЧНА АДРЕСА \_\_\_\_\_

МІСТО \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ІНДЕКС \_\_\_\_\_