

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПЕРЕПЛАТУ ПО ПІЛЬГАМ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH ВИКЛЮЧНО ЧЕРЕЗ АДМІНІСТРАТИВНІ ПОМИЛКИ (АП)

Дата повідомлення : _____
Справа : _____
Ім'я та прізвище : _____
Номер : _____
Працівник, що веде : _____
вашу справу : _____
Ім'я та прізвище : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адреса : _____

(ОТРИМУВАЧ)

Занадто багато пільг по програмі CalFresh було надано:

- домогосподарству.
- домогосподарству, якому ви надавали фінансову допомогу.

Причини:

- Неповідомлений зароблений дохід не дає право на 20% відрахування.

Ви повинні повернути надлишкові пільги CalFresh.

\$ _____ надлишкових пільг CalFresh було надано за період _____.

Домогосподарство отримало пільг CalFresh на суму \$ _____.

Домогосподарство повинно була отримати пільг CalFresh на суму \$ _____. \$ _____ (надлишкові пільги CalFresh), які ви отримали, мінус ті, які ви мали отримати.

Цю суму було зменшено на \$ _____, тому що ми отримали частину суми, що підлягає поверненню. Тепер ви винні \$ _____.

Подивитись, яким чином ми вираховували надлишкову суму можна у відомості, що надіслана вам разом із цим повідомленням.

- Для повернення суми цієї переплати, ви не повинні використовувати будь-які пільги SSI, які отримуєте.
- Гроші за помилково надані пільги будуть стягуватись із всіх дорослих осіб у складі домогосподарства.

ВИ ПОВИННІ АБО:

Повернути повну суму надлишкових пільг CalFresh, або заповнити, підписати та повернути форму Угоди про повернення грошей (DFA 377.7E) та здійснювати платежі згідно цієї угоди.

Правила: Застосовуються такі правила: MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4

Ви можете ознайомитися з ними у вашому місцевому відділі соціального забезпечення.

У вас є додаткові питання? Зверніться до працівника, що веде вашу справу.

Слухання справи адміністрацією штату: Якщо ви вважаєте, що дана дія є неправильною, ви можете попросити про організацію слухання вашої справи адміністрацією штату. На звороті цієї сторінки написано, як це можна зробити. Якщо ви попросите про слухання до того, як означена дія набуде сили, ваші пільги можуть залишитись без змін.

Попередження: Якщо ви впевненні, що ця переплата не відповідає дійсності, це ваш останній шанс попросити про організацію слухання. Якщо ви залишитесь у програмі CalFresh, округ може зменшити обсяг ваших пільг за програмою CalFresh, щоб стягнути суму переплати, якщо вона сталась не через помилку округу. Якщо ви припините участь у програмі CalFresh до повернення цієї переплати, то округ може утримати цю заборгованість із суми відшкодування прибуткового податку на рівні штату/федерального прибуткового податку.

ПЛАНОВІ ЗАХОДИ:

- Угода про повернення грошей складена на основі вашої визначеної округом поточної платоспроможності. Будь-які зміни у вашій платоспроможності можуть змінити розмір щомісячних платежів.
- Якщо на протязі 30 днів із дня отримання цього повідомлення ви не підпишете і не повернете цю угоду, обсяг пільг, які ви отримуєте за програмою CalFresh, буде зменшено на _____% починаючи з _____.
- Якщо ви не повернете означену суму, округ може вдатись до інших засобів стягнення цієї заборгованості, наприклад, через суд, за допомогою інших методів та заходів агентств із стягнення заборгованостей та федеральних органів по стягненню заборгованостей.
- Якщо при подальшому розгляді цієї помилки в суді або на слуханні буде визначено, що вона сталась із вашої вини, то вам прийдеться сплатити пеню, навіть, якщо ви погодитесь повернути суму заборгованості.
- У разі протермінування вимоги або порушення справи проти домогосподарства, вас можуть змусити додатково оплатити витрати на розгляд справи або судові витрати.
- Якщо ви не повернете суму заборгованості, округ може вирахувати її із суми відшкодування вашого прибуткового податку на рівні штату/федерального прибуткового податку та/або попросити суд додати вашу зарплату або будь-яке майно, що вам належить.

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 вклавіть 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 _____

