

ОКРУГ

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВІДШКОДУВАННЯ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ CALFRESH У ЗВ'ЯЗКУ З НАВМИСНИМ ПОРУШЕННЯМ ПРАВИЛ ПРОГРАМИ (IPV) АБО ЗМІНОЮ СТАТУСУ З НЕНАВМИСНОЇ ПОМИЛКИ РОДИНИ ІНЕ НА IPV

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

(ADDRESSEE)

Занадто багато талонів на харчування було видано:

- родині.
 родині, спонсором якої ви є.

Причини:

- Вам уже повідомляли про цю переплату пільг CalFresh, і округ, напевне, через це щомісяця видавав вам менше талонів на харчування. На суді або під час слухання вашої справи адміністрацією штату цю дію було визнано навмисним порушенням програми (IPV), або ви підписали угоду про згоду на дискваліфікацію (Disqualification Consent Agreement) або добровільну відмову від адміністративного слухання з питань дискваліфікації (Administrative Disqualification Hearing Waiver), і тепер це IPV. Дане повідомлення містить інформацію про суму, яку ви заборгували, що може перевищувати суму, про яку вам повідомляли раніше. Округ збирає 10% або \$10 (що більше) з вашої місячної суми для погашення переплаченої суми. Округ тепер може збирати до 20% або 20\$ (що більше) з вашої місячної суми, отже, сума талонів на харчування, що ви отримуєте, може змінитися.

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

Ви повинні повернути надлишкові пільги CalFresh.

Надлишкові пільги CalFresh на суму \$ _____ було випущено за період _____.

Родина отримала суму у \$ _____ у пільгах CalFresh.

Родина повинна була отримати суму у \$ _____ у пільгах 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 заборгували родині пільги за минулі місяці, або ми отримали відшкодування частини заборгованої суми.

- Ця сума була збільшена на \$ _____ через те, що сума переплати була перерахована, оскільки вона стала IPV.

Тепер ви заборгували \$ _____.

Правила: Застосовуються такі правила: MPP 63-801.43, 63-801.23. 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: Ви можете попросити про надання слухання стосовно цієї дії, **якщо** ще не було слухання **по справі даної** переплати. Якщо ви вважаєте, що нова сума пільг CalFresh, яку ви заборгували, неправильна, ви можете попросити про слухання. 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.

- Ви не повинні використовувати пільги програми SSI (Supplemental Security Income) (Програма «Додатковий дохід по соціальному забезпеченню») для відшкодування даної переплати.
- Стягнення відшкодування за переплату здійснюватиметься з усіх дорослих членів родини.

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

ВИ ПОВИННІ:

Оплатити за надлишкові пільги CalFresh повністю, або заповнити, підписати та повернути форму угоди про відшкодування (Repayment Agreement) (DFA 377.7G), та оплатити, як домовлено.

ДІЇ ПРОГРАМИ:

- Ваша угода про відшкодування ґрунтуватиметься на вашій можливості платити, розрахованій округом. Будь-які зміни у вашій платоспроможності можуть змінити щомісячні платежі.
- Якщо ви не підпишете та не повернете угоду протягом 30 днів з дати даного повідомлення, сума пільг CalFresh, які ви отримуєте, буде зменшена на _____% з _____.
- Якщо ви не відшкодуєте переплату, округ може використати інші способи стягнення заборгованої суми, такі як через суд, інші методи колекторських агенцій та за допомогою примусового державного стягнення.
- Якщо це навмисне порушення програми було ненавмисною помилкою родини, штрафи застосовуватимуться навіть, якщо ви погодитесь відшкодувати ваш борг.
- Якщо заборгованість не буде виплачена або на родину буде подано в суд, вам, мабуть, доведеться оплатити додаткові витрати на обробку або судові витрати.
- Якщо ви не оплачуєте 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.

Попередження: Якщо ви вважаєте, що ця переплата неправильна, це ваша остання можливість попросити про надання слухання. Якщо ви будете продовжувати отримувати талони на харчування, округ може зменшити суму ваших талонів на харчування для збору суми переплати. Якщо ж ви припините отримувати талони на харчування до повернення переплати, округ може забрати те, що ви заборгували з повернення податку на прибуток.

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 вклядіть 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 _____