

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОДАННЯ ПОЗОВУ

Продовження

ОКРУГ

ШТАТ КАЛІФОРНІЯ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАЛІФОРНІЇ

Дата повідомлення: _____
НОМЕР СПРАВИ: _____
НОМЕР СПРАВИ: _____
Ім'я Працівника _____
Номер/ ID: _____
Телефон: _____
Цілодобова Інформація _____
Адреса: _____

Питання? Запитайте у вашого працівника або зателефонуйте за номером, зазначеним вище.

Слухання адміністрацією штату: Якщо ви вважаєте, що це рішення є помилковим, ви можете попросити слухання. На зворотному боці зазначено, як це зробити. Вашу допомогу не можна змінити, якщо ви просите слухання до цього рішення.

Якщо ви отримуєте оплату щотижнево або кожен наступний тиждень, тут показано графік зростання вашого щомісячного прибутку.

По-перше, ми додаємо весь прибуток, що ви отримали протягом місяця та поділяємо його на кількість виплат, що ви отримали. Потім помножуємо цю суму на середню кількість платежів на місяць.

- Якщо вам платять щотижня, ви можете отримувати платню 4 або 5 разів на місяць. 4.33 – це середня кількість платежів на місяць.
- Якщо вам платять через тиждень, ви можете отримувати платню 2 чи три рази на місяць. 2.167 - це середня кількість платежів на місяць.

Ось інформація для Вас:

_____ Відзначений Прибуток	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	+\$ _____
Сума прибутку, про яку повідомлено	+\$ _____
# Платежів, про які повідомлено	÷ _____
Щотижневу Кількість	=\$ _____
Помножено на	X _____
Місячну Кількість	=\$ _____

Щомісячна сума грошової допомоги

Секція А. Підрахований прибуток, за Місяць _____

1. Всього прибуток від самозайнятості \$ _____
2. Витрати у разі самозайнятості:
 - a. 40% Стандарт - _____
 - АБО
 - b. Справжній - _____
3. Чистий прибуток від самостійної зайнятості = _____
4. Всього нетрудових прибутків по інвалідності (DBI) (Група сприяння + Не члени Групи Сприяння) \$ _____
5. \$225 Нехтування DBI (якщо #4 більше за \$225) - _____
6. Вільний від податків, Отриманий через інвалідність Прибуток = _____
- АБО
7. Невикористаний проігнорований щоденний показник бізнес-аналізу (DBI) = _____
8. Чистий прибуток від самозайнятості (вищезазначений) + _____
9. Сума інших зароблених прибутків + _____
10. Невикористана сума 225USD (з п.7) - _____
11. Проміжний підсумок = _____
12. Нехтування Заробленим Прибутком 50% - _____
13. Проміжний підсумок = _____
14. Вільний від податків, Отриманий через інвалідність Прибуток (з #6) + _____
15. Проміжний підсумок = _____
16. Інші Вільні від податків Прибутки (Група сприяння + не члени Групи сприяння) + _____

Чистий Врахований Прибуток = _____

Секція Б. Ваша Грошова допомога, Місяць _____

1. Максимальна Допомога _____ Осіб (Група сприяння + Не члени Групи Сприяння) \$ _____
2. Особливі Потреби (Група сприяння + Не члени Групи Сприяння) + _____
3. Чистий Врахований Прибуток із Секції А (вищезазначений) - _____
4. Проміжний підсумок = _____
5. Максимальна допомога _____ Осіб (лише для Груп Сприяння) (Виключаючи MFG, або оштрафовану особу) \$ _____
6. Особливі потреби (Лише для Груп Сприяння) + _____
7. Максимальна Допомога Проміжний підсумок = _____
8. **Повна Сума Допомоги за Місяць Проміжний Підсумок** (Найнижча кількість у рядку 4 або 7) = _____
9. Рядок 8 опрацьований для частини місяцю = _____
10. Регулювання: 25% Штраф(и) з допомоги на дитину - Інші штрафи - _____
- Переплата - _____
- Шкільний Бонус (\$100 або \$500) + _____
11. **Щомісячна Сума Грошової Допомоги** (Рядок 8 або 9 відрегульовано) \$ _____
12. Поточна сума грошової допомоги (Якщо ця сума більша За #11, сума Вашої грошової допомоги не зміниться) = _____

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 вклавте 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 _____