

# ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ОТРИМАННЯ ІНШИМ ОКРУГОМ СПРАВИ ПРО ВИПЛАТУ ПІЛЬГОВОЇ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_  
Назва справи : \_\_\_\_\_  
Номер Прізвище та ім'я працівника : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адреса : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

Виникли запитання? Зверніться до працівника, який займається вашою справою.

**Слухання на рівні штату. Якщо ви вважаєте, що до вас застосовано неправомірні дії, то можете вимагати слухання. Докладніше див. на зворотній стороні цього аркуша. Якщо вимагати слухання до моменту набуття цим рішенням чинності, розмір пільгових виплат може залишитися без змін.**

Округ \_\_\_\_\_ передав вашу справу про виплату пільгової допомоги за програмою CalFresh нашому Округу.

Цей лист містить новий номер вашої справи, а також ім'я, прізвище та номер телефону працівника, який нею займатиметься. Користуйтеся цими даними, щоб зв'язатися з нами.

Нижче зазначено пільги, які ви отримуватимете за програмою продовольчої допомоги CalFresh.

\$ \_\_\_\_\_ станом на \_\_\_\_\_ для такої кількості осіб:  
\_\_\_\_\_ MM/DD/CCYY

Для отримання вказаних вище пільгових виплат ви отримаєте нову картку електронних виплат соціальної допомоги (ЕВТ). Якщо ви не отримали нову картку ЕВТ, зв'яжіться з нашим відділенням.

Якщо на старій картці ЕВТ, виданій попереднім Округом, залишилася певна сума пільгових виплат, ви можете користуватися нею, доки не використаєте всі пільги. Ви не зможете використовувати стару картку ЕВТ для отримання вказаних вище пільгових виплат.

Про зміни, які можуть вплинути на ваше право отримувати пільгові виплати, ви маєте повідомити в терміновому звіті, а також сповістити про них відповідного працівника, скориставшись наведеною в цьому повідомленні інформацією.

Щоб пройти щорічну повторну сертифікацію для участі у програмі продовольчої допомоги CalFresh, ви обов'язково повинні заповнити надіслані вам форми.

**Правила.** Застосовуються такі правила: «All County Letter 11–22» та «Закон про роботу органів соціального забезпечення» (параграф 11053.2). З цими документами можна ознайомитись в установі 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 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.
- Ваші пільги за програмою CalFresh 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 або Child Care. Щоб ми зменшили або скасували пільги до слухання, поставте позначку:

Так, зменшити або скасувати:  Cash Aid  CalFresh  
 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 4/2013) - 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  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 \_\_\_\_\_