

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО РІШЕННЯ

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 ці дії Округу стосовно вас є неправомірними, ви можете вимагати слухання. Якщо вимагати слухання до моменту набуття цим рішенням чинності, розмір пільгових виплат може залишитися без змін. Якщо ви не погоджуєтесь з рішенням Округу або працівник, який займається вашою справою, тривалий час не відповідає на запит, не зволікайте та вимагайте слухання. Подати запит про слухання можна лише протягом установленого періоду. Докладнішу інформацію, зокрема про процедуру вимагання слухання, див. на зворотній стороні цього аркуша.

Шановний(-а) _____ . Наші дані свідчать про те, що ви не виконали перелічених нижче умов.

- Ви не підписали план програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці») _____.
- Ви не взяли участі _____ у такому заході: _____.
- Ви не досягли успіхів у такому виді діяльності: _____ (причина: _____).
- Ви не прийняли пропозицію щодо роботи в такій компанії: _____.
- Ви не зберегли своє робоче місце в такій компанії: _____.
- Ви не зберегли свій рівень прибутку.

Ми не змінюватимемо розмір вашої грошової допомоги.

НАМ ПОТРІБНО ОБГОВОРТИ З ВАМИ ЦЕ ПИТАННЯ

Якщо ви хочете й надалі брати участь у програмі Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»), нам необхідно обговорити з вами це питання. Вам призначено зустріч на _____ о _____ за адресою: _____ . Якщо ви потребуєте транспортування до місця зустрічі або допомоги з догляду за дитиною на час зустрічі, зателефонуйте працівникові програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»), який займається вашою справою, за вказаним нижче номером телефону.

Прізвище та ім'я працівника, відповідального за програму Welfare-to-Work: _____

Номер телефону: _____

Якщо ви не можете відвідати цю зустріч, ви повинні зателефонувати працівникові, який займається вашою справою, щоб перенести зустріч на інший час. За відсутності поважних причин час зустрічі можна змінити лише один раз. Ви також можете зателефонувати працівникові, який займається вашою справою, і обговорити проблему по телефону, якщо не бажаєте відвідувати зустріч. Ви повинні зателефонувати працівникові, щоб домовитися про інший час зустрічі або обговорити свою проблему по телефону, до _____.

Під час розмови з працівником вас запитують, чи мали ви поважні причини («достатні підстави»), щоб не виконувати наші вимоги. Якщо ці поважні причини буде підтверджено, ми не виключатимемо вас із програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»). Поважними причинами ми вважаємо відсутність допомоги з догляду за дитиною або можливості транспортування до місця призначення. Інші поважні причини див. у формі «Запит на визначення достатніх підстав», що додається до цього повідомлення.

Якщо у вас немає поважної причини для невиконання наших вимог, ви можете погодитися на план заходів із досягнення нормативів програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»). Ми не виключатимемо вас із програми, якщо ви погодитесь на план заходів із досягнення нормативів і будете виконувати його вимоги. Якщо ви погоджуєтесь на план заходів із досягнення нормативів, але згодом не виконуєте його вимог, вас буде виключено з програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»). Щойно це станеться, ви отримаєте окреме повідомлення про виключення з програми.

ЯК ЗАЛИШИТИСЬ У ПРОГРАМІ WELFARE-TO-WORK

Станом на _____ вас буде виключено з програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»), якщо у вас немає поважної причини для невиконання наших вимог. Якщо у вас немає такої причини, але ви й надалі хочете брати участь у програмі, ви можете погодитися на план заходів із досягнення нормативів програми Welfare-to-Work. Якщо ви не погоджуєтесь на цей план, ми більше не надсилатимемо вам жодних повідомлень, крім повідомлення про виключення вас із програми Welfare-to-Work.

Ми не оплачуватимемо транспортування або витрати, пов'язані з роботою чи навчанням, у період, коли ви вже не є учасником програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»). Якщо ви працюєте або навчаєтесь, ми можемо оплатити догляд за дитиною.

ЯК ПОВЕРНУТИСЯ ДО ПРОГРАМИ WELFARE-TO-WORK

Якщо вас виключено з програми Welfare-to-Work («Від соціального забезпечення до праці»), пізніше ви матимете змогу приєднатися до неї знову. Щоб дізнатися, коли ви знову зможете стати учасником програми та що потрібно для цього зробити, зателефонуйте до Округу за номером _____.

ПОТРІБНА БЕЗКОШТОВНА ЮРИДИЧНА ДОПОМОГА? Ви можете звернутися за безкоштовною допомогою з приводу цього питання до таких установ:

Місцевий центр правової допомоги: ()

Державна організація із захисту прав людини на соціальне забезпечення: ()

Програма продовольчої допомоги CalFresh. Якщо недотримання вимог програми Welfare-to-Work спричинило накладення штрафних санкцій за програмою продовольчої допомоги CalFresh, вас буде також позбавлено пільг CalFresh. У випадку штрафних санкцій за програмою CalFresh ви отримаєте ще одне повідомлення з інформацією про період, протягом якого нарахування пільг за програмою CalFresh буде припинено.

Програма медичної допомоги Medi-Cal. Це повідомлення про рішення НЕ впливає на пільги за програмою медичної допомоги Medi-Cal і не припиняє їх нарахування. **Зберігайте свої пластикові ідентифікаційні картки на пільги.**

Правила. Застосовуються такі правила: CalWORKs MPP, § 42-712 (винятки); 42-713 (достатні підстави); 42-721 (невиконання вимог і достатні підстави для цього). CalFresh MPP, § 63-407.521. З цими правилами можна ознайомитись 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 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 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 _____