

ОКРУГ _____

**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО
АДМІНІСТРАТИВНЕ ПОЗБАВЛЕННЯ
ПРАВА**

Дата повідомлення : _____
Справа : _____
Назва : _____
Номер : _____
Працівник : _____
Прізвище та ім'я : _____
Номер : _____
Номер телефону : _____
Адреса : _____

(ADDRESSEE)

**Виникли запитання? Зверніться до працівника,
що веде вашу справу.**

Слухання на рівні штату. Ви не можете подавати апеляцію на рішення про позбавлення права, винесене на слуханні на рівні штату. Якщо ви вважаєте, що новий розмір пільг за програмою CalFresh для інших членів вашої родини є неправильним, ви можете вимагати слухання. Докладніше див. на зворотній стороні цього аркуша. У більшості випадків нова сума пільг не буде змінена, якщо тільки рішення про це не буде винесено на слуханні.

РІШЕННЯ ПРО ПОЗБАВЛЕННЯ ПРАВА

Вас позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh унаслідок однієї з дій, наведених нижче.

- Під час слухання на рівні штату винесене рішення про те, що ви вчинили умисне порушення правил програми.
- Рішення суду про те, що ви вчинили умисне порушення правил програми.
- Ви підписали Договір про надання згоди на позбавлення права від _____.
- Ви підписали адміністративну відмову від слухань із позбавлення права _____ (дата).
- Вас позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh у _____.

(РОЗТАШУВАННЯ)

Копія наведеного вище рішення була надіслана або передана вам. Якщо під час слухання на рівні штату винесено рішення про вчинення вами умисного порушення правил програми, влада штату або федеральні органи влади можуть і надалі переслідувати вас у судовому порядку.

ШТРАФНІ САНКЦІЇ В РАМКАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ПРАВА

Штрафні санкції в рамках позбавлення права застосовуються протягом 12 місяців за перше порушення, 24 місяців – за друге порушення або довічно – за третє порушення. У разі порушень, описаних нижче, застосовуються окремі штрафні санкції.

- Якщо суд будь-якої юрисдикції визнав вас винним у торгівлі пільгами продовольчої програми CalFresh в обмін на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухові речовини, вас може бути позбавлено права на отримання пільг довічно за перше порушення.
- Якщо суд визнав вас винним у торгівлі пільгами продовольчої програми CalFresh в обмін на речовини, розповсюдження яких контролюється законом, вас може бути позбавлено права на отримання пільг на 24 місяці за перше порушення й довічно – за друге.
- Якщо суд визнав вас винним в обміні або продажі пільг продовольчої програми CalFresh на суму від \$500, вас може бути позбавлено права на отримання пільг довічно.
- Якщо виявлено, що ви подали одночасно більше однієї заяви й надавали при цьому неправдиві відомості про свою особу чи місце проживання, вас може бути позбавлено права на отримання пільг на 10 років.

Це ваше _____ порушення, що означає:

- ви не зможете отримувати пільги за програмою CalFresh протягом _____ місяців, з _____ до _____.
- вас довічно позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh, починаючи з _____.

Правила. Застосовуються ці правила. Ви можете ознайомитися з ними у відділі соціального забезпечення. Розділи MPP 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1.

ЗАВЕРШЕННЯ ПЕРІОДУ ПОЗБАВЛЕННЯ ПРАВА

- Якщо вас позбавлено права на отримання пільг протягом 12 або 24 місяців і ви досі проживаєте з тією самою родиною, яка бере участь у продовольчій програмі CalFresh, вам автоматично буде відновлено виплату пільг за програмою CalFresh через місяць від дати завершення періоду позбавлення права, указаної вище. Якщо цього не відбулося, зверніться до працівника, що веде вашу справу, або поверніть в Округ вкладену форму.
- Якщо ви проживаєте в новій родині, що бере участь у продовольчій програмі CalFresh, ви повинні подати запит на додавання вас до цієї родини після завершення періоду позбавлення права (дату завершення вказано вище). Ви або ваш уповноважений представник маєте право подати заяву на участь у продовольчій програмі CalFresh за встановленою формою до Департаменту соціального забезпечення Округу особисто, за допомогою пошти, факсу, електронної пошти, шляхом електронного передавання даних або заповнення електронної онлайн-форми заяви на веб-сайті: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Якщо на кінець періоду позбавлення права ви проживатимете в родині, що не отримує пільги за продовольчою програмою CalFresh, ви повинні подати повторну заяву на участь у програмі CalFresh. Ви або ваш уповноважений представник маєте право подати заяву на участь у продовольчій програмі CalFresh за встановленою формою до Департаменту соціального забезпечення Округу особисто, за допомогою пошти, факсу, електронної пошти, шляхом електронного передавання даних або заповнення електронної онлайн-форми заяви на веб-сайті: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Щоб подати запит на відновлення права участі в продовольчій програмі CalFresh, ви можете повернути заповнену форму, наведену на наступній сторінці.
- Якщо вас позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh, пільги за цією програмою для вас не будуть відновлені.

ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ ІНШИХ ЧЛЕНІВ ВАШОЇ РОДИНИ

- _____ (П. І. Б.) позбавлений(-а) права участі в продовольчій програмі CalFresh. Як наслідок, упроваджено заходи, описані нижче.
- Розмір ваших пільг за програмою CalFresh зміниться з \$ _____ до \$ _____, починаючи з _____.
- Але оскільки ви повідомили про зміну, сума ваших пільг за продовольчою програмою CalFresh буде іншою. У вкладеному повідомленні про зміни вказано суму, яку ви отримуватимете.
- Виплату пільг за програмою CalFresh буде зупинено, починаючи з _____. Унаслідок позбавлення права ваш дохід буде зависоким. Ви зможете подати повторну заяву після завершення періоду позбавлення права або у випадку змінення ваших обставин.
- Ваш сертифікаційний період завершився. Ви можете подати повторну заяву в будь-який час. Розмір ваших пільг за продовольчою програмою CalFresh може змінитися, оскільки _____ (П. І. Б.) позбавлений(-а) права на отримання пільг.

ПРИМІТКИ.

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 вкладіть 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 _____