

CALFRESH ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІНУ ДІЇ СЕРТИФІКАЦІЇ РОДИН, ЯКІ СКЛАДАЮТЬСЯ ЛИШЕ З ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ІНВАЛІДІВ

(Addressee)

ОКРУГ

Дата повідомлення : _____
 Ім'я справи : _____
 Номер справи : _____
 Ім'я працівника : _____
 Номер працівника : _____
 Номер телефону : _____
 Адреса : _____

Вам потрібна допомога або у Вас є питання? Запитайте свого соціального працівника.

Розгляд справи урядом штату: Якщо Ви вважаєте цю дію помилковою, Ви можете подати прохання про розгляд справи. На зворотній стороні цієї сторінки пояснено, як це зробити. Ваша соціальна допомога може залишитися тією самою, якщо Ви попросите про розгляд справи до вжиття заходів.

ОСОБЛИВА ПРИМІТКА

Ми повідомили Вам, що для повторної сертифікації співбесіда не потрібна. З огляду на зміни, про які Ви повідомили округ, **Вам тепер потрібно пройти** співбесіду для повторної сертифікації.

- Період, протягом якого Ви є сертифікованими за програмою CalFresh, закінчиться _____.
(МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)
- Проходження інтерв'ю є необхідною вимогою. співбесіди зазвичай відбуваються по телефону крім тих випадків, коли Ви попросили про особисту співбесіду. Якщо Вам потрібна допомога через інвалідність, будь ласка, відразу ж повідомте про це окружний офіс.

НАСТУПНІ КРОКИ

- Будь ласка, повністю заповніть заяву і поверніть її до окружного офісу до першого дня того місяця, коли закінчується термін Вашої сертифікації: _____.
(МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)
Подача заяви із запізненням може спричинити затримку виплати соціальної допомоги.
- Ви отримаєте окремого листа, в якому Вам повідомлять дату та час співбесіди. Відразу ж зателефонуйте своєму соціальному працівникові, якщо протягом 10 днів після отримання цього повідомлення Ви не отримали листа з датою та часом співбесіди.
- Якщо Ви не можете пройти співбесіду в призначений час, перенесення її є Вашою відповідальністю.
- Якщо Ви повідомляєте про зміни, наприклад, прибутків та витрат, **будь ласка, додайте підтвердження** цих змін до своєї заяви. Підтвердження будь-яких змін повинно бути надано не пізніше кінця того періоду, на який Вас було сертифіковано. Будь ласка, повідомте окружний офіс, якщо Вам потрібна допомога в отриманні цієї інформації.

ВАЖЛИВІ ПРАВИЛА

- Округ повідомить Вам, коли потрібно звітувати знову. На той час Ви повинні будете заповнити форму, яку Ви отримаєте від окружного офісу.
- В разі настання одного з нижченаведених випадків Вам, можливо, доведеться чекати (не довше 30-ти днів), щоб остаточне рішення було прийнято щодо Вашої повторної сертифікації. На додачу до цього існує можливість, що Ви отримаєте лише часткову соціальну допомогу протягом першого місяця нового періоду Вашої сертифікації.
 - Вам повідомили, що співбесіда є необхідною, але Ви не пройшли її протягом 10 днів до закінчення періоду сертифікації.
 - Ви не надали необхідних доказів до закінчення періоду Вашої сертифікації.
- Ви маєте право отримати форму заяви від окружного офісу та право на прийом Вашої заяви окружним офісом. Заява повинна бути підписаною і включати в себе як мінімум Ваше ім'я, адресу та підпис.
- Ви, або Ваш уповноважений представник, маєте право подати заяву на отримання CalFresh шляхом особистої доставки заповненої форми або пересилки її поштою, факсом або іншим шляхом передачі, доступним у Вашому окрузі (електронною поштою або заповненням форми заяви в електронному виді через сайт <http://www.benefitscal.org>).
- Якщо Ваше домогосподарство складається лише з членів, які отримують додаткову допомогу по підтримці доходу (Supplemental Security Income [SSI]), Ви або Ваш уповноважений представник маєте право подати заяву на отримання CalFresh у будь-якому відділі Служби соціального забезпечення (Social Security Administration office).

Правила: Чинними є наступні правила: CalFresh MPP
 Розділи: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Ви можете ознайомитися з ними на сайті cdss.ca.gov або у Вашому місцевому окружному офісі.

ВАШІ ПРАВА ЩОДО РОЗГЛЯДУ СПРАВИ
 Ви маєте право звернутися з проханням про розгляд справи, якщо Ви не згодні з будь-якою дією округу. У Вас є лише 90 днів для звернення з проханням про розгляд. Відлік цих 90 днів почався наступного дня після того, як округ вручив Вам або надіслав Вам дане повідомлення. Якщо у Вас є поважна причина, з якої Ви не змогли звернутися з проханням про розгляд протягом 90 днів, Ви все одно можете подавати прохання про розгляд. Якщо Вашу причину буде визнано поважною, розгляд все ж може бути призначено.

Якщо Ви звернетесь з проханням про розгляд справи до вжиття заходів з Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh або Програми надання послуг по догляду за дитиною:

- Ваші Cash Aid або Medi-Cal залишаться тими самими протягом того часу, коли Ви чекаєте на розгляд.
- Послуги по догляду за дитиною, які Вам надаються, можуть залишитися тими самими протягом того часу, коли Ви чекаєте на розгляд.
- Допомога CalFresh, яка Вам надається, залишиться тією самою на період очікування розгляду або до закінчення періоду Вашої відповідності вимогам програми, залежно від того, яке з них настане раніше.

Якщо під час розгляду буде прийнято рішення про нашу правоту, Ви будете повинні повернути нам надлишкові кошти Cash Aid, CalFresh або вартість послуг по догляду за дитиною, які Ви отримали. Щоб дати нам можливість знизити або припинити надання Вашої допомоги до розгляду, оберіть із запропонованого нижче:

Так, зменшіть або припиніть:

- ☐ Cash Aid ☐ CalFresh
☐ Послуги по догляду за дитиною

Протягом часу, коли Ви очікуєте на рішення по розгляду щодо:

Програми «Від соціального забезпечення до працевлаштування» (Welfare to Work [WTW]):

Ви не зобов'язані брати участь у заходах. Ви можете отримувати кошти для оплати догляду за дитиною протягом того часу, коли Ви на роботі або берете участь у заходах, ухвалених округом до дати цього повідомлення.

Якщо ми повідомили Вам, що інші Ваші виплати для послуг через допоміжні служби буде припинено, Ви більше не отримаєте ніяких виплат, навіть якщо Ви будете брати участь у заходах.

Якщо ми повідомили Вам, що ми будемо оплачувати інші послуги, які Ви отримуватимете через допоміжні служби, їх буде оплачено.

- Для отримання послуг через ті допоміжні служби Ви повинні брати участь у заходах, визначених округом.
- Якщо кількість послуг, які оплачує округ протягом того часу, коли Ви очікуєте на результати розгляду, є недостатньою для того, щоб брати участь, Ви можете перестати брати участь у заходах.

Cal-Learn:

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми поінформували Вас, що не можемо надати Вам цю послугу.
- Ми оплачуватимемо лише ті послуги, надані через допоміжні служби за програмою Cal-Learn, які є ухваленою діяльністю.

ІНША ІНФОРМАЦІЯ

Члени Medi-Cal плану регульованого медичного обслуговування: Заходи, розпочаті у зв'язку з цим повідомленням, можуть припинити отримання Вами послуг за допомогою Вашого регульованого плану медичного обслуговування. Ви можете зв'язатися зі службою підтримки членів Вашого плану медичного обслуговування, якщо у Вас є питання.

Аліменти та/або медична підтримка: Місцева агенція зі збирання аліментів безкоштовно допомагатиме збирати аліменти навіть якщо Ви не отримуєте фінансову допомогу. Якщо вона збирає аліменти для Вас на даний час, вона продовжуватиме це робити, аж поки Ви письмово не попросите це припинити. Агенція надсилатиме Вам зібрані поточні аліменти, але утримає зібрані прострочені кошти, які заборговано округові.

Планування родини: Ваш відділ соціального забезпечення надасть інформацію, коли Ви попросите про неї.

Матеріали справи для розгляду: Якщо Ви звернетесь з проханням про розгляд справи, Відділ Штату з Розглядів відкриє справу. Ви маєте право переглянути цю справу і отримати копію офіційної позиції округу щодо Вашої справи як мінімум за два дні до розгляду. Штат може передати Вашу справу до Відділу соціального забезпечення (Welfare Department) та Відділів охорони здоров'я і соціальних послуг (Department of Health and Human Services) та Сільського Господарства (Department of Agriculture) Сполучених Штатів. **(Збірник правил та положень щодо соціальної допомоги та установ [W&I Code], розділи 10850 та 10950.)**

ЩОБ ПОДАТИ ПРОХАННЯ ПРО РОЗГЛЯД:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копії обох сторін цієї форми для власного використання. На Ваше прохання Ваш соціальний працівник надасть копію цієї сторінки.
- Надішліть або доставте цю сторінку за адресою:

АБО

- Зателефонуйте на безкоштовну лінію за номером 1-800-952-5253 або для людей з вадами слуху чи мовлення, які використовують телекомунікаційні пристрої для глухих TDD, 1-800-952-8349.

Щоб отримати допомогу: Ви можете запитати про свої права щодо розгляду або про рекомендації, куди звернутися по правову допомогу, зателефонувавши за безкоштовними номерами штату, наданими вище. Ви можете отримати безкоштовну правову допомогу у Вашому місцевому офісі правової допомоги або у правовому офісі соціальної допомоги.

Якщо Ви не хочете йти на розгляд один(на), Ви можете взяти друга або ще когось із собою.

ПРОХАННЯ ПРО РОЗГЛЯД

Я прошу розгляду моєї справи через дії з боку Відділу соціального забезпечення _____

Округу щодо моєї допомоги: ☐ Cash Aid ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal

☐ Інша (вказіть) _____

Тут пояснено, чому: _____

☐ Якщо Вам потрібно більше місця, поставте тут галочку і додайте сторінку.

☐ Мені потрібно, щоб Штат надав мені безкоштовного перекладача. (Родич або друг не може бути Вашим перекладачем.)

Моєю мовою або діалектом є: _____

Ім'я особи, якій було відмовлено в соціальній допомозі або чию допомогу було змінено або припинено		Дата народження	Номер телефону
Вулиця, будинок, квартира	Місто	Штат	Zip-код
Підпис			Дата
Ім'я особи, яка заповнила цю форму			Номер телефону

☐ Я бажаю, щоб нижчезазначена особа представляла мої інтереси під час даного розгляду. Я даю дозвіл цій особі переглядати мої документи або бути присутньою замість мене на слуханні. (Ця особа може бути другом або родичем, але не може бути Вашим перекладачем.)

Ім'я		Номер телефону	
Вулиця, будинок, квартира	Місто	Штат	Zip-код