

ПОВІДОМЛЕННЯ ЩОДО АДМІНІСТРАТИВНОЇ ДИСКВАЛІФІКАЦІЇ

Дата повідомлення : _____
Справа : _____
Ім'я : _____
Номер : _____
Працівник : _____
Ім'я : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адреса : _____

(АДРЕСАТ)

Питання? Запитайте працівника.

Слухання адміністрацією штату: Ви не можете подати апеляцію з приводу позбавлення прав для слухань адміністрацією штату. Якщо ви вважаєте, що сума переваг CalFresh для інших членів вашої родини нарахована невірно, ви можете вимагати слухання. На зворотному боці зазначено, як це зробити. Зазвичай нова сума не змінюється, якщо тільки рішення, прийняте під час слухання, цього не змінить.

ДИСКВАЛІФІКАЦІЙНИЙ АКТ

Наступний акт відстороняє вас від програми CalFresh:

- Рішення, прийняте за слуханням штату, винайшло, що ви здійснили порушення правил міжнародної програми.
- За рішенням суду ви визнані особою, що здійснила порушення правил міжнародної програми.
- Ви підписали Угоду з Дозволу Дискваліфікації у _____.
- Ви підписали Відмову від Слухань щодо Адміністративної Дискваліфікації у _____.
- Ви були відсторонені від програми CalFresh _____ (МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ).

Копію вищенаведеного акту було вам надіслано, або віддано безпосередньо у руки. Якщо за рішенням слухань штату ви здійснили порушення правил міжнародної програми, штат, або федеральний уряд, можуть продовжувати переслідувати вас у суді.

ДИСКВАЛІФІКАЦІЙНІ ПОКАРАННЯ

Дискваліфікаційні покарання: на 12 місяців – за перше порушення, 24 місяці – за друге порушення та дискваліфікація назавжди – за третє порушення. У випадку порушення цих правил призначаються окремі покарання:

- Якщо ви визнані винним у будь-якому суді за намагання обміняти переваги від CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухівку, ви можете бути дискваліфіковані назавжди після першого порушення.
- Якщо ви визнані винним у намаганні обміняти переваги від CalFresh за регульованими обставинами, ви можете бути дискваліфіковані на 24 місяці після першого порушення, та назавжди після другого.
- Якщо ви визнані винним у намаганні обміняти або продати переваги від CalFresh, вартістю \$500 та більше, ви можете бути дискваліфіковані назавжди.
- Якщо з'ясується, що ви заповнили більше ніж одну заяву в один і той самий час, та надали невірні персональні дані або інформацію про місце проживання, ви може бути дискваліфіковані на десять років.

Це ваше _____ порушення, це позначає наступне:

- Ви не зможете отримувати переваги від CalFresh протягом _____ місяців, з _____ до _____.
- Вас було назавжди відсторонено від Програми CalFresh, починаючи з _____.

Правила: Ці правила є дійсними. Ви можете переглянути їх у вашому офісі соціального забезпечення: Розділи MPP 20-300.221(с), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1.

КІНЕЦЬ ДИСКВАЛІФІКАЦІЇ

- Якщо ви були дискваліфіковані на 12 або 24 місяці і все ще живете в тій самій CalFresh родині, ви маєте почати отримувати CalFresh автоматично, через місяць після кінцевої дати, зазначеної вище. Якщо цього не станеться, ви маєте зателефонувати своєму працівникові, або повернути заповнену заяву.
- Якщо ви живете у новій родині CalFresh, ви маєте попросити, аби вас додали до складу учасників родини, після кінцевої дати, зазначеної вище. Ви або ваш уповноважений представник маєте право заповнити анкету CalFresh, повернувши форму до департаменту з соціального забезпечення округу як персонально, так і надіславши поштою, факсом, електронною поштою, крізь електронні мережі, заповнивши електронну анкету на сайті за адресою: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Якщо ви не живете у родині, що отримує CalFresh по закінченні періоду дискваліфікації, ви маєте знову звернутися за послугами CalFresh. Ви або ваш уповноважений представник маєте право заповнити анкету CalFresh, повернувши форму до департаменту з соціального забезпечення округу, як персонально, так і надіславши поштою, електронною поштою, крізь електронну мережу, аби заповнили електронну анкету на сайті за адресою: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Ви маєте повернути форму, на наступній сторінці подати запит на відновлення CalFresh.
- Якщо вас тимчасово відсторонили від програми CalFresh, програму CalFresh не може бути відновлено.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ ІНШИХ ЧЛЕНІВ ВАШОЇ РОДИНИ

- Тому що _____ був відсторонений від Програми CalFresh:
 - Сума ваших переваг від CalFresh зміниться з \$ _____ до \$ _____ починаючи з _____.
 - Але, оскільки ви повідомили про зміну, ваші бонуси від CalFresh будуть іншими. Наведене Повідомлення про Зміни покаже суму, яку ви отримаєте.
 - Ваші переваги від CalFresh припинять свою дію починаючи з _____. У результаті цієї дискваліфікації, ваш дохід є надто високим. Ви можете звернутися до нас знову, коли закінчиться період вашої дискваліфікації або за зміною обставин.
- Період вашої сертифікації завершено Ви можете звернутися до нас знову у будь-який час. Сума ваших переваг від CalFresh має бути іншою, тому що _____ були дискваліфіковані.

КОМЕНТАРІ:

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 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 _____