

**ПОВІДОМЛЕННЯ  
ПРО ДІЮ**

**Продовження**

**ОТРИМУВАЧ – ТЕСТ НА ВІДПОВІДНІСТЬ  
ВИМОГАМ ДЛЯ ОТРИМАННЯ  
ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ**

(ADDRESSEE)

[ ]

[ ]

Ви не відповідаєте вимогам, оскільки Ваш **Загальний чистий дохід, який враховується (№18)**, перебільшує Вашу **максимальну виплату допомоги (№20)**.

**Місячна сума готівкової допомоги**

**Розділ А. Дохід, який враховується, за \_\_\_\_\_ місяць**

- 1. Дохід від самозайнятості \$ \_\_\_\_\_
- 2. Витрати на самозайнятість:
  - a. 40% стандартні АБО - \_\_\_\_\_
  - b. фактичні - \_\_\_\_\_
- 3. Чистий дохід від самозайнятості = \_\_\_\_\_
- 4. Сума нетрудового доходу з інвалідності (Disability-Based Unearned Income [DBI]) (члени домогосподарства + особи, які не є членами домогосподарства) \$ \_\_\_\_\_
- 5. \$500 неврахованого DBI (якщо №4 є більшим за \$500) - \_\_\_\_\_
- 6. Нетрудовий дохід з інвалідності, який не звільняється від сплати АБО = \_\_\_\_\_
- 7. Невикористаний неврахований DBI = \_\_\_\_\_
- 8. Чистий дохід від самозайнятості (вказаний вище) + \_\_\_\_\_
- 9. Сума іншого трудового доходу + \_\_\_\_\_
- 10. Невикористана сума з \$500 (з №7) - \_\_\_\_\_
- 11. Проміжний результат = \_\_\_\_\_**

ОКРУГ

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_

Назва справи: \_\_\_\_\_

Номер справи: \_\_\_\_\_

Ім'я працівника: \_\_\_\_\_

Номер працівника: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Маєте питання? Запитайте свого соціального працівника.

**Розгляд справи урядом штату: Якщо Ви вважаєте дану дію помилковою, Ви можете звернутися з проханням про розгляд. На сторінці 2 пояснено, як це зробити.**

- 12. 50% неврахованого трудового доходу - \_\_\_\_\_
- 13. Проміжний результат = \_\_\_\_\_**
- 14. Нетрудовий дохід з інвалідності, який не звільняється від сплати податків (з №6) + \_\_\_\_\_
- 15. Проміжний результат = \_\_\_\_\_**
- 16. Інший дохід, який не звільняється від сплати податків (члени домогосподарства + особи, які не є членами домогосподарства) + \_\_\_\_\_
- 17. Аліменти на дитину, стягнуті округом + \_\_\_\_\_
- 18. Загальний чистий дохід, який враховується = \_\_\_\_\_**
- 19. Максимальна виплата допомоги**  
Максимальна допомога для \_\_\_\_\_ осіб (члени домогосподарства + особи, які не є членами домогосподарства) \$ \_\_\_\_\_  
Особливі потреби (члени домогосподарства + особи, які не є членами домогосподарства) + \_\_\_\_\_
- 20. Максимальна виплата допомоги = \_\_\_\_\_**

**Правила:** Чинними є дані правила; Ви можете переглянути їх у своєму відділі соціального забезпечення: MPP 44-207.2, SB 80 (Розділ 27, Закони 2019 року).

**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