

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. Установлено певну кількість днів, протягом яких можна вимагати слухання. Докладнішу інформацію, зокрема про процедуру вимагання слухання, див. на зворотній стороні цього аркуша.

_____, станом на _____ ми змінили суму виплат грошової допомоги для вашої родини з \$ _____ на \$ _____, як це вказано на наступній сторінці.

Ми зменшили суму виплат грошової допомоги, яку отримує ваша родина, оскільки ви не вказали вагому причину для невиконання своїх обов'язків відповідно до плану заходів із досягнення нормативів, який ви підписали. Ви погодилися на наступне:

Ми не оплачуватимемо транспортування або витрати, пов'язані з роботою чи навчанням у період, протягом якого ви не отримуватимете грошову допомогу. Якщо ви працюєте або навчаєтесь, ми можемо оплатити догляд за дитиною.

СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ВИПЛАТ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ

Суму виплат грошової допомоги для вашої родини зменшено, оскільки ви не виконали наших вимог і були вилучені зі списку родин, які потребують допомоги. Якщо суму виплат грошової допомоги для вашої родини зменшено, ви можете відновити отримання передбаченої суми (якщо маєте на це право). Щоб це зробити, зателефонуйте в Округ із проханням повернути вам суму грошової допомоги та виконайте відповідні вимоги.

ЩОБ ЗВ'ЯЗАТИСЯ З ОКРУГОМ ІЗ ПРИВОДУ ПОВЕРНЕННЯ СУМИ ВИПЛАТ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, ЗАТЕЛЕФОНУЙТЕ ЗА ЦИМ НОМЕРОМ:

ПОТРІБНА БЕЗКОШТОВНА ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ? Нижче наведено перелік установ, де ви можете отримати безкоштовну юридичну консультацію.

Місцевий відділ правової допомоги: (____) _____

Державна організація із захисту прав людей, які потребують соціальної допомоги: (____) _____

Програма CalFresh. Якщо недотримання вимог державної програми Від соціального забезпечення до праці також спричинило штрафні санкції за програмою продовольчої допомоги CalFresh, ви не зможете отримувати пільги за цією програмою. У випадку введення 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 зміну НЕ змінює або припиняє нарахування пільг за програмою медичної допомоги Medi-Cal. **Зберігайте свої пластикові ідентифікаційні картки на пільги.**

Правила. Застосовуються такі правила: CalWORKs MPP, параграфи 42-712 (винятки); 42-713 (достатні підстави); 42-721 (невідповідність та достатні підстави). CalFresh MPP, параграф 63-407.521. З цими правилами можна ознайомитись в установі 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 вклавіть 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 _____