

ОКРУГ

# ПОВІДОМЛЕННЯ ПРОГРАМИ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ПРО ЗМІНУ ДЛЯ РОДИНИ, ЯКА ПОДАЄ КВАРТАЛЬНИЙ ЗВІТ

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_  
Назва справи: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Ім'я працівника: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Якщо у вас є питання, або ви потребуєте додаткової інформації, зверніться до працівника, який веде вашу справу.

**Слухання справи адміністрацією штату:** Якщо ви вважаєте, що дана дія є неправильною, на звороті даної сторінки написано, як можна просити про надання слухання. Якщо уже відбувалось слухання по справі переплати, яку з вас зараз стягують, ви не можете просити про надання нового слухання, окрім випадків, якщо ви вважаєте, що нова сума грошової допомоги за програмою талонів на харчування, яку ви зараз отримуєте через стягнення переплати, неправильна.

## ЗМІНА У ПІЛЬГАХ

Починаючи з \_\_\_\_\_, ваші пільги за програмою талонів на харчування змінені з \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_ щомісячно з причини:

Вам повідомили про переплату талонів на харчування і ви отримуєте меншу суму талонів на харчування через те, що округ вираховує з вашої місячної суми 10% або \$10,00 (що більше) для відшкодування талонів на харчування, які ви безпідставно отримали. Через те, що за рішенням суду або адміністративного слухання, або через те, що ви підписали угоду про згоду на дискваліфікацію (Disqualification Consent Agreement) чи відмову від слухання вашої справи про дискваліфікацію (Administrative Disqualification Hearing Waiver), дана переплата була визнана навмисним порушенням рограми (IPV). Зараз ваша місячна сума змінюється, тому що округ може почати зменшувати суму, яку ви отримуєте, на 20% або \$10,00 (що більше). Якщо є ще якісь зміни до вашої місячної суми талонів на харчування, у даній формі буде про це повідомлено.

## ЗАПРОПОНОВАНІ ЗМІНИ У ПІЛЬГАХ

Починаючи з \_\_\_\_\_ сума ваших талонів на харчування може бути зменшена або надання пільг припинено через те, що разом з вашим кварталним звітом про права/статус (QR 7) ми не отримали інформації, необхідної для визначення продовження вашого права на отримання пільг або правильної суми грошової допомоги. Ми повинні отримати таку інформацію не пізніше першого дня наступного місяця:

Якщо підтвердження витрат є необхідним, а ви його не надасте, витрати не будуть враховані при розрахунку пільг на наступний квартал. Також якщо ви не надасте необхідної інформації, ваші пільги можуть бути зменшені або надання вам пільг може бути припинено.

**Правила:** До вищезазначених дій застосовуються такі правила:  
Ви можете ознайомитися з ними у вашому місцевому відділі соціального забезпечення.

## ЗМІН У ПІЛЬГАХ НЕМАЄ

Ваші пільги за програмою талонів на харчування за цей квартал не змінилися внаслідок документів/інформації, які ми отримали, тому що:

Будь-які зміни, про які ви добровільно повідомляли, повинні бути зазначені у наступному кварталному звіті (QR 7) разом з підтвердженням цих змін.

## ПРИПИНЕННЯ

Починаючи з \_\_\_\_\_, надання вам пільг за програмою талонів на харчування припинено з таких причин:

Причина, через яку надання вам пільг припинено, також позбавляє вашу родину права брати участь у програмі талонів на харчування до \_\_\_\_\_. Після закінчення періоду дискваліфікації ви можете повторно подавати заяву на отримання пільг.

## КОМЕНТАРІ

## ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Ви маєте право просити про надання слухання, якщо ви не погоджуєтесь з діями округу. У вас є лише 90 днів, щоб попросити про слухання. Термін 90 днів розпочинається у день, коли округ надав або відправив поштою це повідомлення.

Якщо ви просите про надання слухання до того, як дія по програмах Cash Aid (грошової допомоги), Medi-Cal (медичної допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care (догляду за дітьми) відбудеться:

- Пільги за програмами Cash Aid або Medi-Cal залишаться незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Пільги за програмою Child Care Services можуть залишитися незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Ваші пільги за програмою талонів на харчування залишаться незмінними до слухання або до завершення вашого періоду сертифікації, що станеться раніше.

Якщо рішення суду визнає нашу правоту, ви повинні будете відшкодувати переплачену вам суму за програмами Cash Aid (грошової допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care Services (догляду за дітьми).

Щоб ми могли зменшити або припинити надання вам пільг, відзначте, що саме: Так, зменшіть або припиніть надання:

- Cash Aid (Грошової допомоги)     Food Stamps (Талонів на харчування)  
 Child Care (допомоги по догляді за дитиною)

Поки ви очікуєте на рішення слухання стосовно програм:

**Welfare to Work (програма штату Каліфорнія з працевлаштування):**

Ви не повинні брати участь у діяльності.

Ви можете отримувати виплати по догляді за дитиною під час роботи або діяльності, затвердженої округом перед даним повідомленням.

Якщо ми повідомили вам, що платежі на інші допоміжні послуги припиняться, ви не отримаєте більше виплат, навіть якщо почнете діяльність.

Якщо ми повідомили вам, що оплатимо інші допоміжні послуги, вони будуть оплачені у сумі та способом, зазначеним у даному повідомленні.

- Для отримання цих допоміжних послуг ви повинні брати участь у діяльності, зазначеній округом.
- Якщо сума допоміжних послуг, яку сплачує округ, поки ви очікуєте на рішення слухання, є недостатньою для вашої участі у діяльності, ви можете припинити брати у ній участь.

**Cal-Learn** (програма штату Каліфорнія з надання освіти батькам-підліткам):

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили, що не можемо надати вам таких послуг.
- Ми будемо оплачувати лише допоміжні послуги програми Cal-Learn за участі у зазначеній округом діяльності.

## ІНША ІНФОРМАЦІЯ

**Особи, які отримують допомогу від плану медичного обслуговування під керівництвом програми Medi-Cal:** Дія за даним повідомленням може припинити отримання вами послуг від плану медичного обслуговування. Ви можете звернутися до організації, що надає вам послуги з медичного обслуговування, якщо у вас виникли запитання.

**Медичне обслуговування та/або аліменти на дітей:** Місцева агенція допомоги дітям безкоштовно допоможе вам стягнути аліменти, навіть якщо ви не отримуєте грошової допомоги. Якщо вони зараз стягують для вас аліменти, вони продовжуватимуть це робити, поки ви письмово не попросите їх припинити цю діяльність. Вони пересилатимуть вам стягнуті аліменти, однак, вираховуватимуть суми, які ви заборгували округу, і строк виплати яких вийшов.

**Планування сім'ї:** Ваш місцевий відділ соціального забезпечення надасть вам інформацію на ваше прохання.

**Справа для слухання:** Якщо ви просите про надання слухання, відділ слухань штату заведе на вас справу. Ви маєте право побачити цю справу до слухання та отримати копію письмової позиції округу стосовно вашої справи, принаймні, за два дні до слухання. Штат може надати вашу справу для слухання Департаменту соціального забезпечення та Департаментам охорони здоров'я й соціального обслуговування і сільського господарства. **(W&I Code Sections 10850 та 10950.)**

NA BACK 9 (Ukrainian) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

## ЩОБ ПОПРОСИТИ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копію обох сторін цього листка для свого архіву. За вашим проханням працівник, який веде вашу справу, зробить вам копію.
- Надішліть або віднесіть цей листок за адресою:

### АБО

- **Зателефонуйте за безкоштовним номером: 1-800-952-5253** або для осіб із порушенням слуху і мовлення, які використовують TDD, **1-800-952-8349.**

**Для отримання допомоги: Ви можете спитати про ваші права про слухання або про скерування на безкоштовну юридичну допомогу, зателефонувавши за безкоштовним номером штату, зазначеним вище.** Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу у місцевій юридичній консультації або відділі захисту прав отримувачів соціальної допомоги.

Якщо ви не хочете йти на слухання самі, ви можете взяти з собою друга або іншу особу.

## ПРОХАННЯ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ

Я хочу просити про надання слухання через дії Департаменту Соціального Забезпечення округу \_\_\_\_\_ стосовно:

- Cash Aid (Грошової допомоги)     Food Stamps (Талонів на харчування)  
 Medi-Cal (Програми медичної допомоги штату Каліфорнія)  
 Іншого (перелічіть) \_\_\_\_\_

Причини: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Якщо вам потрібно більше місця, відзначте цей квадрат і додайте ще один листок.
- Я прошу штат надати мені безкоштовного перекладача. (Родич або друг не може перекладати для вас на слуханні).

Моя мова або діалект: \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКІ БУЛО ВІДМОВЛЕНО У ПІЛЬГАХ, АБО ПІЛЬГИ БУЛИ ЗМІНЕНІ ЧИ ЗУПИНЕНІ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПІДПИС	ДАТА	
ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНИЛА ФОРМУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	

- Я хочу, щоб особа, зазначена нижче, представляла мене на слуханні. Я дозволяю цій особі переглядати мою справу та прийти на слухання від мого імені. (Це може бути друг або родич, але він не може для вас перекладати).

ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС