

**ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ
CALFRESH ОБ УТВЕРЖДЕНИИ/
ПРЕКРАЩЕНИИ ЛЬГОТ
ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА**

ОКРУГ

Дата извещения : _____
 Название дела : _____
 Номер дела : _____
 Имя работника : _____
 Номер работника : _____
 Номер телефона : _____
 Адрес : _____

(Addressee)

[_____]
 [_____]

Вопросы? Обратитесь к своему работнику.

Административное слушание: Если вы считаете это действие неправильным, вы можете запросить административное слушание. Информация о том, как это сделать, приведена на третьей и четвертой страницах. Ваши льготы, не могут быть изменены, если вы обратитесь за проведением слушания до вступления этого действия в силу.

Утверждение льгот переходной программы CalFresh

По состоянию на _____, сумма ваших (ММ/ДД/ГГГГ) льгот CalFresh составляет \$ _____ ежемесячно. Поскольку ваше дело по программе CalWORKs было закрыто, вы получите льготы переходной программы CalFresh. Вы будете получать льготы переходной программы с _____ до _____.

Это заменяет ваш предыдущий период переосвидетельствования.

Сумма ваших льгот меняется из-за потери дохода CalWORKs.

Ваши льготы переходной программы CalFresh закончатся через 5 месяцев, если ваше домохозяйство не пройдет переосвидетельствование по программе CalFresh.

Отчетность:

- Домохозяйства, получающие льготы переходной программы CalFresh, не обязаны отчитываться или предоставлять подтверждение каких-либо изменений в домохозяйстве до окончания срока действия льгот по переходной программе CalFresh или при переосвидетельствовании.
- Администрация округа не будет принимать никаких действий в отношении изменений, о которых вы сообщите в течение 5-месячного срока действия льгот переходной программы CalFresh. Однако, рекомендуем вам уведомить администрацию округа, если у вас изменится адрес.

Переосвидетельствование:

- Если у вас уменьшился доход, увеличились расходы или изменился размер домохозяйства до окончания 5-месячного срока действия переходной программы CalFresh, вы можете пройти переосвидетельствование досрочно, потому что ваши льготы CalFresh могут увеличиться.
- Вы можете обратиться за переосвидетельствованием для получения стандартных льгот программы CalFresh в любое время в течение срока действия переходной программы CalFresh. Если вы обратитесь за переосвидетельствованием в течение первых четырех месяцев срока действия переходной программы CalFresh, ваши стандартные льготы программы CalFresh могут быть ниже текущей суммы льгот по переходной программе CalFresh. Вы можете отозвать свое заявление на переосвидетельствование, если вы считаете, что ваши льготы сократятся.
- Если вы не пройдете переосвидетельствование в течение срока действия переходной программы CalFresh, вы получите извещение, когда подойдет срок прохождения переосвидетельствования.
- Если вы обратились за получением льгот CalWORKs, и они были утверждены в течение срока действия переходной программы CalFresh, вы должны пройти переосвидетельствование по программе CalFresh. Срок действия переходной программы CalFresh закончится, когда льготы CalWORKs и стандартные льготы CalFresh будут утверждены, даже если Ваш 5-месячный срок еще не истек. У вас будет новый период освидетельствования по программе CalFresh.

Прекращение льгот переходной программы CalFresh

Начиная с _____, закончится срок действия
(ММ/ДД/ГГГГ)

вашей текущей переходной программы CalFresh.

Причина:

- Ваше заявление на льготы CalWORKs было одобрено.
- Ваше заявление на льготы CalFresh было одобрено.
- Ваши льготы CalWORKs и/или CalFresh восстановлены.
- Другое (см. ниже):

Если вы считаете, что это ошибка, позвоните в администрацию округа.

Правила: применяются эти правила: Title 7 CFR §273.26-§273.32. Вы можете ознакомиться с ними в своем отделе социального обеспечения.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если Вы не согласны с любым действием округа, Вы имеете право запросить административное слушание Вашего дела. У Вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки Вам этого извещения. Если у Вас есть уважительная причина, из-за которой Вы не могли попросить о слушании в течение 90 дней, Вы все равно можете запросить слушание. Если Вы сможете предоставить достаточное основание, слушание может быть запланировано.

Если Вы попросите о слушании до того, как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (мед. помощи), CalFresh или Child Care (присмотр за детьми) вступит в силу:

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменений, пока Вы ожидаете слушание.
- Льготы Child Care могут остаться без изменений, пока Вы ожидаете слушание.
- Льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания периода, на который одобряется помощь, в зависимости от того, что закончится раньше.

Если на слушании будет решено, что мы правы, Вы будете должны нам любые переплаченные суммы по программам Cash Aid, CalFresh или Child Care. Чтобы разрешить нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже:

Да, уменьшите или остановите: Cash Aid
 CalFresh Child Care

Пока Вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности. Вы можете получать платежи по программе Child Care во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, Вы не получите платежи даже, если Вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что Вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, Вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если, пока Вы ожидаете решения, сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом недостаточна для того, чтобы Вы могли продолжать участвовать в деятельности, Вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги плана, который находится под руководством Medi-Cal:

Действие этого извещения может остановить получаемые Вами услуги плана здравоохранения. Если у Вас есть вопросы, обратитесь в организацию, предоставляющую Вам услуги здравоохранения.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей:

Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет Вам взыскать алименты, даже если Вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для Вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока Вы в письменном виде не попросите их прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения предоставит Вам информацию по Вашей просьбе.

Слушание дела: Если Вы попросите о слушании, отдел слушаний штата откроет дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу Вашего дела, как минимум, за два дня до слушания. Штат может дать Ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ СЛУШАНИЕ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива. По Вашей просьбе работник сделает Вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

Позвоните по бесплатному номеру: **1-800-952-5253** или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующимся TDD, звоните бесплатно: 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о своих правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделении юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь

Если Вы не хотите идти на слушание сами, Вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу о слушании по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении: Cash Aid CalFresh Medi-Cal

Другое (перечислите) _____

Причина: _____

Если Вам нужно больше места, отметьте здесь и добавьте лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить Вам на слушании.)

Мой язык или диалект: _____

Имя лица, которому было отказано во льготах или чьи льготы были остановлены или изменены		Дата рождения	Номер телефон
Номер дома, улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Подпись			Дата
Имя лица, заполнившего форму			Номер телефона

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу ознакомиться с моим делом или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть Вашим другом или родственником, но не может переводить для Вас)

Имя		Номер телефона	
Номер дома, улица	Город	Штат	Почтовый индекс