

**ИЗВЕЩЕНИЕ: ЗАКАНЧИВАЕТСЯ
СРОК СЕРТИФИКАЦИИ ПО
ПРОГРАММЕ CALFRESH — ДЛЯ
СЕМЕЙ С ТОЛЬКО ПОЖИЛЫМИ
И/ИЛИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМИ
ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ**

(Addressee)

ОКРУГ

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

Вопросы? Обратитесь к своему социальному работнику.

Административное слушание: Если Вы считаете наше решение неправильным, попросите об административном слушании. О том, как это сделать, см. на страницах три и четыре. Ваши льготы не могут быть изменены, если вы обратитесь за проведением слушания до вступления в силу настоящего действия.

1. Период сертификации по программе CalFresh закончится _____.
(ММ/ДД/ГГГГ)
2. Заполните заявку и отправьте ее в администрацию округа до следующей даты: _____
(ММ/ДД/ГГГГ)

Опоздание может привести задержке льгот. Если Вы не заполните заявку, Ваше дело может быть закрыто. Если Ваше дело будет закрыто, у Вас все равно будет до 30 дней после конца периода сертификации, чтобы совершить необходимые шаги. В зависимости от причины задержки, в первый месяц нового периода сертификации Вы можете получать льготы в неполном размере.

3. Собеседование может не потребоваться. На основании присланных Вами сведений округ может решить что, Вам нужно пройти собеседование. Собеседования проводятся по телефону, но можно попросить о личном собеседовании. Если Вам нужна помощь в связи с инвалидностью, сразу сообщите об этом округу.
4. Вы, однако, можете попросить округ о собеседовании, если хотите. Если округу требуется провести с вами собеседование или о собеседовании просите вы сами, то о дне и времени собеседования мы сообщим отдельным письмом.
5. Если вы не явитесь на назначенную встречу, вы обязаны перенести ее.
6. Если Вы сообщаете о таких изменениях, как доходы или расходы, то к заявке **приложите подтверждающие документы**. Их нужно прислать до окончания периода сертификации. Если для того чтобы получить эти документы, Вам требуется помощь, сообщите об этом округу. Округ может помочь Вам их получить.

ВАЖНЫЕ ПРАВИЛА:

- Округ сообщит Вам, когда нужно будет подать следующий отчет.
- Если случится что-нибудь из перечисленного ниже, то решение по заявке на продление помощи по нашей программе может занять до 30 дней.

- В заявке на сертификации по нашей программе Вы указали документы, подтверждающие изменение Вашей ситуации, но не прислали их до того, как период сертификации по программе закончился.
- Хотя Вам сообщили, что нужно пройти собеседование, Вы его не прошли.
- Получить форму заявки Вы можете в своем округе. Округ должен принять Вашу заявку, если она подписана и в ней указаны хотя бы Ваши имя, фамилия и адрес.
- Вы или Ваше доверенное лицо можете подать заявку на помощь по программе CalFresh одним из следующих способов: лично подать заявку округу, прислать ее по почте, факсу или другим способом (электронная почта или электронная заявка с сайта <http://www.benefitscal.org>). Срок предоставления пособия рассчитывается с даты подачи заявления в округ.
- Если Ваше домохозяйство состоит только из получателей дохода по социальному обеспечению (Supplemental Security Income), Вы или Ваш уполномоченный представитель можете подать заявку на CalFresh в любом офисе Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA).

Правила: Действуют следующие правила: CalFresh MPP Sections: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Ознакомиться с правилами можно на сайте cdss.ca.gov и в местном отделе округа.

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 запросить слушание. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки Вам этого извещения округом. 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, Medi-Cal, CalFresh или Child Care вступит в действие:

- 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 слушание решит, 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 присмотру за детьми 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 Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством

Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые Вами услуги от 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.

Дело слушания: 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 Департаменту социального обеспечения и департаментам здравоохранения и гуманитарной помощи и сельского хозяйства 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 Ваших 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.

ЗАПРОС НА АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ

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 Телефона
Номер Дома, Улица	Город	Штат	Почтовый Индекс
Подпись			Дата
Имя Лица, Заполнившего Форму			Номер Телефона

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо предоставляло меня на слушании. Я разрешаю лицу, указанному ниже 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