

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ПРИБЛИЖЕНИИ  
ПРЕДЕЛЬНОГО СРОКА ПОЛЬЗОВАНИЯ  
ПРОГРАММОЙ CALWORKS:  
ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ УЖЕ 57-Й МЕСЯЦ**

**ОКРУГ**

Название дела : \_\_\_\_\_  
 Номер дела : \_\_\_\_\_  
 Номер другого уд. личности : \_\_\_\_\_  
 Имя сотрудника : \_\_\_\_\_

Вопросы? Обратитесь к своему социальному работнику.

**ЭТИМ ПИСЬМОМ МЫ НАПОМИНАЕМ ВАМ О ПРИБЛИЖЕНИИ ПРЕДЕЛЬНОГО СРОКА (60 МЕСЯЦЕВ)  
ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ CalWORKs.**

Округ сообщает Вам, что по состоянию на \_\_\_\_\_ Вы, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_  
 Дата Имя  
 получали финансовую помощь по программе CalWORKs **57 месяцев**. За всю свою жизнь Вы можете  
 пользоваться этой помощью не более 60 месяцев. С этого числа Вы сможете получать указанную помощь только  
 в течение еще 3 месяцев.

**В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ СРАЗУ ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ:**

- Вам требуется дополнительная информация о числе месяцев, учитываемых как часть указанных 60 месяцев.
- В Вашем случае снято или было снято ограничение, требующее пользоваться льготами по программе CalWORKs не более 60-месяцев за всю жизнь, и Вы не просили сделать для Вас исключение из этого правила. Такое исключение из правила позволяет исключить определенные месяцы при расчете общего числа месяцев, в течение которого Вы имеете право на помощь по программе.
- Если вы не согласны с числом месяцев, подсчитанным округом.
- Если Вы хотите больше узнать о действующем в программе CalWORKs ограничении, согласно которому за всю свою жизнь человек может пользоваться этой программой не более 60 месяцев; если хотите узнать об исключениях из этого правила или если Вы хотите попросить, чтобы для Вас сделали исключение из этого правила.

**КОГДА ВЫ ДОСТИГНЕТЕ 60-МЕСЯЧНОГО ПРЕДЕЛА, ЭТО НИКАК НЕ ПОВЛИЯЕТ НА  
ВАШИ ПРАВА НА ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММАМ CALFRESH И MEDI-CAL.**

Кроме того, когда Вы используете все 60 месяцев, в течение которых можете получать финансовую помощь по программе CalWORKs, Вам пришлют «Извещение о действии» (Notice of Action).

**ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ, ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ. КРОМЕ ТОГО, МОЖНО ПОПРОСИТЬ ОБ АДМИНИСТРАТИВНОМ СЛУШАНИИ. ФОРМА «ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ» (“YOUR HEARING RIGHTS”) ПРИВЕДЕНА НА ОБОРОТЕ ЭТОЙ СТРАНИЦЫ. ТАМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ, КАК ПОПРОСИТЬ ОБ АДМИНИСТРАТИВНОМ СЛУШАНИИ.**

Правила: Действуют приведенные ниже правила. Изучить их можно в своем отделе социального обеспечения: MPP 40-107(a)(4), Assembly Bill 79 (Chapter 11, Statutes of 2020), and All County Letter 20-113.

## **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