

**ИЗВЕЩЕНИЕ
ОТКАЗ В ПРАВЕ НА
ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ**

ОКРУГ

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

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

Вопросы? Спросите вашего работника.

Административное слушание: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете запросить административное слушание вашего дела. На страницах 3-4 сказано, как это сделать. Ваши льготы не могут быть изменены, если вы запросите слушание до того, как это действие вступит в силу.

Medi-Cal: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal. При изменениях ваших льгот Medi-Cal, вы получите отдельное извещение. **Храните вашу/ы пластиковую/ые карту, удостоверяющую/ие пособия.**

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения:

Чистый учитываемый доход

- 1. Общий доход от работы на себя \$ _____
- 2. Расходы на работу на себя:
 - a. Стандартные 40% _____
 - ИЛИ
 - b. Реальные _____
- 3. Чистый доход от работы на себя = _____
- 4. Общий доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____
- 5. Скидка DBI \$550 (если #4 превышает \$550) - _____
- 6. Учитываемый доход по инвалидности _____
- ИЛИ
- 7. Неиспользованная сумма скидки \$550 DBI = _____
- 8. Общий заработанный доход \$ _____
- 9. Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____
- 10. Промежуточный итог = _____**
- 11. Неиспользованная сумма \$550 (с линии #7) - _____
- 12. Промежуточный итог = _____**
- 13. Скидка с заработанного дохода 50% - _____
- 14. Промежуточный итог = _____**
- 15. Учитываемый доход по инвалидности (с линии #6) + _____
- 16. Другой учитываемый доход (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) + _____
- 17. Алименты на ребенка, удержанные округом + _____
- 18. Общий учитываемый доход = _____**

19. Максимальная сумма пособия

Максимальная сумма пособия на _____ лиц (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____

Особые потребности (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) + _____

20. Максимальная сумма пособия = _____

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