

**ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ  
CALFRESH О ПЕРЕПЛАТЕ.  
ТОЛЬКО ДЛЯ ОШИБОК АДМИНИСТРАЦИИ (АЕ)**

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
 Название Дела : \_\_\_\_\_  
 Номер Имя Работника : \_\_\_\_\_  
 Номер : \_\_\_\_\_  
 Телефон : \_\_\_\_\_  
 Адрес : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Слушание администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.**

Слишком много льгот CalFresh было выдано:

- Вашей семейной группе.
- Семейной группе, спонсором которой вы являетесь.

Причина:

- Неуказанный доход не отвечает требованиям для 20% скидки.

\$ \_\_\_\_\_ лишних льгот CalFresh было выдано за период \_\_\_\_\_.

Семейная группа получила льготы CalFresh на сумму \$ \_\_\_\_\_. Семейная группа должна была получить льготы CalFresh на сумму \$ \_\_\_\_\_. \$ \_\_\_\_\_ (излишние льготы CalFresh) - это сумма льгот CalFresh, полученная вами после вычета суммы, которую вы должны были получить.

Эта сумма была уменьшена на \$ \_\_\_\_\_, т.к. мы получили часть переплаченной суммы обратно. Сейчас вы должны \$ \_\_\_\_\_.

**На приложенном листе расчетов вы увидите, как мы рассчитали переплаченную вам сумму.**

**ПОГАШЕНИЕ ЗАДОЛЖЕННОСТИ**

**Вы обязаны выплатить переплаченную сумму льгот CalFresh.**

1. Вы можете выплатить переплаченную сумму льгот CalFresh полностью или:
2. Заполните, подпишите и верните форму приложенного договора о выплате (CF 377.7E1) и выплачивайте согласно договору или
3. Если вы не подпишите и не вернете договор в течение 30 дней, со дня этого извещения, и вы получаете льготы CalFresh, то сумма льгот CalFresh, получаемая вами, уменьшится на \_\_\_\_\_%, начиная с \_\_\_\_\_ числа.
  - Вы не должны использовать льготы SSI, которые вы получаете, для погашения задолженности.
  - Удержания будут производиться со всех взрослых в семейной группе, в которой произошла переплата.
  - Если вы не получаете льготы CalFresh, АЕ вы должны погасить задолженность, если сумма задолженности превышает \$125.

**ВОЗМОЖНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО СБОРУ ЗАДОЛЖЕННОСТИ:**

- Ваш договор о выплате будет основываться на вашей способности платить в настоящее время, по определению округа. Любые изменения в вашей возможности платить, могут изменить ваши месячные платежи.
- Если вы не выплатите, округ может использовать другие способы удержания задолженной суммы, как например, через суд, используя другие методы агентств по сбору задолженности и используя методы федерального правительства по сбору задолженности.
- Если эта ошибка будет позже пересмотрена судом или на административном слушании, и будет определено, что это ваша вина, то штрафы будут применены, даже если вы согласитесь погасить задолженность.
- Если иск не будет выплачен или будут судить семейную группу, возможно вам придется оплатить дополнительные процессуальные расходы или судебные издержки.
- Если вы не выплатите задолженную сумму, то округ может удержать положенную вам переплаченную сумму штатных/федеральных налогов и/или запросить суд удержать ваш заработок или любую собственность, которой вы владеете.

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в офисе округа: MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. .

**Вопросы? Спросите своего работника.**

**Внимание:** Если вы считаете, что эта переплата неправильна, это ваша последняя возможность попросить о слушании. Если вы получаете льготы CalFresh, округ может удержать переплаченную сумму уменьшив сумму ваших месячных льгот. Если вы перестанете получать CalFresh до того, как переплаченная сумма выплачена полностью, и вы не договоритесь о выплате, то округ может удержать задолженность из переплаченной суммы штатных/ федеральных налогов, как разрешено законом.

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием округа, вы имеете право запросить слушание вашего дела администрацией штата. 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 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 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 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 даст вам информацию по вашей просьбе.

**Дело для слушания:** Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата откроет для вас 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 ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- 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.

## 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 ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_