

# ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

## Программа Денежной Помощи для Иммигрантов Извещение о переплате

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

(ADDRESSEE)

Вопросы? Спросите Вашего работника.

**Слушание администрацией штата:** Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной странице этой формы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании, до того, как это действие будет осуществлено.

Мы переплатили Вам \$ \_\_\_\_\_ по Программе денежной помощи для иммигрантов (CAPI). Переплата льгот произошла с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Вам переплатили по следующей причине:  
(МЕСЯЦ/ГОД) (МЕСЯЦ/ГОД)

Нижеприведенная таблица показывает неправильную сумму, полученную Вами; правильную сумму, которую Вам следовало получить и общую сумму переплаты.

Месяц/Год	Сумма выплаченная каждый месяц	Правильная сумма каждый месяц	Сумма недоплаты	Сумма переплаты

Общая сумма переплаты \$ \_\_\_\_\_

Вы должны вернуть эти деньги округу, если мы не решим, что Вы можете быть освобождены от удержания переплаты. Если Вы считаете, что Вы не должны возвращать эти деньги, или не согласны с решением о переплате, Вы можете попросить об освобождении от выплаты, о слушании, или и о том и другом.

### Возмещение переплаты

Есть два пути возмещения переплаты:

1. Вы можете возместить всю сумму. Спросите у Вашего работника, как это сделать.
2. Если Вы получаете CAPI в настоящее время, или будете получать CAPI в будущем, мы можем удержать ее с Вашего чека, но не более 10% от Вашего ежемесячного чека CAPI.

Если Вы продолжаете получать CAPI в настоящее время, и не свяжетесь с нами в течение следующих 30 дней, мы будем удерживать \$ \_\_\_\_\_ в месяц с Вашего чека, начиная с \_\_\_\_\_. Если Вы попросите о слушании или об освобождении от выплаты в течение 30 дней, мы не изменим Ваше пособие до принятия решения по Вашему делу.

### Если Вы считаете, что Вы не должны возмещать переплаченные Вам деньги

В некоторых случаях Вас могут освободить от возмещения переплаты, то есть Вы не будете выплачивать эти деньги назад округу. Вас могут освободить от переплаты, если соблюдены ОБА следующих условия:

- Переплата или получение денег произошли не по Вашей вине,  
И
- Вы не смогли бы оплатить Ваши расходы на питание, одежду, проживание, медицинское обслуживание и другие необходимые нужды, если бы Вам пришлось выплачивать деньги назад.

Вы можете попросить об освобождении от выплаты обратившись к работнику Вашего округа, который вышлет Вам необходимые формы для заполнения и возврата округу, или поможет Вам их заполнить.

**Medi-Cal:** Это извещение не меняет и не останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). Если в Ваших льготах по программе Medi-Cal произойдут изменения, Вы получите другое извещение. **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и), удостоверяющую(ие) пособия.**

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: Welfare and Institutions Code Division 9, Part 6, Chapter 10.3, Sections 18937 through 18944; 20 CFR 416.558, 20 CFR 416.537(a)

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid  Food Stamps  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 присмотра 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 сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, 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, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

**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 не попросите их, в письменном виде, 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 заведет на 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 и 10950.)

## ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.  
По вашей просьбе, ваш 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 пользующихся 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 штата, указанному выше.** Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе 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 слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа \_\_\_\_\_ в отношении:

- денежной помощи  талонов на питание
- Medi-Cal
- другого (перечислите) \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.
- Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

Имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

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

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

- Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело 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 \_\_\_\_\_