

# ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

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

## (Продолжение)

### ПОЛУЧАТЕЛЬ УСЛУГ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ ЛЬГОТ

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
 Дело : \_\_\_\_\_  
 Название : \_\_\_\_\_  
 Номер : \_\_\_\_\_  
 Работник : \_\_\_\_\_  
 Имя : \_\_\_\_\_  
 Номер : \_\_\_\_\_  
 Телефон : \_\_\_\_\_  
 Адрес : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Вы не имеете право на льготы, т.к. ваш **Общий учитываемый доход после вычетов** (#18) больше, чем ваша **Максимальная сумма помощи** (#20).

#### Сумма месячной денежной помощи

#### Секция А. Исчисляемый доход за месяц \_\_\_\_\_

- |  |       |    |       |
|--|-------|----|-------|
| 1. Общий доход от работы на себя   | ..... | \$ | _____ |
| 2. Расходы работы на себя:   |       |    |       |
| a. Стандартные 40%   | ..... | -  | _____ |
| ИЛИ  |       |    |       |
| b. Реальные  | ..... | -  | _____ |
| 3. Чистый доход от работы на себя  | ..... | =  | _____ |
| 4. Итого доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)   | ..... | \$ | _____ |
| 5. Скидка \$225 DBI (Если #4 больше, чем \$225)  | ..... | -  | _____ |
| 6. Учитываемый доход по нетрудоспособности   | ..... | =  | _____ |
| ИЛИ  |       |    |       |
| 7. Неиспользованная сумма от скидки DBI  | ..... | =  | _____ |
| 8. Чистый доход от работы на себя (с линии сверху)   | ..... | +  | _____ |
| 9. Общий другой заработанный доход   | ..... | +  | _____ |
| 10. Неиспользованная сумма скидки \$225 (с линии #7)   | ..... | -  | _____ |
| 11. Промежуточный итог   | ..... | =  | _____ |
| 12. Скидка с заработанного дохода 50%  | ..... | -  | _____ |
| 13. Промежуточный итог   | ..... | =  | _____ |
| 14. Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии #6)   | ..... | +  | _____ |
| 15. Промежуточный итог   | ..... | =  | _____ |
| 16. Остальной учитываемый доход (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)  | ..... | +  | _____ |
| 17. Алименты на ребенка, полученные округом, за исключением детей, не включенных в семейную группу (только при определении права на денежную помощь) | ..... | +  | _____ |
| 18. <b>Общий чистый исчисляемый доход</b>  | ..... | =  | _____ |
| 19. <b>Максимальная сумма помощи</b>   |       |    |       |
| Максимально разрешенная помощь на _____ лиц  |       |    |       |
| (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)  | ..... | \$ | _____ |
| Особые потребности (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)   | ..... | +  | _____ |
| 20. <b>Максимальная сумма помощи</b>   | ..... | =  | _____ |

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP 44-207.2, SB 1041 (Chapter 47, Statutes of 2012).

**Слушание дела администрацией штата:** Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать.

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым 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 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, ваш запрос может быть запланирован.

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

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши льготы Child Care могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Льготы CalFresh 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, CalFresh или Child Care. Для разрешения 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 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:

Cash Aid  CalFresh  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 \_\_\_\_\_