

Дата извещения : _____
 Название Дела : _____
 Номер Работник Имя : _____
 Номер : _____
 Телефон : _____
 Адрес : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

Вопросы? Обратитесь к работнику.

Административное слушание: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить об административном слушании. Ваши льготы не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено. Если у вас и округа есть разногласия или работник не ответил вам, запросите слушание без промедления. Вы должны запросить слушание в течение определенного срока. На обратной стороне этой страницы размещена дополнительная информация и объясняется, как запросить слушание.

- _____, по информации, имеющейся у нас, вы не:
- Подписали план Welfare-to-Work* _____ числа.
 - Участвовали в _____ числа.
 - Достигли хорошего прогресса в _____ задании т.к. _____.
 - Согласились на работу в _____.
 - Сохранили работу в _____.
 - Сохранили прежнюю сумму доходов.

**Мы не изменим сумму вашей денежной помощи.
НАМ НЕОБХОДИМО ПОВОГОРИТЬ С ВАМИ**

Чтобы вам остаться в программе Welfare-to-Work, мы должны поговорить с вами об этой проблеме. Встреча с вами назначена на _____ число, в _____ часов, в _____. Если вам нужна помощь с транспортом или присмотром за детьми, чтобы прийти на встречу, позвоните работнику программы Welfare-to-Work, ведущему ваше дело по номеру телефона, указанному ниже.

Имя работника программы Welfare-to-Work: _____
 Номер телефона: _____

Если вы не можете прийти на встречу, вы должны позвонить работнику, чтобы назначить другое время. Если у вас нет уважительной причины, вы можете перенести встречу только один раз. Также, вы можете обсудить проблему с работником по телефону, вместо того, чтобы идти на встречу. Вы должны позвонить работнику, чтобы назначить новую встречу или для обсуждения проблемы по телефону до _____.

Во время собеседования с вашим работником вас спросят, есть ли у вас уважительная причина (“достаточная причина”) не выполнять то, что мы просили вас делать. Если мы удостоверимся, что у вас была уважительная причина, мы не снимем вас с программы Welfare-to-Work из-за этой проблемы. Некоторые примеры уважительных причин: не иметь присмотра за детьми, не иметь транспортного средства. Другие примеры уважительных причин перечислены в форме “Запрос для определения уважительной причины”, высланной вместе с этим извещением.

При невыполнении задания без уважительной на то причины, вы можете согласиться на выполнение плана обязательств, чтобы исполнить требования программы Welfare-to-Work. Мы не снимем вас с программы Welfare-to-Work, если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и будете выполнять его. Если вы согласитесь на выполнение плана обязательств но не будете ему следовать, мы снимем вас с программы Welfare-to-Work. Если это произойдет, вы получите отдельное извещение.

КАК ОСТАТЬСЯ В ПРОГРАММЕ WELFARE-TO-WORK

Если вы не сможете доказать нам, что у вас была уважительная причина для невыполнения того, что мы просили вас делать, с _____ числа вас снимут с программы Welfare-to-Work. Если у вас нет уважительной причины, вы можете согласиться на план обязательств, чтобы остаться в программе Welfare-to-Work. Если вы не согласны с планом обязательств, вы не получите отдельное извещение перед тем, как вас снимут с программы Welfare-to-Work.

Мы не будем оплачивать транспортные расходы или расходы, связанные с работой или обучением, если вы не на программе Welfare-to-Work. Возможно, мы будем оплачивать присмотр за детьми, если вы работаете или посещаете школу.

КАК ВЕРНУТЬСЯ В ПРОГРАММУ WELFARE-TO-WORK

Если вас сняли с программы Welfare-to-Work, возможно, через некоторое время вы сможете вернуться в программу. Чтобы узнать, как вы можете это сделать, и что нужно сделать для этого, позвоните в округ по телефону: _____.

ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ? Вы можете получить бесплатную помощь по этому вопросу:

Районная юридическая консультация: ()

Отдел защиты прав просителей/получателей социальной помощи:
 ()

CalFresh: Если из-за невыполнения требований программы Welfare-to-Work последовало взыскание программы CalFresh, вы не сможете получать льготы CalFresh. Если последовало взыскание программы CalFresh, вы получите другое извещение, сообщающее вам, на какой срок были остановлены льготы CalFresh.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособие.**

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: CalWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause); CalFresh MPP § 63.407.521.

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 _____