

**ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ CALFRESH  
ОБ ОТКАЗЕ/ДИСКВАЛИФИКАЦИИ С  
ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ С ПИТАНИЕМ В  
ШТАТЕ КАЛИФОРНИЯ**

ОКРУГ \_\_\_\_\_

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

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

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_  
 │  
 │  
 │  
 │  
 │  
 │  
 │  
 │  
 └ \_\_\_\_\_

Вопросы? Спросите вашего работника.

**Слушание вашего дела: 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.**

Округ принимает следующие меры так как \_\_\_\_\_ не соблюдал правила работы CalFresh программы помощи с питанием в штате Калифорния (CFAP).

Начиная с \_\_\_\_\_ числа,

- \_\_\_\_\_ отказано в получении льгот CalFresh.
- \_\_\_\_\_ дисквалифицирован с программы CalFresh.
- Сумма льгот CalFresh на вашу семью будет изменена с \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_.
- Другое \_\_\_\_\_

Чтобы снова получить льготы CalFresh, \_\_\_\_\_ должен иметь на это право. Для этого, это лицо должно:

- Быть освобожденным от правил работы CFAP, или
- Принять меры, чтобы прекратить дисквалификацию или отказ.
- Вы можете принять меры в любое время, чтобы прекратить эту дисквалификацию.
- Вы можете принять меры только после \_\_\_\_\_ числа, чтобы прекратить эту дисквалификацию. Вы можете прекратить эту дисквалификацию в любое время, если вы будете освобождены от правила работы.

Если в вашей семье были другие изменения, вы получите другое извещение.

**ПОЧЕМУ ЛЬГОТЫ CALFRESH БЫЛИ ОСТАНОВЛЕННЫ ИЛИ ВАМ ОТКАЗАНО**

**КАК ПОЛУЧИТЬ ЛЬГОТЫ CALFRESH**

<input type="checkbox"/> Не пришли на прием/ Не дали нам запрошенную информацию.	Позвоните нам/Предоставьте нам информацию.
<input type="checkbox"/> Не пошли на работу.	Пойдите на работу, если она еще доступна или идите на другую работу, когда вас направят.
<input type="checkbox"/> Отказались от работы.	Примите работу, если еще она еще доступна или найдите другую работу. Другая работа должна быть как минимум 30 часов в неделю, или должна оплачиваться в неделю, как минимум как: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Работа, от которой вы отказались, или</li> <li>● Федеральная минимальная зарплата умноженная на 30.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Изменили количество рабочих часов на менее, чем 30 рабочих часов в неделю.	Увеличте рабочие часы до 30 или более в неделю.
<input type="checkbox"/> Бросили работу.	Вернитесь на работу, если она еще доступна или найдите другую работу с оплатой или количеством рабочих часов не менее той, которую вы бросили.
<input type="checkbox"/> Не выполнили правила WTW программы CalWORKs	Начните выполнять эти правила.
<input type="checkbox"/> Не пошли на поиск работы, рабочее задание, в школу, или на обучение, на которое мы вас направили.	Начните выполнять данное вам задание. Позвоните или встретитесь с нами. Мы скажем, что вам делать.
<input type="checkbox"/> Другое.	

Также, лицу, указанному выше, может придется соответствовать правилам работы программы CFAP. Если это лицо не имеет право на льготы CalFresh, так как оно не имеет достаточно месяцев для получения льгот CalFresh, то будет выслано другое извещение объясняющее, что должно быть сделано, чтобы снова получить льготы CalFresh.

ПРАВИЛА: Применены следующие правила, которые вы можете увидеть в вашем отделе социального обеспечения:

MPP  63-407  63-408  63-410  W&IC 18932(a)  All County Letter 99-78  Other \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_