

ИЗВЕЩЕНИЕ О 24-МЕСЯЧНОМ ОГРАНИЧЕНИИ ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WELFARE-TO-WORK

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? Обратитесь к работнику, ведущему ваше дело.

Начиная с _____, месяцы будут учитываться в счет 24-месячного ограничения времени программы Welfare-To-Work. Мы начнем учитывать месяцы в счет 24-месячного ограничения времени программы Welfare-To-Work, Так как вы не отработали все часы “федеральной” деятельности, которую вы согласились выполнять в вашем плане программы Welfare-To-Work.

Вы получите отдельное извещение, если ваш работник должен встретиться с вами, чтобы обсудить проблемы с участием в программе.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособия.** Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот здравоохранения.

CalFresh: Это извещение НЕ останавливает и НЕ изменяет ваши льготы программы CalFresh. Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот программы CalFresh.

CalWORKs: Это извещение НЕ останавливает и НЕ изменяет льготы программы CalWORKs. Вы получите отдельное извещение, в котором будет сообщено о любых изменениях в льготах программы CalWORKs.

Получение только Medi-Cal и/или CalFresh НЕ засчитывается в лимит времени на получение денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила; WIC § 11322.8, 11322.85(a)(2) и (b).

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С ИНФОРМАЦИЕЙ В ЭТОМ ИЗВЕЩЕНИИ, НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К РАБОТНИКУ ОКРУГА, ВЕДУЩЕМУ ВАШЕ ДЕЛО

Имя работника программы Welfare-To-Work:

Номер телефона: _____