

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОГАШЕНИИ ЗАДОЛЖЕННОСТИ
ЛЬГОТ
ТОЛЬКО ДЛЯ НЕПРЕДНАМЕРЕННЫХ ОШИБОК
СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ
ПОСЛЕДНЕЕ ИЗВЕЩЕНИЕ**

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, если ваше дело о задолженности еще не рассматривалось. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши льготы не могут измениться, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

Вы или член вашей семейной группы совершили ошибку. Ранее мы сообщили вам, что вы должны выплатить переплаченную сумму льгот CalFresh, которые были выплачены:

- Вам.
 - _____, спонсором которого вы являетесь
- Вы должны еще \$ _____.

Предупреждение: Если вы считаете, что эта переплата неправильна, это ваша последняя возможность попросить о слушании вашего дела. Если вы продолжаете получать льготы CalFresh, округ может уменьшить получаемую вами сумму льгот CalFresh для получения переплаты. Если вы перестанете получать льготы CalFresh до того, как переплата выплачена, округ может удержать задолженность из переплаченной суммы подоходного налога штата.

- ВЫ НЕ СОГЛАСИЛИСЬ ВОЗМЕСТИТЬ:**
 - Вы можете выплатить полную сумму, или
 - Вы можете выплатить переплаченную сумму льгот CalFresh на условиях, которых вы согласились в приложенном договоре о возмещении (CF 377.7C).
 - Заполните, подпишите и верните приложенный договор о возмещении.
 - Ваш договор о возмещении будет основан на вашей возможности платить, как определено округом. Любые изменения в вашей возможности платить могут изменить ваши месячные платежи.
 - Вам не надо использовать льготы программы SSI, которые вы получаете, для возмещения этой переплаты.
 - Если эта непреднамеренная ошибка семейной группы позже будет признана намеренным нарушением программы, штрафы будут применены даже, если вы согласитесь полностью возместить задолженность.
 - Если вы не согласитесь выплатить задолженность, округ может использовать другие методы получения задолженности, например через суд.
 - Если округ подаст в суд для получения задолженности, возможно вам придется оплатить судебные издержки.
 - Если вы не возместите задолженность, округ может удержать переплаченную сумму подоходного налога штата, которую вы должны получить и/или попросить суд наложить арест на ваш заработок или любую вашу собственность.

- ВЫ НЕ ПОГАСИЛИ ДОЛГ, КАК ДОГОВОРЕНО:**
 - Вы должны сообщить нам, когда вы не можете платить согласно договору. Вы должны объяснить, почему вы не можете платить. Вы можете попросить округ рассчитать новый план выплаты.
 - Заполните, подпишите и верните приложенный Договор Возмещения (CF 377.7C).
 - Если вы получаете льготы CalFresh, и вы не вернете новый договор возмещения в течение 10 дней со дня этого извещения, льготы вашей семейной группы будут уменьшены до \$ _____ начиная с _____ числа.
 - Если вы не будете выплачивать согласно плана и вы не получите новый план выплаты, округ может потребовать немедленно выплатить полную сумму задолженности.
 - Если эта непреднамеренная ошибка семейной группы позже будет признана намеренным нарушением программы, штрафы будут применены даже, если вы согласитесь возместить задолженность.
 - Если вы не будете выплачивать согласно договоренности, округ может использовать другие способы получения задолженности, например через суд.
 - Если округ подаст на вас в суд для получения задолженности, возможно вам придется оплатить судебные издержки.
 - Если вы не будете выплачивать согласно договоренности, округ может удержать переплаченную сумму подоходного налога штата, которую вы должны были получить и/или потребовать у суда удержать ваш заработок или любую вашу собственность.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP 63-801.21

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 _____