

ИЗВЕЩЕНИЕ 24-месячного ограничения времени программы Welfare-to-Work

ОКРУГ

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

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

(ADDRESSEE)



Вопросы? спросите вашего работника

Административное слушание: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете запросить слушание вашего дела. Ваши льготы не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено. Если вы не согласны с округом или вы не получили ответ от вашего работника, не ожидая лишнего времени запросите слушание. Вы должны запросить слушание пока не пройдет определенное количество дней. На обратной стороне этого извещения есть дополнительная информация и объясняется, как запросить слушание.

По состоянию на _____, Вы, _____, всего использовали _____ месяцев вашего 24-месячного ограничения времени программы Welfare-to-Work. Начиная с _____, ваш статус участия в программе Welfare-to-Work будет изменен. Вы будете должны соответствовать федеральным стандартам программы CaWORKs для того, чтобы продолжать получать денежную помощь, если вы не имеете право на дополнительное время 24-месячного ограничения программы Welfare-to-Work (продление) или вам не надо участвовать в программе Welfare-to-Work (освобождение).

Вы должны были уже получить извещение о собеседовании и встретиться с вашим социальным работником, чтобы удостовериться, что ваше участие соответствует федеральным стандартам программы CaWORKs. Если вы еще не встретились с вашим работником для пересмотра вашего дела, вы должны немедленно связаться с вашим работником и удостовериться, что ваше участие соответствует федеральным стандартам программы CaWORKs или узнайте, можете ли вы получить больше времени 24-месячного ограничения программы Welfare-to-Work или если вам можно не участвовать в программе Welfare-to-Work, чтобы продолжить получать помощь.

Если вы уже встретились с вашим работником и подписали и отрегулировали аш план Welfare-to-Work, который соответствует федеральным стандартам CaWORKs или вам дали продление или освобождение от плана, то вам не надо обращаться к работнику в отношении этого извещения.

Если вы не соответствуете федеральным стандартам программы CaWORKs, сумма денежной помощи вашей семьи может быть уменьшена.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal . **Продолжайте пользоваться вашей пластиковой картой, удостоверяющей льготы.** Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях льгот здравоохранения.

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

Получение только льгот Medi-Cal и/или CalFresh НЕ учитывается при расчете лимита времени получения денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила: Welfare and Institutions Code Section 11322.85(a)

НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С ИНФОРМАЦИЕЙ В ЭТОМ ИЗВЕЩЕНИИ.

Имя работника: _____

Номер телефона: _____

ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ?

Для решения этой проблемы вы можете получить бесплатную юридическую помощь в:

Местном отделе юридической помощи

(_____) _____

Организации по защите прав получающих социальную помощь штата

(_____) _____

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 _____