ОКРУГ

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

ПРОГРАММА ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ

Дата извещения : _____

Дело

Название : _____

Номер : _____

Работник

Имя : _____

Номер : _____

Телефон : _____

Адрес : _____

(ADDRESSEE)

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация насчет этого действия, пожалуйста, обратитесь к вашему работнику

Слушание вашего дела администрацией штата: Вы можете попросить о слушании, если вы считаете, что это действие неправильно. На оборотной стороне этой страницы сказано, как это сделать. Ваши льготы не могут измениться, если вы попросите о слушании до начала этого действия.

☐ **ИЗМЕНЕНИЕ ЛЬГОТ.**

Действительно с _____ числа, ваши льготы программы талонов на питание изменены с $_____ до $_____ каждый месяц, по причине:

_____, является негражданином, легально находящимся в стране, но не имеющим права на льготы.

Правила: К вышеуказанным действиям применены следующие правила, которые вы можете рассмотреть в вашем отделе социального обеспечения:

☐ **ПРЕКРАЩЕНИЕ.**

Действительно с _____ числа, ваши льготы по программе талонов на питание прекращены по причине:

В вашей семейной группе нет неграждан, легально находящихся в стране, но не имеющих права на льготы.

Если вы или любой другой негражданин, легально находящийся в стране, из вашей семеймой группы, не имеете права на льготы, т.к. у вас нет достаточно отработанных кварталов (четвертей года), то может, вы сможете получить талоны на питание на срок до шести месяцев. Для получения талонов на питание на срок до шести месяцев, вам надо обратиться в Администрацию Социального Страхования (Social Security Administration) и попросить их пересмотреть ваши отработанные кварталы (или вашего/ей супруга/и или родителей) и получить от Администрации Социального Страхования подтверждение, что они пересматривают ваши отработанные кварталы, и отдать это подтверждение округу.