**Припинення виплат за Програмою грошової допомоги біженцям (RCA) / Програмою медичної допомоги біженцям (RMA)**

**Повідомлення про прийняте рішення**

Refugee cash assistance (RCA) / Refugee medical assistance (RMA) termination - Notice of decision

Надана вами особиста інформація може бути використана для вторинних цілей [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |
| --- |
| **Теперішній працює** |
| Ім’я працівника      | Номер телефону      |
| Округ працівника      | Регіон працівника (якщо є)      |
| **Справа** |
| Назва справи      | Номер справи      | Дата повідомлення про прийняте рішення      |
| **Претендент** |
| Ім’я претендента      | Номер телефону      |
| Адреса претендента      |
| **Причина(-и) припинення виплати** |
| вашої заяви на отримання грошової допомоги біженцям (RCA) та/або медичної допомоги біженцям (RMA) буде припинено       з такої причини (причин): |
| [ ]  Ваш дохід       перевищує максимальні ліміти.[ ]  Ви отримали право на отримання допомоги більше 12 місяців тому.[ ]  Ви отримали право на пільги за програмою W-2 або SSI і будете отримувати фінансову допомогу за цією програмою.[ ]  Ви берете участь у програмі Matching Grant Office of Refugee Resettlement Program (Програмі грантів від Управління у справах біженців) і не матимете права на RCA, доки не припините участь у цій програмі, після чого ви зможете подати заяву на участь у RCA. [ ]  Інше       |
| **Важлива інформація** |
| * Ваша остаточна виплата RCA становитиме       доларів США за період із       по      .
* Із будь-якими питаннями щодо своєї RCA та/або RMA звертайтесь, будь ласка, до спеціаліста, відповідального за вашу справу, як зазначено вище. Якщо ви вважаєте, що це рішення є неправильним, зв’яжіться із спеціалістом, відповідальним за вашу справу, за вказаним вище номером.
* Ви маєте повідомляти спеціаліста, відповідального за вашу справу, про будь-які зміни, такі як працевлаштування або зміна місця проживання впродовж 10 днів. У разі недотримання цієї вимоги за вашою справою може бути прийняте рішення про відмову.
* Якщо вам потрібен перекладач, сурдоперекладач або інші пристосування для людей з обмеженими можливостями, будь ласка, зверніться до спеціаліста, відповідального за вашу справу.
 |
| **Права на апеляцію** |
| Ви маєте право оскаржити рішення агенції. Якщо ви вважаєте, що агенції прийняла неправильне рішення, зверніться до спеціаліста, відповідального за вашу справу, за поясненнями. Крім того, ви можете попросити провести неупереджене слухання справи, якщо вважаєте, що рішення неправильне. Інструкції щодо подання запиту на проведення неупередженого слухання справи можна отримати у спеціаліста, відповідального за вашу справу, або надіслати письмовий запит із зазначенням свого імені, адреси, номера телефону, номера соціального страхування та причини апеляції на електронну адресу: Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707- 7875. Якщо ви подаєте запит на проведення неупередженого слухання справи до того, як будь-які зміни наберуть чинності, виплати будуть продовжені до прийняття остаточного рішення. Виплати буде припинено після звершення 12-місячного періоду, впродовж якого ви маєте право на отримання допомоги. Якщо в ході неупередженого слухання справи буде підтверджено, що ви не маєте права на пільги, вам доведеться повернути кошти, які ви отримали помилково. Ви маєте надіслати запит на проведення неупередженого слухання справи впродовж 45 днів із дати отримання повідомлення про рішення, інакше особа, що веде допит під час колегіального розгляду справи, не розглядатиме його. |