

Право на Получение Денежной Помощи Для Беженцев Refugee Cash Assistance Eligibility

Уведомление о Принятом Решении

Личная информация, которую вы предоставите, может быть использована и для вторичных целей [закон права на конфиденциальность, S. 15.04 (1) (m), законоположения штата Висконсин]

Имя Ведущего	Номер Ведущего	Округ	Район
Название Дела		Номер Дела	Номер Телефона
Дата Уведомления			

Имя и Адрес

Настоящим уведомляем, что Ваша просьба о предоставлении Вам как беженцу денежной помощи (Refugee Cash Assistance, RCA) и (или) права на медицинское обслуживание (Refugee Medical Assistance, RMA) была рассмотрена и одобрена. Вы имеете право на получение следующих пособий:

RCA – денежная помощь беженцам

Мы рассмотрели Вашу просьбу о предоставлении денежной помощи (RCA) и считаем, что Вы имеете право на получение первичного пособия в размере \$ _____ за период _____ (от даты подачи до конца месяца). Вы имеете право на дальнейшее регулярное получение пособия в сумме \$ _____, сумма рассчитывается исходя из численности группы (_____ человек), которой это пособие выплачивается. Пожалуйста, имейте в виду, что выплаты этого пособия могут прекратиться, если Вы подойдете под критерии для получения помощи по другим программам, или в соответствии с доходом, или из-за отказа участвовать в программе по трудоустройству, или из-за отказа работать, или через 8 месяцев после въезда в страну. Когда срок Вашего пребывания в стране достигнет 8 месяцев, сумма последней выплаты будет пересчитана пропорционально количеству дней.

RMA – право на денежного пособия (RCA) беженцев

Мы рассмотрели Вашу просьбу о предоставлении права на медицинское обслуживание и считаем, что Вы имеете такое право с _____ по _____.
Пожалуйста, имейте в виду, что для получения права на медицинское обслуживание по другим программам, Вы должны подать заявление до окончания 8-месячного срока пребывания в стране, чтобы не остаться без медицинской помощи по истечении данного периода.

Все вопросы по получению денежной помощи (RCA) Вы можете задать своему ведущему, имя и фамилию которого Вы найдете выше.

Вы обязаны поставить в известность своего ведущего о таких изменениях в Вашей жизни, как трудоустройство и переезд на новое место жительства, в течение 10- дней. Невыполнение данного требования может привести к отрицательным решениям по Вашему делу.

Если Вам необходим переводчик на английский язык, переводчик на язык жестов, или создание особых условий в связи с инвалидностью, пожалуйста, поставьте в известность своего ведущего.

Право на апелляцию: Если Вы не согласны с данным решением, Вы можете подать на апелляцию этого решения. Вся информацию об апелляции Вы можете получить у Вашего Ведущего или Вы можете отправить заявление на пересмотр решения указав Ваше имя, адрес, номер карты социального обеспечения (Social Security Number) и причину по которой Вы подаете на апелляцию в Division of Hearing and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. Если Вы подадите на апелляцию до начала действия принятого решения, Вы будете продолжать получать денежную помощь и/или медицинское обслуживание до принятия окончательного решения по Вашему делу. Ваше право на получение денежной помощи и/или медицинского обслуживания будет прекращено через 8 месяцев после Вашего въезда в страну. Если в результате пересмотра Вашего дела будет установлено что Вы не имеете права на получение пособий указанных выше, Вы должны будете вернуть всю сумму пособий выплаченных Вам ошибочно. Вы должны подать на апелляцию в течении 45 дней со дня уведомления о принятом решении. Заявление поданное после указанного срока не будет принято к рассмотрению.