

Прекращение Выплат По Программе Денежной Помощи Беженцам

Refugee Cash Assistance Termination

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 выплата Вам пособия по программе денежной помощи беженцам

(Refugee Cash Assistance, RCA) и/ или предоставление медицинского обслуживания (Refugee Medical Assistance, RMA) будет прекращена с _____.

Причины:

- Ваш доход в размере \$ _____ превышает максимально допустимый для данной программы.
- Вы находитесь в США более 8 месяцев.
- Вы отвечаете критериям для получения пособия W-2 или SSI и получите финансовую помощь через эти программы.
- В настоящее время Вы участвуете в программе паритетных грантов для беженцев (Refugee Match Grant Program) и получите право на денежную помощь (RCA), начиная с _____, то есть, через 4 месяца после въезда в страну. После указанной даты Вы можете обратиться за пособием по программе RCA.
- Другое _____

Ваше последнее пособие по программе RCA составляет \$ _____ за период с _____ по _____.

Все вопросы по получению пособия (RCA) и (или) права на медицинское обслуживание (RMA) Вы можете задать своему ведущему, имя и фамилию которого вы найдёте 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.