

Постановление о прекращении выплат денежного пособия беженцам
Refugee Cash Assistance

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 и фамилия ведущего работника	Номер работника	Округ	Район (если применимо)
Название дела		Номер дела	Номер телефона ()
Дата уведомления			

Имя, фамилия и адрес лица, ищущего работу

Настоящим уведомляем, что выплата Вам пособия по программе оказания финансовой помощи беженцам (Refugee Cash Assistance, RCA) будет прекращена с ____/____/____.

Причины:

- Вы отклонили предложение о трудоустройстве без уважительной причины. Вы не будете иметь права на получение денежного пособия в течение трех месяцев с момента вступления в силу данного постановления.
- Вы отказались от услуг по трудоустройству без уважительной причины. Вы не будете иметь права на получение денежного пособия в течении трех месяцев с момента вступления в силу данного постановления.
- Вы можете повторно подать заявление на получение пособия (RCA) после _____.
- Вы не имеете права повторно подать заявление на получение пособия (RCA), так как в период действия настоящего постановления истекают 8 месяцев Вашего пребывания в стране, в связи с чем Вы лишаетесь права на получение пособия.
- Ваше последнее пособие по программе RCA составляет \$ _____ за период с ____/____/____ по ____/____/____.
- Другое _____

Все вопросы по получению пособия (RCA) и/или права на медицинское обслуживание (RMA) Вы можете задать работнику, ведущему Ваше дело, имя и фамилия которого указаны выше. Если Вы не согласны с данным решением, позвоните ведущему по указанному выше номеру телефона для получения разъяснений.

Вы обязаны поставить в известность ведущего о таких изменениях в Вашей жизни, как трудоустройство или 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 Вы нуждаетесь в особых условиях в связи с инвалидностью, пожалуйста, сообщите об этом ведущему.

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.