

Департамент з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо
ЗАЯВА ЩОДО ПЕРЕГЛЯДУ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ

- Чому я отримав(ла) цю форму?**
- Якщо ви отримали цю форму, це означає, що ваш поточний період отримання допомоги по догляду за дитиною завершується протягом 45 днів. **Дата завершення періоду отримання допомоги наведена у доданій заяві.**
 - Якщо ви і надалі бажаєте отримувати допомогу по догляду за дитиною, ви повинні заповнити цю форму та якомога швидше повернути її до вашого окружного відділення, але **не пізніше ніж за 15 днів до дати завершення зазначеного періоду. У випадку запізнення виплата допомоги може бути припинена.**

- Як мені заповнити цю форму?**
- Будь ласка, перевірте точність усіх даних, наведених у цій формі.
 - **Обов'язково впевніться, що ви зазначили правильну інформацію щодо відповідності вашої діяльності для участі в програмі, в т.ч. інформацію щодо працевлаштування та доходу, якщо застосовне.**
 - Якщо будь-які дані у цій формі виявляться неточними, будь ласка, закресліть надруковану інформацію та вкажіть правильну. **Обов'язково підпишіть заяву.**
 - **Позначка ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** буде наведена поряд із питаннями, для яких ви повинні надати підтверджувальну документацію. Підтверджувальна документація описана нижче.
 - Поверніть цю заяву разом із підтверджувальною документацією до окружного відділення, вказаного в заяві. Також заяви можуть надсилатися поштою, факсом або електронною поштою.

- Які підтверджувальні документи я маю надати для одержання догляду за дитиною, що фінансується з бюджетних коштів?**
- **Підтвердження доходів:** підтвердження доходів включає, серед іншого, квитанції про нарахування зарплатні, податкові документи, повідомлення про нарахування допомоги, постанови про сплату аліментів тощо.
 - **Підтвердження сплати будь-яких аліментів на дитину.,** якщо їх сума змінилася.
 - **Підтвердження, що діяльність усіх осіб, які надають догляд за дитиною в межах родини, відповідає вимогам для участі в програмі:** Перевірка діяльності, яка відповідає вимогам для участі в програмі, включає, серед іншого, офіційний шкільний розклад, робочий графік, підтвердження зайнятості, договір про фінансову незалежність тощо.

- В чому сутність системи «Назустріч якості» (Step Up To Quality)?**
- Система «Назустріч якості» допомагає родинам визначити програми по догляду за дитиною, що перевершують мінімальні стандарти ліцензування. Програми, відзначені зірочками, демонструють більш високий рівень якості щодо різноманітних аспектів. Для одержання додаткової інформації відвідайте веб-сторінку ODJFS щодо догляду за дитиною за адресою <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> та натисніть на "Step Up To Quality."

- Якщо я бажаю змінити свого надавача послуг, як мені вибрати нового?**
- Батьки можуть вибрати будь-яку програму, ухвалену для надання догляду за дитиною, що фінансується з бюджетних коштів. Ці програми включають центри, дитячі садки родинного типу та помічників, що надають догляд на дому і розташовані по всьому штату Огайо.
 - Якщо вам потрібна допомога у виборі надавача послуг, ви можете звернутися до місцевого співробітника та довідково-інформаційного центру із надання догляду за дитиною. Для одержання контактної інформації відвідайте сторінку <http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm>.
 - Для пошуку програм, що відповідають потребам вашої дитини щодо догляду, скористайтеся директорією з питань догляду за дитиною ODJFS за адресою <http://childcaresearch.ohio.gov>. Директорія дозволяє здійснювати пошук за місцем, типом програми, послугам, що надаються, а також днями та годинами роботи. Там надається інформація щодо кожної програми, включаючи її рейтинг у системі "Назустріч якості", будь-яку акредитацію або членство, перевірки ліцензії та обґрунтовані скарги.
 - **Якщо ви зміните свого надавача послуг, обов'язково якомога швидше повідомте про зміну своє окружне відділення ще до початку його відвідання дитиною.**

Продовження на наступній сторінці

Коли я дізнаюся, що все ще маю право отримувати допомогу по догляду за дитиною?

- Ваше окружне відділення прийме рішення до того, як настане останній день вашого поточного періоду отримання допомоги.
- Якщо ви все ще будете мати право на отримання допомоги, новий період розпочнеться з наступного дня після дати завершення попереднього періоду.
- Якщо окружне відділення вирішить, що ви більше не маєте права на отримання допомоги, ви маєте право оскаржити це рішення.
- Ви отримаєте повідомлення у листі, в якому вас поінформують про це рішення, а також про те, що вам можливо знадобиться зробити.

Що робити, якщо моя дитина має обмежені можливості або я підозрюю, що у моєї дитини затримка розвитку?

- Для отримання додаткової інформації щодо медичного огляду в межах програми Medicaid та послуг із лікувально-терапевтичного втручання у ранньому дитячому віці для вашої дитини відвідайте веб-сторінку щодо догляду за дитиною Департаменту з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо за адресою <http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm> та натисніть на розділ "Families (Родини)".
- Ваш надавач догляду за дитиною може звернутися за додатковою допомогою, якщо йому знадобиться додаткове обладнання для вашої дитини. Для одержання додаткової інформації ваш надавач послуг може звернутися до вашого окружного відділення.

Як мені подати скаргу на надавача послуг?

Якщо ви бажаєте подати скаргу щодо особи, підозрюваної у порушенні ліцензійних норм, ви можете зателефонувати до Служби підтримки догляду за дітьми за номером (1) 877-302-(2347) 2347-2347, варіант 4.

Департамент з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо
ЗАЯВА ЩОДО ПЕРЕГЛЯДУ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ

	<p>Додана Заява про реєстрацію виборця - доступна допомога</p> <p>Якщо ви ще не були зареєстровані в якості виборця за місцем поточного проживання, чи не могли би ви подати заяву про реєстрацію виборця сьогодні?</p> <p><input type="checkbox"/> Так, я бажаю зареєструватися <input type="checkbox"/> Ні, я не бажаю реєструватися</p> <p>Якщо ви не поставите жодної позначки в цих полях, ми будемо вважати, що ви вирішили не реєструватися в якості виборця цього разу.</p>
--	---

Будь ласка, уважно прочитайте наступну інформацію

Завершення періоду, протягом якого ви можете отримати допомогу по догляду за дитиною, заплановане на _ / _ / _. Будь ласка, заповніть, підпишіть та поверніть цю форму до окружного відділення, зазначеного у верхній частині цієї сторінки. Ми використаємо наведену вами інформацію, щоб визначити, чи маєте ви право на отримання допомоги під час наступного періоду. Якщо ви не повернете цю заяву про перегляд надання допомоги та всю супроводжувальну документацію до дати завершення відповідного періоду, зазначеного вище, ми припинимо виплату допомоги по догляду за вашою дитиною.

Ви **ПОВИННІ**:

- Заповнити цю форму та повернути її до ____ / ____ / ____
- Якщо у запитанні зазначено **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ**, ви **ПОВИННІ** додати до цієї форми підтвердження та подати його разом із нею. Поставте підпис та дату в нижній частині форми.
- Якщо вам не вистачає місця для відповідей, запишіть їх на додатковому аркуші паперу та приєднайте до цієї форми.
- Ви можете надіслати все це до окружного відділення поштою, факсом, або передати особисто за адресою, наведеною вище.

Якщо у вас виникнуть запитання, зателефонуйте до окружного відділення, наведеного у верхній частині цієї форми.

Розділ I ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВНИКА

Будь ласка, перевірте цю інформацію та за необхідності внесіть зміни.

Прізвище та ім'я заявника (Повне ім'я)

Домашня адреса (обов'язково вкажіть вулицю та номер будинку)

Домашня адреса (рядок 2)	Місто	Штат	Індекс
--------------------------	-------	------	--------

Поштова адреса (якщо відрізняється від зазначеної вище)

Поштова адреса (рядок 2)	Місто	Штат	Індекс
--------------------------	-------	------	--------

Адреса електронної пошти:	Номер домашнього телефону	Номер робочого телефону	Номер мобільного телефону
---------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------

Ви згодні, щоб ми надсилали текстові повідомлення на ваш номер мобільного телефону? Так Ні

РОЗДІЛ II СКЛАД РОДИНИ

Скільки осіб проживає у вашому житті? _____. Будь ласка, підтвердіть інформацію нижче стосовно вашої родини. Додайте ім'я додаткових членів родини та дату, коли вони в'їхали, або викресліть тих членів родини, що більше не проживають з вами та дату, коли вони виїхали.

Прізвище та ім'я (П.І.Б.)	Останні 4 символи SSN	Дата народження	Стать Ч/Ж	Відносини із заявником	Дитина, що потребує догляду? (Так/Ні)	В'їзд/виїзд Дата

РОЗДІЛ III ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОХІД РОДИНИ (ви повинні надати довідку про дохід)

Нижче наведено ваші заробітки та заробітки інших осіб, що здійснюють догляд, зареєстровані у документації окружного відділення. Ви повинні: **ДОДАТИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ доходу, навіть якщо він не змінився.**

Особа, що здійснює догляд 1 Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Особа, що здійснює догляд 2 Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Особа, що здійснює догляд 3 Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Особа, що здійснює догляд 4 Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік
Назва/прізвище та ім'я і адреса роботодавця	Дата початку	Розмір оплати	Як часто сплачується?	Графік

Чи змінився чий-небудь нетрудовий дохід з моменту останньої заяви, в т.ч. дохід з таких джерел, як аліменти на дитину, соціальне страхування (SSA або SSI), допомога по безробіттю, виплати по непрацездатності, страхування від нещасних випадків, пенсійні виплати або дохід від оренди?

Так Ні

Якщо так, визначте джерело доходу, дату початку/зміни отримання доходу, щомісячну суму та **ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДОХОДУ**.

Чи змінилися ваші зобов'язання щодо аліментів на дитину з моменту подання останньої заяви? Так Ні
Якщо так, яке важке щомісячне зобов'язання щодо аліментів на дитину?

ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ

Чи маєте ви або будь-яка особа у вашій родині більше одного мільйона доларів у формі готівки, чеку або збережень (наприклад, банківський рахунок, щорічна рента, акції або облигації)? Так Ні

Чи є хто-небудь у вашій родині військовослужбовцем? Так Ні Якщо так, то знаходиться на дійсній службі
 у Національній гвардії/запасі

РОЗДІЛ IV ВІДВІДАННЯ ШКОЛИ АБО НАВЧАННЯ ОСОБОЮ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДОГЛЯД (ви повинні надати поточний офіційний розклад та поточні атестати у випадку відвідання школи)

Особа, що здійснює догляд 1 Назва і адреса школи або навчального закладу	Дата початку
Особа, що здійснює догляд 2 Назва і адреса школи або навчального закладу	Дата початку
Особа, що здійснює догляд 3 Назва і адреса школи або навчального закладу	Дата початку
Особа, що здійснює догляд 4 Назва і адреса школи або навчального закладу	Дата початку

РОЗДІЛ V ДІТИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ДОГЛЯДУ (перевірте точність даних та внесіть зміни, якщо необхідно)

Дитина 1 Ім'я та прізвище (П.І.Б.)	Дівоче прізвище матері дитини	Місто народження
Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 1	Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 2	

*Поточний рік навчання дитини: _____ *Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.

Дитина відвідує дитячий садок? Так Ні Дата початку: _____

Дата початку навчання у школі: _____ та дата завершення: _____ Години перебування у школі: з _____ до _____ = _____ (год.)

Назва школи _____ Адреса школи _____

Дитина 2 Ім'я та прізвище (П.І.Б.)		Дівоче прізвище матері дитини	Місто народження
Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 1		Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 2	
*Поточний рік навчання дитини: _____ *Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.			
Дитина відвідує дитячий садок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Дата початку: _____			
Дата початку навчання у школі: _____ та дата завершення: _____ Години перебування у школі: з _____ до _____ = _____ (год.)			
Назва школи _____ Адреса школи _____			
Дитина 3 Ім'я та прізвище (П.І.Б.)		Дівоче прізвище матері дитини	Місто народження
Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 1		Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 2	
**Поточний рік навчання дитини: _____ *Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.			
Дитина відвідує дитячий садок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Дата початку: _____			
Дата початку навчання у школі: _____ та дата завершення: _____ Години перебування у школі: з _____ до _____ = _____ (год.)			
Назва школи _____ Адреса школи _____			
Дитина 4 Ім'я та прізвище (П.І.Б.)		Дівоче прізвище матері дитини	Місто народження
Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 1		Назва/прізвище та ім'я і адреса Надавача послуг 2	
*Поточний рік навчання дитини: _____ *Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.			
Дитина відвідує дитячий садок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Дата початку: _____			
Дата початку навчання у школі: _____ та дата завершення: _____ Години перебування у школі: з _____ до _____ = _____ (год.)			
Назва школи _____ Адреса школи _____			
РОЗДІЛ VI Права та обов'язки			
<p>Я розумію, що ця заява буде розглянута без урахування расової приналежності, кольору шкіри, статі, віку, обмежених можливостей, релігії, соціального або національного походження. Наскільки мені відомо, відповіді у цій заяві є повними та правильними. Я розумію, що законодавство передбачає покарання у вигляді штрафу чи позбавлення волі або обох цих заходів для осіб, що були визнані винними в отриманні допомоги, на яку він або вона не мали права. Я попереджений(а) про кримінальну відповідальність за надання свідомо хибних даних і заявляю, що вся інформація є повною та достовірною.</p> <p>Підписуючи та подаючи цю заяву, я визнаю і погоджуюся з тим, що окружне відділення та ODJFS можуть передавати певні подробиці щодо статусу моєї заяви до надавача послуг із догляду за дитиною, наведеного у розділі 5 цієї заяви та у будь-яких поправках до неї, а також до будь-якого надавача послуг по догляду за дитиною, якому я надаю дозвіл на отримання інформації стосовно моєї заяви.</p> <p>Мій підпис нижче означає, що я надаю дозвіл відділенню та ODJFS на контактування з особами, що може знадобитися, щоб визначити мою відповідність вимогам для отримання допомоги, та підтверджую інформацію, наведену мною в цій заяві. Я розумію, що мій підпис нижче надає окружному органу дозвіл на отримання доступу до інформації, наявної в Системі відстеження надання допомоги (SETS) для підтвердження мого доходу у вигляді допомоги по догляду за дитиною, аліментів для чоловіка(дружини)/допомоги за станом здоров'я. Мій підпис нижче також підтверджує згоду на видачу ідентифікаційного номера учня в межах штату, згенерованого системою (SSID), для кожної дитини, наведеної у розділі 5 даної заяви.</p> <p>Мій підпис нижче означає, що я надаю згоду та дозвіл на доступ окружного відділення доCRIS-E або Портал надання допомоги для працівників (Ohio Benefits Worker Portal) з метою перевірки громадянського статусу дітей у цій справі та для підтвердження отримання додаткової державної допомоги. Я можу у будь-який час відкликати цей дозвіл, надіславши до оружного відділення відповідне повідомлення у письмовій формі.</p> <p>Я розумію, що зможу використовувати допомогу по догляду за дитиною лише для тих дітей, що мають на це право, та у межах максимальної кількості годин, дозволених окружним відділенням. Щоб зберегти за собою право на допомогу по догляду за дитиною, необхідно сплатити необхідну додаткову платню надавачу послуг (якщо застосовне). Невиконання умови щодо доплати може призвести до припинення виплати допомоги по догляду за дитиною.</p> <p>Я розумію, що я повинен(а) повідомити про будь-які зміни, що можуть вплинути на відповідність вимогам для отримання допомоги по догляду за дитиною, включаючи зміни у доході родини, години роботи/навчання/підготовки, розмір родини та адресу. Я розумію, що повинен(на) повідомити про зміни протягом 10 днів з моменту їх виникнення.</p> <p>Я розумію, що у випадку ухвалення, моя інформація буде завантажена до Електронної картки по догляду за дитиною штату Огайо (Ohio ECC), що я маю використовувати безконтактну електронну картку по догляду за дитиною штату Огайо для реєстрації відвідань моєю дитиною надавача(ів) послуг по догляду за дитиною і що я не повинен(на) передавати свою картку надавачу(ам) послуг або дозволяти своєму(їм) надавачу(ам) послуг використовувати свою безконтактну картку. Якщо моя картка буде втрачена чи викрадена, я маю звернутися за заміною картки протягом семи робочих днів з дати останнього безконтактного доступу. Я розумію, що якщо моя дитина відвідує програму з рейтингом «Назустріч якості» (Step Up To Quality), і якщо буде проведене оцінювання моєї дитини, ці дані будуть зібрані та повідомлені до ODJFS.</p>			

Я отримав(ла) пояснення щодо вимог для визначення права на отримання допомоги; причин, через які мені можуть відмовити в її отриманні; мого права на слухання у комісії штату; моєї відповідальності щодо повідомлення про зміни до окружного відділення та штрафних санкцій, включаючи можливий цивільний позов або кримінальне переслідування; за навмисне приховування або фальсифікацію інформації або неправомірне використання допомоги по догляду за дитиною, включаючи неправомірне використання безконтактних карт, виданих мені з метою реєстрації відвідання дитиною надавача послуг по догляду за дитиною.

Шахрайство щодо допомоги по догляду за дитиною — це навмисне приховування або фальсифікація інформації чи неправомірне використання послуг по догляду за дитиною, визначене судом. Недотримання цієї вимоги щодо повідомлення відповідної інформації вважається шахрайством і може призвести до наступного: 1) повернення суми допомоги по догляду за дитиною, яку ви отримали, але на яку ви не мали права; 2) припинення або відмова у виплаті допомоги по догляду за дитиною; або 3) стягнення штрафу та/або позбавлення волі, якщо ви будете визнані винними у шахрайстві щодо отримання допомоги по догляду за дитиною, на яку ви не мали права.

Підпис заявника

Дата

Підпис особи, що допомогла заповнити цю заяву

Дата

Для подання скарги з приводу дискримінації через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або обмежені можливості напишіть лист або подзвоніть до Департаменту з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо: ODJFS; Bureau of Civil Rights, 30 E. Broad St., 37th Floor, Columbus, OH 43215; (614) 644-2703 (голосовий) / (1) 866-277-(6353) 6353-6353 (голосовий ~ безкоштовний); (614) 995-9961 (телетайп) 1-866-221-6700 (безкоштовний телетайп); (614) 752-6381 (факс). Ви також можете написати або зателефонувати до: Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Region V, Office of Civil Rights, 233 N. Michigan Ave, Suite 240, Chicago, IL 60601; (312) 886-2359 (голосовий); (312) 353-5693 (для осіб із порушеннями слуху); (312) 886-1807 (факс).

Ohio Department of Job and Family Services (Департамент працевлаштування та у справах родини штату Огайо)

EXPLANATION OF STATE HEARING PROCEDURES РОЗ'ЯСНЕННЯ ЩОДО ПРОЦЕСУ СЛУХАННЯ НА РІВНІ ШТАТУ

Що таке слухання на рівні штату?

Якщо ви вважаєте, що в процесі розгляду вашої справи сталася помилка або затримка, ви можете запитати про проведення слухання на рівні штату. Ви можете запитати про проведення слухання на підставі дій, здійснених Департаментом працевлаштування та у справах родини штату Огайо (Department of Job and Family Services) або місцевою організацією. Місцевими організаціями є Окружний департамент працевлаштування та у справах родини (County Department of Job and Family Services, CDJFS), Окружна агенція з питань стягнення аліментів (County Child Support Enforcement Agency, CSEA) та агенції та відомства, що працюють із зазначеними організаціями за контрактами. Слухання на рівні штату передбачає зустріч із вами за участю представника місцевої організації та офіцера зі слухань Департаменту працевлаштування та у справах родини штату Огайо (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). Представник місцевої організації пояснить вам дії, які були здійснені або плануються по вашій справі. Після цього у вас буде можливість пояснити, чому, на вашу думку, такі дії є помилковими/невірними. Офіцер зі слухань вислухає вас та представника місцевої організації та може поставити запитання, які допоможуть висвітлити всі відповідні факти. Офіцер зі слухань проаналізує всі факти, які були представлені в рамках слухання, та запропонує рішення, виходячи з того, наскільки вірно відповідні норми та правила були застосовані до вашої справи.

Яким чином запитати про проведення слухання?

Щоб запитати про проведення слухання, зателефонуйте або напишіть до вашої місцевої профільної організації або напишіть до Департаменту працевлаштування та у справах родини штату Огайо за адресою Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of State Hearings, PO Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825. Якщо ви отримаете повідомлення про відмову, скорочення обсягу або припинення соціальної допомоги або послуг, ви також отримаете формуляр запити про проведення слухання на рівні штату. Заповніть формуляр запити та надішліть його до Відділу з організації слухань на рівні штату (State Hearings). Ви також можете доправити запит про проведення слухання до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) факсом на номер (614) 728-9574. Ми маємо отримати ваш запит про проведення слухання на рівні штату протягом 90 днів від дати відправлення поштою повідомлення про здійснення відповідної дії. При цьому, якщо ви отримаете продуктову допомогу (кошти на купівлю продуктів харчування), ви можете запитати про проведення слухання щодо розміру продуктової допомоги у будь-який момент протягом вашого періоду офіційної участі в програмі продуктової допомоги (періоду сертифікації). Якщо запит від вашого імені подає хтось інший, ви маєте додати письмову заяву за вашим підписом, яка свідчить про те, що ця особа є вашим представником. Запит телефоном можете зробити виключно ви.

Як запитати про проведення телефонного слухання?

Якщо ви не в змозі відвідати слухання у визначеному місці з причини обмежених можливостей, які пов'язані з транспортуванням, доглядом за дитиною, станом здоров'я тощо, ви можете зателефонувати 1-866-635-3748 та обрати опцію участі в телефонному режимі. Якщо ви братиме участь у слуханні в телефонному режимі, офіцер зі слухань, який розглядає вашу апеляцію, зателефонує вам в день слухання у визначений час на номер телефону, наданий вами.

Подальше отримання соціальної допомоги або послуг

Якщо ви отримаете повідомлення про те, що вашу соціальну допомогу або послуги, які ви отримуете, буде скорочено, припинено або обмежено, ви мусите запитати про проведення слухання на рівні штату протягом 15 днів із дати відправлення відповідного повідомлення для того, щоб мати змогу продовжувати отримувати соціальну допомогу або послуги до прийняття рішення за результатами слухання.

Якщо запит стосується програми продуктової допомоги, ви не отримуватимете допомогу, якщо вам відмовлено в її наданні або в разі закінчення періоду сертифікації. Після закінчення періоду сертифікації ви маєте подати нову заяву на участь у програмі, яка має бути прийнята та затверджена. Якщо обсяг вашої соціальної допомоги або послуг, які ви отримуете, змінився без попереднього письмового повідомлення, або якщо такі зміни відбулися, не дивлячись на те, що ви вчасно запитали про проведення слухання, ви можете зателефонувати до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) за спитати, чи маєте ви право на подальше отримання соціальної допомоги. Зателефонуйте нам безкоштовно на номер 1-866-635-3748 та в автоматичному голосовому меню виберіть опції номер один. Якщо рішення, прийняте за результатами слухання, є не на вашу користь, але ви продовжуєте отримувати соціальну допомогу, до вас може бути висунута вимога про повернення будь-яких соціальних виплат, на отримання яких ви не мали права. Умови щодо подальшого отримання соціальної допомоги, наведені в цьому розділі, не застосовуються до програми утримання дітей. Якщо ви запитуете про проведення слухання стосовно послуг по програмі утримання дітей, наявність запити не матиме жодного ефекту на обсяг та режим отримання послуг у період до проведення слухання.

Співбесіда на рівні округу

Неформальна зустріч з особою із місцевої організації може допомогти вирішити наявні питання без необхідності проведення слухання на рівні штату. Часто це найшвидший спосіб рішення проблем, що виникли. На такій зустрічі вашу справу буде розглянуто в вашій присутності. Якщо трапилася помилка, її можна виправити без необхідності проведення слухання на рівні штату. Щоб організувати співбесіду на рівні округу, зверніться з відповідним запитом до окружного соціального робітника, який курирує вашу справу. Якщо ви не задоволені результатами такої співбесіди, ви можете, у відповідності до запити, взяти участь у слуханні на рівні штату. Проведення співбесіди на рівні округу не є обов'язковою вимогою для проведення слухання на рівні штату. Запит про проведення співбесіди на рівні округу не позначиться на строках організації та проведення слухання на рівні штату.

Коли слухання буде проведено?

Після того, як ваш запит на проведення слухання отримано, Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) направить на вашу адресу повідомлення, у якому будуть зазначені дата та час, а також місце проведення слухання. Таке повідомлення буде надіслано вам мінімум за 10 днів до проведення слухання. У повідомленні також будуть наведені інструкції щодо заходів, який вам необхідно вжити, якщо ви не зможете з'явитися на слухання у заплановану дату й час.

Де проводяться слухання?

Слухання, як правило, проводяться в місцевій соціальній організації. Якщо ви не можете туди дістатися, слухання може бути проведене в іншому місці, розташування якого є зручним для вас та інших його учасників. Якщо ви бажаєте, щоб слухання проводилося в іншому місці, а не в місцевій соціальній організації, обов'язково наголосіть про це в вашому запиті про проведення слухання.

Відкладення слухання

Якщо ви не можете забезпечити власну присутність на слуханні у відповідності до визначеного розкладу, або якщо вам потрібно більше часу на підготовку до слухання, ви можете подати до Відділу слухань запит про відкладення слухання. Якщо справа стосується вашої участі у програмі продуктової допомоги, максимальний строк, на який слухання може бути перенесене, не має перевищувати 30 днів із дати першого призначеного слухання. Якщо справа стосується всіх інших програм, перенесення слухання допускається лише з вельми поважної причини.

Якщо ви не з'явитесь на слухання

Якщо ви не з'явитесь на слухання, Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) направить на вашу адресу повідомлення про ануляцію слухання. Якщо ви, все ж, бажаєте скликати слухання, ви мусите зв'язатися із Bureau of State Hearings (Відділом з організації слухань на рівні штату) протягом 10 днів та пояснити, чому ви не з'явилися на попереднє слухання, представивши необхідні підтверджувальні матеріали/докази. Підтверджувальними матеріалами/доказами є документи або офіційні папери, які підтверджують причину, з якої ви пропустили заплановане слухання. Після представлення вами матеріалів/доказів, що підтверджують причини пропуску вами попереднього слухання, орган із проведення слухань розгляне ці матеріали/докази та прийме рішення, чи є надані вами матеріали/докази достатніми. Якщо ви не звернетесь до Відділу протягом 10 днів та не надасте матеріалів/доказів, які б підтверджували поважну причину, з якої ви пропустили попереднє слухання, слухання буде анульовано, і по спірному(-их) питанню(-ях) буде прийнято рішення не на вашу користь. Місцева соціальна організація, таким чином, може перейти до вжиття заходів, яких вона планувала вжити. Якщо ви не згодні з відхиленням апеляції, ви можете подати адміністративну апеляцію згідно з інструкціями, передбаченими в повідомленні про ануляцію слухання.

Перед слуханням

Ви можете призначити представника (юриста, спеціаліста з питань соціальної допомоги, друга або родича), який буде представляти вашу справу під час слухання. Якщо ви не збираєтесь бути присутніми на слуханні, особа, яка буде вас представляти, має пред'явити підписану вами письмову заяву про те, що саме ця особа є призначеним вами представником на слуханні. Якщо ви бажаєте забезпечити собі юридичну підтримку під час слухань, ви маєте вжити відповідних заходів заздалегідь. Зверніться до місцевої програми юридичної підтримки та дізнайтеся, чи маєте ви право на безкоштовні послуги. Якщо ви не знаєте, як зв'язатися з місцевою організацією юридичної підтримки, зателефонуйте на безкоштовний номер 866-529-6446 (866-LAW-OHIO), щоб дізнатися номер телефону такої місцевої організації або зверніться до довідника «Юридична допомога» (Legal Aid) за адресою <http://www.ohiolegalservices.org/programs>. Якщо ви бажаєте, щоб повідомлення про слухання було надіслане вашому адвокату, ви маєте надати Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) прізвище/ім'я та адрес вашого адвоката. Ви та ваш представник маєте право на перегляд матеріалів вашої справи та офіційних норм і правил, що є застосовними до вашої справи. Якщо слухання, що організується, стосується реєстрації робітника або працевлаштування та професійної підготовки, ви також можете переглядувати ваше досьє щодо працевлаштування або професійної підготовки. Ви можете отримати безкоштовну копію будь-яких документів із матеріалів справ, які мають відношення до вашого запиту про проведення слухання. Будь-яка особа, що діє від вашого імені, має пред'явити вашу підписану заяву до того, як отримати доступ до матеріалів ваших справ або одержати копії документів із матеріалів ваших справ. Місцева соціальна організація не зобов'язана розкривати вам конфіденційні дані, приміром імена осіб, що надали свідчення проти вас, матеріали кримінальних справ, а також деякі медичні дані. Конфіденційні матеріали, які ви не маєте права переглядати або вивчати, не можуть розглядатися під час слухань або використовуватися офіцером зі слухань під час прийняття рішення.

Повістка для свідків або про долучення документів

Ви можете запитати орган з проведення слухань щодо розсилання повісток про долучення до слухання документів або свідків, долучення/виклик яких інакшим чином є неможливим, які мають ключове значення в рамках розгляду вашої справи. Ви маєте запитати про розсилку повісток мінімум за п'ять календарних днів до дати слухань та надати прізвище(-а)/ім'я(-ена) та адресу(-и) особи(-і) або місцезнаходження документів, яких ви бажаєте викликати/долучити до справи.

Під час слухань

Ви можете долучити до участі в слуханні свідків, друзів, родичів або вашого адвоката, які допоможуть вам представити вашу справу. Офіцер зі слухань може обмежити кількість свідків у рамках слухання під час розгляду будь-яких окремих питань через брак місця. Ви та ваш представник матимете право на перегляд доказів, що використовуються під час слухання, представити справу зі своєї точки зору без неналежного втручання, ставити питання та використовувати документи та інші докази на підтримку вашої версії подій та виникнення тих чи інших обставин. Процедура слухання буде ретельно протоколюватися офіцером зі слухань, що має забезпечити вірність фактичних даних. Після прийняття рішення за результатами слухання ви можете отримати безкоштовну копію протоколу, звернувшись з відповідним запитом до Відділу з організації слухань на рівні штату. Офіцер зі слухань вислухає обидві сторони, але не вносить рішення під час слухання. Натомість ви отримаєте письмове рішення поштою у листі, надісланому органом зі слухань.

Групові слухання

Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) може об'єднати декілька запитів про індивідуальні слухання в єдине групове слухання, однак лише за відсутності неузгодженостей на рівні фактів у кожній справі та за умов, якщо всі справи відносяться до схожих питань законодавства рівня штату або федерального рівня, або до питань, які стосуються норм і правил, діючих на рівні округу. І відповідному разі повідомлення про проведення слухання, яке ви отримаєте, мститиме вказівку на включення вашої справи до групового слухання. Ви та ваш представник матимете змогу представити вашу справу окремо та користуватиметесь під час групового слухання такими самими правами, якими ви б користувалися під час індивідуального слухання.

Після слухання

Ви отримаєте рішення за результатами слухання протягом 60 днів від подання запиту про проведення слухання, якщо слухання скликалося стосовно питань, що мали відношення до вашої участі в програмі продуктової допомоги, та протягом 90 днів, якщо спірні питання мали відношення до будь-яких інших програм. Якщо ви не згодні з рішенням, прийнятим за результатами слухання, ви можете подати адміністративну апеляцію згідно з інструкціями, передбаченими в повідомленні про прийняте рішення.

Виконання прийнятого рішення

Якщо рішення, прийняте за результатами слухання, передбачатиме підвищення обсягу продуктової допомоги, допомогу буде збільшено впродовж приблизно 10 днів із дати винесення рішення. Якщо рішення, прийняте за результатами слухання, передбачає скорочення обсягу продуктової допомоги, ви отримаєте зменшену продуктовою допомогою наступного разу, коли ви маєте за розкладом отримати продуктовою допомогу. У рамках будь-яких інших програм соціальна організація має вжити заходів щодо виконання рішення, прийнятого за результатами слухання, впродовж 15 днів із дати прийняття рішення та, неодмінно, впродовж 90 днів із дати подання вами запиту щодо проведення слухання. Якщо ви вчасно не отримали соціальної допомоги у відповідності з прийнятим рішенням, зверніться до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату).

Додаткові спірні питання передбачають проведення окремих слухань

Якщо, чекаючи на проведення слухання або на винесення рішення по результатах слухання, ви отримаєте інше повідомлення, яке інформує вас про намір місцевої соціальної організації змінити обсяг соціальної допомоги або послуг, які ви отримуєте, ви маєте запитати про окреме слухання, якщо ви не згодні з діями, що передбачаються. Окреме слухання буде проведене згідно з новим повідомленням.