

# Запрос на проведение административного слушания

**Эта часть заполняется сотрудниками Департамента социального обслуживания (Department of Human Services - DHS) и/или Управления здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority - OHA)**

Date of notice:	Date <b>Received</b> by DHS or OHA: <i>(can be oral for SNAP and Medical programs)</i>	Program:	Cost center/branch #:	Case number:	Worker ID:
/ /	/ /				
Is claimant English speaking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Alternate format? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If "yes," please specify;	
If no, claimant understands:		<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Audio tape <input type="checkbox"/> Large print		<input type="checkbox"/> Diskette <input type="checkbox"/> Oral presentation	

**Эта часть заполняется истцом или представителем истца**

Если вы требуете проведения слушания по вопросу, связанному с выплатой денежного пособия, пособия по уходу за детьми или медицинским обслуживанием (определенной медицинской процедурой или лекарством), вы или ваш представитель должны заполнить настоящий бланк заявления. Вы также можете заполнить его для того, чтобы сделать запрос о проведении слушания, связанного с участием в медицинской программе или получением продовольственного пособия, но это требование не обязательно. Сотрудник Департамента DHS или Управления ОНА может помочь вам в заполнении данного бланка заявления.

Имя и фамилия истца:	№ телефона:	№ телефона для голосовой почты:	Адрес эл. почта (по желанию):
----------------------	-------------	---------------------------------	-------------------------------

Адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	--------	-------	------------------

Имя представителя или адвоката:	№ телефона:
---------------------------------	-------------

Адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	--------	-------	------------------

Я прошу о проведении слушания в связи с тем, что я не  Прекращении дела  Сокращении размера моих пособий

Отказе в выплате пособия  Взыскании с меня суммы переплаты пособия  Другое:

Я получил(-а) письменное уведомление об отказе в предоставлении пособия или о прекращении выплаты моих пособий. **Дата уведомления:**  
/ /

Запрос на проведение слушания в связи с: вопросом о/об

программе SNAP (продовольственное пособие)  пособие по уходу за детьми  программе TANF (денежное пособие)  Другое:

долгосрочном уходе  Насилием в семье  медицинской программе  предоставлении медицинских услуг (процедуры или лекарства)

Кратко поясните, почему вы не согласны.

**Пожалуйста, прочтите часть 3 на обороте данного бланка заявления для получения информации о проведении слушаний в срочном порядке.**

Отметьте здесь, отвечает ли ваша ситуация требованиям для проведения слушания в срочном порядке

**Перед тем как ответить на этот вопрос, пожалуйста, прочтите часть 2 на обороте данного бланка заявления.**

Хотите ли вы, чтобы в период ожидания слушания размеры ваших пособий остались такими же (выплата их не прекращалась, или размеры пособия не были сокращены)?  Да  Нет

*(Примечание: размер ваших пособий может измениться, если произойдут какие-либо изменения)*

**Судья административного права может провести слушание по телефону.**

В ходе такого слушания судья административного права участвует в нем по телефону. Клиент может находиться в отделении или любом другом месте. Я понимаю, что меня также попросят провести неофициальную конференцию с представителем агентства.

Подпись истца (или представителя истца):	Номер дела истца или номер его социального обеспечения (Social Security):	Дата:
--	---	-------

В соответствии с законодательными актами 42 USC 1320b-7(a) и (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b), и OAR 461-120-0210, Департамент социального обеспечения и Управление здравоохранения штата Орегон имеют право попросить вас предоставить ваш номер социального обеспечения (Social Security Number - SSN). Он будет использован для определения местонахождения вашего досье и документации по вашему делу. Предоставление номера SSN является добровольным.

**Для заполнения сотрудниками Департамента DHS/Управления ОНА**

DHS representative for this matter:	Date:	Issue code:	Telephone number:
	- -		- -
Issue resolved at branch level? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Ordered issued:</b> <input type="checkbox"/> Client withdraw <input type="checkbox"/> Agency withdraw <input type="checkbox"/> Dismissal		

## Ваши права на слушания

### Что вы можете сделать, если вы не согласны с данным решением:

- У вас есть право опротестовать это решение, потребовав проведения слушания. Слушания проводятся отделом административных слушаний (Office of Administrative Hearings) независимо от департамента социального обслуживания (Department of Human Services - DHS) или департамента здравоохранения Орегона (Oregon Health Authority – OHA). **Если вы желаете, чтобы было проведено слушание, вы должны вовремя потребовать его проведения.**
- Кроме того, вы можете поговорить с менеджером. Вы можете позвонить в местное отделение, номер телефона которого вы найдете на сайте <http://www.oregon.gov/dhs/localoffices/localoffices.pdf>. Срок предъявления требования о проведении слушания (см. часть 1 ниже) не изменится, даже если вы связались с менеджером или пытаетесь с ним связаться. Если вам понадобится дополнительная помощь, вы можете связаться с Governor's Advocacy Office по телефону 1-800-442-5238.

### Часть 1 – Требование о проведении слушания

**Как обеспечить проведение слушания?** Для продовольственного и медицинского пособия, вы можете попросить о проведении слушания, подав форму MSC 0443 по телефону, в письменном виде или лично, встретившись с сотрудником DHS. Для всех остальных пособий, вы должны заполнить форму на проведение административного слушания (MSC 0443) и вернуть ее в любое отделение DHS или OHA. Вы можете получить эту форму в управлении DHS или OHA, также загрузить ее на сайте <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me0443.pdf>. Сотрудники вашего местного отделения также могут помочь вам в подаче запроса на проведение слушания. Если вы не согласны с количеством получаемых вами продовольственных пособий, вы можете потребовать проведения слушания в любое время. При сокращении вашего продовольственного пособия, медицинского пособия или пособия по программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) в связи с отказом вами от следования составленному для вас плану, ваш запрос на проведение административного слушания должен быть получен в течение 90 дней. Для всех остальных уведомлений, ваш запрос должен быть получен в течение 45 дней со дня, указанного как день отправления уведомления о принятом решении.

**Примечание для военнослужащих:** военнослужащие, проходящие срочную службу, имеют право на проведение этого процесса в соответствии с законодательным актом о гражданских льготах военнослужащим, находящимся на действительной службе (Servicemembers Civil Relief Act - SCRA). Если вам нужна дополнительная информация, вы можете связаться с Ассоциацией адвокатов Орегона по телефону 1-800-452-8260, с военным ведомством штата Орегон по телефону 1-800-452-7500 или ближайшим отделением юридической помощи <http://legalassistance.law.af.mil>.

**Кто может помочь вам на слушании?** На слушаниях, относящихся к продовольственному или медицинскому пособию, вас может представлять любое лицо. На слушаниях, относящихся к любым другим программам, вы обязаны представлять свои интересы самостоятельно либо в лице адвоката или юридического помощника (под руководством адвоката, сотрудничающего в рамках программы юридической помощи Legal Aid). Для того, чтобы посоветоваться и, возможно, назначить вашего представителя, позвоните в службу срочной помощи получателям общественных льгот (Public Benefits Hotline, программа благотворительных юридических организаций Legal Aid Services of Oregon и Oregon Law Center) по тел. **1-800-520-5292**.

**Какими другими правами вы можете пользоваться на слушании?** Во время слушания вы можете объяснить, почему вы не согласны с принятым решением. Вы имеете право на присутствие свидетелей и дачу ими показаний. Законы, определяющие ваши права, относящиеся к проведению слушания, и порядок проведения слушаний, см. в постановлениях правительства штата Орегон OAR 137-003-0501 — 0700, 410-120-1860, 410-141-0264, 461-025-0300 — 0375, ORS 183.411 — 183.470 и ORS 411.095.

**Что произойдет, если слушание не состоится?** Если вы не потребуете проведения слушания вовремя, если вы отзовете свое требование о проведении слушания или если вы пропустите назначенное время своего слушания, вы можете потерять право на проведение слушания. Решение, указанное в этом уведомлении, станет окончательным решением DHS или OHA (так называемым «окончательным приказом по умолчанию»). Если принятое решение станет окончательным приказом по умолчанию, вы не получите отдельное уведомление. Дело, вместе с любыми материалами, представленными вами по этому делу, называется вашим «досье». Досье будет использовано в качестве обоснования решения DHS, принятого по умолчанию. Вы можете обжаловать окончательный приказ по умолчанию, подав петицию в апелляционный суд штата Орегон (Oregon Court of Appeals, см. постановление ORS 183.482). Если вы не потребовали проведения слушания, соответствующая апелляция должна быть подана в течение 60 дней после наступления даты превращения настоящего уведомления в окончательный приказ по умолчанию. Если вы отзовете свое требование о проведении слушания или пропустите назначенное вам время проведения слушания, срок подачи апелляции будет указан в приказе о прекращении вашего дела.

### Часть 2 – Как продолжать получать пособия до начала слушания?

- Вы можете потребовать о продолжении выплат вашего пособия до тех пор, пока не будет вынесено решение по вашему делу («продолжение пособия»). Для продовольственного и медицинского пособия вы сможете сделать это путем подачи формы MSC 0443, по телефону, в письменном виде или попросив сотрудника DHS лично. Для всех остальных программ, вы должны попросить об этом, подав форму запроса на проведение административного слушания (MSC 0443).
- Вы должны предъявить требование о продолжении пособий в местное отделение до наступления «даты вступления в силу» («effective date») полученного уведомления о принятом решении либо в течение 10 дней после наступления указанной даты отправления уведомления, либо (только для медицинского пособия) в течение 10 дней после даты получения вами уведомления, в зависимости от того, какой из этих сроков истекает позже.
- Если предоставление вам пособий будет продолжаться, но на слушании вам будет отказано в удовлетворении вашего запроса, вы должны будете возратить те суммы пособий, которые вы не должны были получать.
- Если предоставление вам пособий не будет продолжаться, но на слушании будет вынесено решение в вашу пользу, DHS или OHA выплатит вам те суммы пособий, которые вы должны были получить.

### Part 3 — Можно ли ускорить проведение слушания?

Вы можете иметь право на проведение «ускоренного слушания» в отношении любых из перечисленных ниже типов пособий или событий.

- Ускоренное (Expedited) или чрезвычайное (Emergency) слушание по вопросу о продовольственных пособиях
- Выплаты по программе содействия трудоустройству (JOBS) или предварительные выплаты пособий нуждающимся семьям (Pre-TANF)
- Предоставление права на временное пособие жертвам насилия в семье (Temporary Assistance for Domestic Violence Survivors, TA-DVS) и выплаты такого пособия
- При получении медицинского пособия, если вы нуждаетесь в немедленном оказании медицинских услуг, и обычный период времени для проведения слушания может угрожать вашей жизни или здоровью, или вашей способности достигать, поддерживать или восстанавливать основные функции.
- Отказ DHS или OHA в удовлетворении вашего требования о продолжении предоставления пособий до проведения слушания

Департамент социального обслуживания (DHS) и департамент здравоохранения штата Орегон (OHA) никого не дискриминирует. Это означает, что DHS/OHA поможет любому, кто имеет право на пособия, будет относиться к каждому одинаково, не зависимо от возраста, расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религии, политических убеждений, инвалидности и сексуальной ориентации. Если вы считаете, что подверглись дискриминации со стороны DHS/OHA по любому из этих признаков, вы можете подать жалобу.