STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: _____
Социальный работник: _____
Язык: _____
Программа: _____

В вашем деле отсутствует подписанный экземпляр действующего Временного договора о возмещении социальной помощи (IARA). Этот договор позволяет штату Вашингтон получить возмещение за денежное пособие, которое вам выдавалось в случае назначения пособия SSI. Вы обязаны подписать Временный договор о возмещении социальной помощи (IARA), если вы подали заявление на пособие SSI, или вас утвердили, как лицо, имеющее право на получение пособия «Общая помощь – Ускоренная процедура получения Medicaid» (GA-X), в соответствии с разделами (WAC) 388-448-0200 и 388-448-0210 Административного кодекса штата Вашингтон.

Если вы не подпишете и не вернете прилагающийся Временный договор о возмещении социальной помощи (IARA) в срок до _____, получение вами денежного пособия и медицинских льгот может быть прекращено.

Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы.

Если вы не согласны с каким-либо нашим решением, вы можете запросить пересмотр вашего дела. Вы также можете запросить проведение административного слушания. Вы можете запросить проведение слушания, обратившись в местный отдел социальной помощи или отправив запрос на проведение слушания по адресу: Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Если вы попросите о проведении административного слушания до того, как ваши льготы будут изменены, или в течение 10 дней после даты, указанной на настоящем уведомлении, ваши льготы будут продолжаться во время административного слушания.

Комментарии:

_____ Телефон: _____

ПОСРЕДНИК ПО ПОЛУЧЕНИЮ SSI

Barcode label

14503