



ESA Economic Services
Administration

**ПЛАН ВЫПЛАТ ДОВЕРЕННОМУ
ПОЛУЧАТЕЛЮ, НАЗНАЧЕНИЕ ВЕДЕНИЯ
ДЕЛА И УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАКРЫТИИ
(PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE
ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE)**

1. ОФИС ОБЩЕСТВЕННЫХ УСЛУГ (CSO)	2. ДАТА
3. ИМЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА/СОТРУДНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО	4. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
5. ИМЯ КЛИЕНТА	6. ТИП ПОМОЩИ
7. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	8. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА e-JAS
9. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР СЕМЬИ КЛИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ (AU)	10. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
11. АДРЕС КЛИЕНТА	

РАЗДЕЛ I. ДЕЙСТВИЕ ПО ДЕЛУ

- Назначение ведения дела, дата начала: _____ Изменение плана Пересмотр
 Окончание ведения дела, действительно с: _____

РАЗДЕЛ II. ПРИЧИНА НАЗНАЧЕНИЯ (ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ГРАФУ)

1. Несовершеннолетний родитель (TANF/SFA). WAC 388-460-0040
 2. В связи с экстренной ситуацией заботящийся о детях родственник не может заботиться о детях, находящихся на его иждивении. (WAC 388-460-0030)
 3. Неправильное расходование средств. (WAC 388-460-0035)
 4. Другое (WAC 388-460-0035-3):

РАЗДЕЛ III. ПЛАН ВЫПЛАТ – ЗАПОЛНИТЕ ГРАФЫ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНИМЫ (ЕСЛИ ИЗВЕСТНО)

1. ИМЯ ЛЕНДЛОРДА	2. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЛЕНДЛОРДА (КОД ГОРОДА) ()
3. АДРЕС ЛЕНДЛОРДА	4. ТЕКУЩАЯ СУММА КВАРТПЛАТЫ/ПЛАТЕЖ \$
КОМПАНИЯ ПО КОММУНАЛЬНОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ	ДЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЗВАНИЕ	НАЗВАНИЕ
АДРЕС	АДРЕС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД ГОРОДА) ()	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД ГОРОДА) ()
ДРУГИЕ ПЛАТЕЖИ ИЛИ ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ	

РАЗДЕЛ IV. ВЫБОР ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ

1. ИМЯ ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ	
2. РАБОЧИЙ АДРЕС ПОЛУЧАТЕЛЯ	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПОЛУЧАТЕЛЯ (КОД ГОРОДА) ()

РАЗДЕЛ V. ПОДПИСЬ

1. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА	DATE
----------------------	------

КОММЕНТАРИИ Клиент присутствовал С клиентом нельзя

Права клиента и уведомление о плане выплат доверенному получателю, DSHS 14-426

Уведомление клиента

Если необходимо назначить доверенного получателя, то клиента нужно известить об этом в течение десяти (10) дней с того дня, когда предпринято действие.

Информация о справедливом слушании

Если вы не согласны с каким-либо из наших решений, то вы можете попросить о справедливом слушании. Чтобы запросить слушание, обратитесь в ваш районный офис или напишите по адресу: Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Вы должны сделать запрос на справедливое слушание в течение 90 дней со дня получения этого письма.

Вы можете сами представлять себя на слушании. Также вас может представлять адвокат или другой человек, которого вы выберете. Возможно, вы сможете получить бесплатный юридический совет или представительство. Позвоните нам или в действующую на территории всего штата службу юридических услуг по телефону 1-888-201-1014 для получения дополнительной информации.

Вы можете также попросить о пересмотре дела. Это не задержит и не заменит справедливое слушание и, возможно, сможет быстрее разрешить спорную ситуацию. Обратитесь в районный офис для пересмотра вашего дела.

Недопущение дискриминации

Наши программы предоставляются всем, независимо от расы, цвета кожи, пола, возраста, инвалидности, религиозных или политических убеждений или страны происхождения.