



ESA Economic Services
Administration

План виплати коштів за участю посередника, закріплення справи та повідомлення про закриття

Protective Payee Payment Plan, Case Assignment, and Closure Notice

1. БЮРО ОБСЛУГОВУВАННЯ ГРОМАДИ (CSO)	2. ДАТА
3. РОБІТНИК ВІДДІЛУ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ / КООРДИНАТОР ОБСЛУГОВУВАННЯ	4. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
5. ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КЛІЄНТА	6. ТИП ДОПОМОГИ
7. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	8. ІДЕНТИФІКАТОР e-JAS КЛІЄНТА
9. ІДЕНТИФІКАТОР AU КЛІЄНТА	10. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
11. АДРЕСА КЛІЄНТА	

РОЗДІЛ I. ЗАХОДИ ЩОДО СПРАВИ

- Закріплення справи, з дати: _____ Зміна плану Перегляд
 Справу закріплено до: _____

РОЗДІЛ II. ПРИЧИНИ ЗАКРІПЛЕННЯ ПОСЕРЕДНИКА (ВІДМІТЬТЕ ВСІ ВІДПОВІДНІ ПУНКТИ НИЖЧЕ)

1. Неповнолітня особа, що є матір'ю/батьком (TANF/SFA). WAC 388-460-0040
 2. Через нещасний випадок родич, що здійснює догляд, не може забезпечити належний догляд дітям-утриманцям. (WAC 388-460-0030)
 3. Неналежне розпорядження коштами. (WAC 388-460-0035)
 4. Інше (WAC 388-460-0035-3):

РОЗДІЛ III. ПЛАН ВИПЛАТ – ВІДМІТЬТЕ ЗАСТОСОВНІ ПОЛЯ (ЯКЩО ВІДОМО)

1. ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ/НАЗВА ОРЕНДОДАВЦЯ	2. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ОРЕНДОДАВЦЯ (З КОДОМ ЗОНИ) ()		
3. АДРЕСА ОРЕНДОДАВЦЯ	4. ПОТОЧНА СУМА ОРЕНДНОЇ ПЛАТИ/РОЗМІР ВИПЛАТ \$		
ПОСТАЧАЛЬНИК ПОБУТОВИХ ПОСЛУГ		ПОСТАЧАЛЬНИК ПОСЛУГ ІЗ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ	
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я		ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я	
АДРЕСА		АДРЕСА	
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ ЗОНИ) ()		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ ЗОНИ) ()	
ІНШІ ВИПЛАТИ АБО СПЕЦІАЛЬНІ ІНСТРУКЦІЇ			

РОЗДІЛ IV. ВИБІР ПОСЕРЕДНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ ГРОШЕЙ

1. ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПОСЕРЕДНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ КОШТІВ	
2. КОМЕРЦІЙНА АДРЕСА ПОСЕРЕДНИКА	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ПОСЕРЕДНИКА (З КОДОМ ЗОНИ) ()

РОЗДІЛ V. ПІДПИС

1. ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО РОБІТНИКА	ДАТА
КОМЕНТАРІ <input type="checkbox"/> Клієнт відвідав <input type="checkbox"/> Клієнт недоступний	

**Права клієнта та повідомлення клієнтові щодо
виплати коштів за участю посередника, закріплення справи та повідомлення про закриття, DSHS 14-426**

Повідомлення клієнтові

Якщо необхідно закріпити клієнта за посередником для отримання грошей, клієнт має отримати повідомлення протягом десяти (10) днів до вжиття відповідних заходів.

Інформація щодо об'єктивного слухання

Якщо ви не погоджуєтесь з будь-якими нашими рішеннями, ви можете просити про проведення об'єктивного слухання. Щоб звернутися з проханням про його проведення, зв'яжіться з вашим місцевим відділенням або напишіть за адресою Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Ви повинні звернутися з проханням про проведення справедливого слухання Вашої справи протягом 90 днів від дати отримання цього листа.

На слуханні ви можете представляти самого/саму себе. Юрист чи інша особа, яку ви обрали, також може представляти вас. Ви можете отримати юридичну пораду або забезпечити представлення вашої особи безкоштовно. Зателефонуйте нам або до юридичних служб в межах штату за номером 1-888-201-1014 для отримання детальнішої інформації.

Ви можете також звернутися з проханням переглянути справу. Це не приведе до відкладення або заміни об'єктивного слухання, але може вирішити конфліктні питання скоріше. Зв'яжіться з вашим місцевим відділенням для того, щоб подати прохання про розгляд справи.

Відсутність дискримінації

Наші програми доступні кожному незалежно від раси, кольору шкіри, статі, віку, наявності ознак інвалідності, релігійних та політичних поглядів або країни народження.