

ЕЖЕГОДНЫЙ СБОР ЗА СЕМЕЙНУЮ ПРОГРАММУ**ПЛАТЕЖНАЯ ФОРМА****DS 6010 (04/2018)**

| Имя и фамилия потребителя | RC № | UCI № | Фискальный год оценки | Уплаченная сумма |
|---------------------------|------|-------|-----------------------|------------------|
| | | | | |

(Пожалуйста, предоставьте информацию о других братьях и сестрах, получающих услуги регионального центра, на обратной стороне.)

Ваш сбор за услуги, предоставленные Вашему ребенку в рамках Ежегодной семейной программы, был оценен в размере \$_____. Этот сбор разрешен законом штата (Кодекс законов о социальном обеспечении и институтах социального обеспечения, Раздел 4785). Один взнос оценивается на семью независимо от количества детей, получающих услуги. Это ежегодный сбор. Для определения размера Вашего сбора используется сумма годового дохода, в зависимости от размера Вашей семьи. Пожалуйста, обратитесь к таблице на обратной стороне этой формы, чтобы определить ваш размер сбора.

Если вы считаете, что должны платить более низкий сбор, обратитесь в свой региональный центр, чтобы узнать о документах, которые Вы должны им предоставить для определения того, можете ли Вы претендовать на меньшую плату.

Разделом 4710.5 Кодекса законов о социальном обеспечении и институтах социального обеспечения родителям предоставляется возможность требовать справедливого разбирательства, если вы не согласны с оценкой Вашего сбора. Если вы хотите, чтобы оценка Вашего сбора была пересмотрена в соответствии с этим кодексом, вы должны заполнить форму Запроса о справедливом разбирательстве в течение 30 дней с момента оценки. Эту форму можно получить в региональном центре или на веб-сайте департамента www.dds.ca.gov, номер формы DS1805.

Оплата производится после получения этого уведомления. Пожалуйста, приложите нижнюю часть этой формы при отправке чека или денежного перевода, выписанного на «DDS – Annual Family Program Fee». В чеке или денежном переводе укажите номера UCI и RC, приведенные выше. Вы также можете оплатить Visa или Mastercard позвонив по телефону 800-862-0007.

Если у Вас возникли вопросы относительно Вашего платежа, пожалуйста, свяжитесь с вашим региональным центром.

ВАЖНО: ОТСОЕДИНИТЕ И ОТПРАВЬТЕ НАЗАД НИЖНЮЮ ЧАСТЬ ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ ВМЕСТЕ С ВАШИМ ПЛАТЕЖОМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕГО ЗАЧИСЛЕНИЯ

Ежегодный сбор за семейную программу - ПЛАТЕЖНАЯ ФОРМА

Указывайте региональный центр и UCI № на всех запросах и платежах.

| Имя и фамилия потребителя | RC № | UCI № | Фискальный год оценки | Уплаченная сумма |
|---------------------------|------|-------|-----------------------|------------------|
| | | | | |

(Пожалуйста, предоставьте информацию о других братьях и сестрах, получающих услуги регионального центра, на обратной стороне.)

(Конфиденциальная информация о потребителе — смотри Кодекс законов о социальном обеспечении и институтах социального обеспечения 4514)

Отправлять по адресу: California Department of Developmental Services
Annual Family Program Fee
Accounting Section, Room 310 (MS 3-7)
P. O. Box 944202
Sacramento, CA 94244-2020

ЕЖЕГОДНЫЙ СБОР ЗА СЕМЕЙНУЮ ПРОГРАММУ**ПЛАТЕЖНАЯ ФОРМА****DS 6010 (04/2018) Page 2**

Для каждой семьи, имеющей ребенка с правом на получение услуг или детей получающих услуги через региональный центр по программе AFPF, оценивается один годовой взнос. Пожалуйста, предоставьте ниже информацию о других братьях и сестрах, получающих услуги регионального центра.

| Имя и фамилия потребителя | RC № | UCI № |
|---------------------------|------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Семьям с годовым доходом на уровне равном или превышающей 800 процентов федерального уровня бедности (FPL) насчитывается годовой сбор в размере \$200,00. Семьям с годовым доходом на уровне 400-799 процентов федерального уровня бедности (FPL) насчитывается годовой сбор в размере \$150,00. Семьям с годовым доходом ниже 400 процентов федерального уровня бедности (FPL) не насчитывается годовой сбор. Пожалуйста, используйте приведенную ниже таблицу, чтобы оценить Вашу сумму сбора в зависимости от размера семьи и годового дохода родителей. Если вы считаете, что ваш доход дает Вам право на более низкую плату, пожалуйста, свяжитесь с региональным центром.

| РАЗМЕР СЕМЬИ | ГОДОВОЙ ДОХОД | СБОР | ГОДОВОЙ ДОХОД | СБОР | ГОДОВОЙ ДОХОД | СБОР |
|--------------|------------------|------|-----------------------|-------|------------------|-------|
| 2 | \$0 - \$ 65,839 | \$0 | \$ 65,840 - \$131,679 | \$150 | \$131,680 - Over | \$200 |
| 3 | \$0 - \$ 83,119 | \$0 | \$ 83,120 - \$166,239 | \$150 | \$166,240 - Over | \$200 |
| 4 | \$0 - \$ 100,399 | \$0 | \$100,400 - \$200,799 | \$150 | \$200,800 - Over | \$200 |
| 5 | \$0 - \$ 117,679 | \$0 | \$117,680 - \$235,359 | \$150 | \$235,360 - Over | \$200 |
| 6 | \$0 - \$ 134,959 | \$0 | \$134,960 - \$269,919 | \$150 | \$269,920 - Over | \$200 |

Для семей, чей размер больше указанных выше, зайдите на веб-сайт DDS: www.dds.ca.gov

Пожалуйста, предоставьте ниже информацию о других братьях и сестрах, получающих услуги регионального центра.

| Имя и фамилия потребителя | RC № | UCI № |
|---------------------------|------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |