

## ЕЖЕГОДНЫЙ СБОР ЗА СЕМЕЙНУЮ ПРОГРАММУ ПЛАТЕЖНАЯ ФОРМА (ВТОРОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ)

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.)

В документах штата не отражен Ваш платеж сбора за Ежегодную семейную программу. Ваш сбор за услуги, предоставленные Вашему ребенку в рамках Ежегодной семейной программы, был оценен в размере \$  
Этот сбор требуется по закону 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 для получения дополнительной информации. Для снижения размера сбора ваш региональный центр может потребовать документы о доходах.

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](https://dds.ca.gov) (<https://dds.ca.gov>), номер формы DS 1805.

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». Чтобы мы могли засчитать Вашу оплату, пожалуйста, 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 (ВТОРОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ)

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

Client Financial Services  
1215 O Street MS 10-30  
Sacramento, CA 95814

## ЕЖЕГОДНЫЙ СБОР ЗА СЕМЕЙНУЮ ПРОГРАММУ ПЛАТЕЖНАЯ ФОРМА (ВТОРОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ)

Для каждой семьи, имеющей ребенка с правом на получение услуг или детей получающих услуги через региональный центр по программе AFPP, 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	ГODOVОЙ ДОХОД	СБОР	ГODOVОЙ ДОХОД	СБОР	ГODOVОЙ ДОХОД	СБОР
2	\$0 - \$67,639	\$0	\$67,640 - \$135,279	\$150	\$135,280 - Over	\$200
3	\$0 - \$85,319	\$0	\$85,320 - \$170,639	\$150	\$170,640 - Over	\$200
4	\$0 - \$102,999	\$0	\$103,000 - \$205,999	\$150	\$206,000 - Over	\$200
5	\$0 - \$120,679	\$0	\$120,680 - \$241,359	\$150	\$241,360 - Over	\$200
6	\$0 - \$138,359	\$0	\$138,360 - \$276,719	\$150	\$276,720 - Over	\$200

Для семей, чей размер больше указанных выше, зайдите на [веб-сайт DDS](https://www.dds.ca.gov) (<https://www.dds.ca.gov>)