由於付款代決案件的臨時補助而要求州聽證之採取行動和權利通知

State No.:
County No.:
Worker No.:
District:
Date:
Case Name:
Interpreter Needed: _____ _____
Language Dialect

這部門已經通知你最初的 SSI/SSP 款額數目是 $_____ ,日期由 _____ 至 _____ . 如同你所答應的,我們給社會安全局 (SSA) 開了帳單數目 $_____ 為了償還SSA替你填了保險補助金款項的申請表並同一時期你收到的臨時補助. 這日期的餘額剩下 $_____. 餘額將會轉交給你或你的 SSA 收款人代表.

SSI/SSP 款項

如果你不同意最初的 SSI/SSP 款額數目 $ _____ , 請聯絡你當地的社會安全局. 最初的 SSI/SSP 款額數目取決於 SSA 的聽證程序. 你必須在你收到最初的決定通知第二天後的60天內申請要求再審查.

臨時補助款項

如果你不同意你在這日期欠的餘額, 請聯絡加州社會服務處. 這行動取決於描述在此表格後面的州聽證規定.

解釋:

管理這行動的法律/法規是:

Department of Social Services Eligibility Assistance Standards Manual Section (EAS) 46-337
42 U.S. Code, Section 1383(g)
20 CFR 416.1910

如果你有任何問題, 請聯絡我們.

郡/州代表		代理機構
電話	日期 :	

你的聽證之權利

申請要求州聽證

在這表格右方告訴你如何。

- 你只有90天去申請聽證。
- 在我們寄出這通知後的90天內。

如何得到幫助

你可以從州政府資料電話號碼詢問有關你的聽證權利或免費的法律援助。

免費電話： 1-800-952-5253
如果你是聾者請用聾者電傳机： 1-800-952-8349

如果你不希望獨自到來聽證，你可帶同一位朋友，一位律師或其他人。但你必須自己找其他人。

你可從你當地的法律輔助處福利權利組得到免費的法律援助。

其它資料

處理你的聽證申請是需要你在這表格提供的資料，而且如果你的申請是不完整的話，可能會導致延誤。州政府聽證官員將會建立一個案件檔案。你有權檢查案件內的資料。任何你提供的資料將會和你所上訴的部門共同分享，包括健康人文服務處。
來源：W&IC 10950。

我會聯同這位朋友到來聽證以便幫助我
姓名和地址，若果知道的話）：

_____

_____

_____

我需要免費的翻譯。
我的語言或方言: _____

我的姓名: _____

地址: _____

_____

電話: _____

我的姓名: _____

日期: _____

如何申請州聽證

申請聽證最好的方法是填寫這頁或拿此頁到：

你可以詢問電話號碼 1-800-952-5253.

聽證要求

我需要一個聽證因為有關部門 _____ 從我的 SSI/SSP 扣除臨時補助的行動·

原因是: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____