ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения : _____
Название дела : _____
Номер : _____
Имя работника : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Округ одобрил Ваше требование на возмещение переплаченной суммы за _____ месяц(ы). Округ одобрил выплату в сумме $_____.

Причина:

Вы вернули переплаченную сумму, которую, как указал сейчас суд, округ не имел права просить Вас выплатить.

Сумма выплаты указана на этом извещении.

Чек будет выслан Вам в течение 2 месяцев.

Номер телефона для справок окружного департамента социального обеспечения:_____.

Medi-Cal: Это извещение о действии НЕ меняет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и) удостоверяющую(ие) пособия.**

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: MPP