

**ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՅՑ ԵՎ ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ
ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԽՆԴՐԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ**

	Նահանգի թիվ. Վարչատարածքի թիվ. Աշխատակցի թիվ. Շրջան. Ամսաթիվ. Գործի անուն. Թարգմանչի կարիք.
	_____ կեց _____ բարբոս

Այս գրասենյակին ծանուցվել է Ձեր նախնական Հավելյալ ապահովության եկամտի/Նահանգի հավելյալ վերաման (SSI/SSP) մասին, որը տեղի է ունեցել հետևյալ ժամանակահատվածում՝ _____ մինչև _____: Ըստ Ձեր համաձայնության, մենք հետևյալ գումարը \$ _____՝ հաշիվ ենք ներկայացրել Սոցիալական ապահովության վարչությանը (SSA) Ձեր ստացած Ժամանակավոր օգնության համար այն նույն ժամանակահատվածում, ինչ SSA-ը լրացնում էր Ձեր դիմումը Հավելյալ ապահովության եկամտի վերաբանների համար: SSA-ը Ձեզ կհայտնի, թե ինչպես Ձեզ հասանելի մնացած SSI գումարը (եթե կա) կվճարվի SSA-ի կողմից:

SSI/SSP ՎՃԱՐՈՒՄ

Եթե Դուք համաձայն չեք \$ _____ SSI/SSP վերաման գումարի հետ, ապա կապվեք Ձեր տեղական Սոցիալական ապահովության գրասենյակի հետ: Նախնական SSI/SSP վերաման գումարը ենթակա է SSA բողոքարկման ընթացակարգին: Վերանայման խնդրանքը պետք է հանձնվի Ձեր ստացած նախնական որոշման ծանուցման ամսաթվից 60 օրվա ընթացքում:

ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՎՃԱՐՈՒՄԸ

Եթե Դուք համաձայն չեք SSA-ին ներկայացրած հաշվի գումարի հետ, ապա խնդրվում է կապվել Սոցիալական ծառայությունների Կալիֆոռնիայի բաժնի հետ: Այս գործողությունը ենթակա է նահանգային ունկնդրության պայմանագրին, ինչպես նկարագրված է այս ձևաթղթի հակառակ կողմում:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ.

Այս գործողությունը կառավարող օրենքը և/կամ սահմանված կարգն են.
 Department of Social Services/Eligibility Assistance Standards Manual Section (EAS) 46-337
 42 U.S. Code, Section 1383(g)
 20 CFR 416.1910

Եթե որևէ հարց ունեք, խնդրվում է դիմել ինձ:

ՏԱՐԱԾՄԱՆ ՆԱՀԱՆԳԻ ՆԵՐԿԱՑԱՑՈՒՑԻԶ		ԳՈՐԾԱԿԱՎՈՒԹՅՈՒՆ
Շեմանոսյան	ԱՄՍԱԹԻՎ	

