

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ - ИЗМЕНЕНИЕ

ОКРУГ

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.

Начиная с _____ числа, округ изменяет сумму денежной помощи по программе Kin-GAP* с \$ _____ на \$ _____ в месяц.

Причина:

Помощь, которую вы получали, была на _____.

- Было изменение в сумме полученного дохода.
- Изменился возраст ребенка.
- Вы получите дополнительную помощь на младенца _____.
- Вы больше не имеете право получать _____.
- Т.к. вы переехали в округ _____.
- Другое _____

* - Помощь выплачиваемая родственникам являющимся опекунами ребенка

ПРАВИЛА: Применены следующие правила:

MPP 90-110.1(g), 90-115.2, 11-301.2, .31 и .4.

Вы можете ознакомиться с ними в Вашем отделе социального обеспечения.