

# ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ (Продолжение)

ОКРУГ

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

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Название : \_\_\_\_\_  
Дела : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_

**Корректировка суммы переплаты:  
Сумма, удерживаемая из месячных  
платежей**

**НЕ ПО ВИНЕ  
ОКРУГА**

**ПО ВИНЕ  
ОКРУГА**

Максимальная сумма помощи (MAP)	\$ _____	\$ _____
Фактор корректировки	x.10	x.05
<b>Итого</b>	= _____	= _____
Сумма урегулирования переплаты вам:	\$ _____	\$ _____
[Эта сумма либо наивысшая разрешенная поправка, либо общая сумма долга либо промежуточный итог денежной помощи (с 1 страницы), смотря что меньше.]		

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: MPP 44-352.41

**Слушание вашего дела администрацией штата:** Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела. На оборотной стороне первой страницы сказано, как это сделать.