

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ И  
ПРАВО НА ЗАПРОС АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ  
ПО ПОВОДУ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПОСОБИЯ,  
ВЫПЛАЧЕННОГО В ОЖИДАНИИ УТВЕРЖДЕНИЯ ПОСОБИЯ**


№ Штата:  
 № Округа:  
 № Работника:  
 Район:  
 Дата:  
 Имя дела:  
 Нужен переводчик: \_\_\_\_\_ Язык \_\_\_\_\_ Диалект \_\_\_\_\_

Этот офис известил о Вашем первоначальном пособии Дополнительного социального дохода/Дополнительного пособия штата (SSI/SSP) в сумме \$ \_\_\_\_\_, начисленном за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Согласно нашего с Вами договора, мы послали Службе социального обеспечения (SSA) счет на сумму \$ \_\_\_\_\_ с целью возврата суммы Промежуточного пособия, полученного Вами за тот же период, во время которого SSA рассматривала Ваше заявление на выплату пособия SSI. SSA известит Вас каким образом баланс (если таковой имеется) будет выплачен вам.

**СУММА ВЫПЛАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА/ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОСОБИЯ ШТАТА (SSI/SSP)**

Если Вы не согласны с начисленной Вам суммой пособия SSI/SSP \$ \_\_\_\_\_, обратитесь в местный офис SSA. Вы можете обжаловать начисленную сумму льгот SSI/SSP следуя процедурам, установленным SSA. Запрос о пересмотре должен быть подан в течение 60 дней со дня извещения о первоначальном определении права, полученного Вами.

**СУММА ВЫПЛАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПОСОБИЯ (IA)**

Если Вы не согласны с суммой счета выставленного SSA, пожалуйста, свяжитесь с Департаментом социального обеспечения штата Калифорния. Это действие может быть оспорено в процессе административного слушания штатом, описанном на обратной стороне данной формы.

**ПРИМЕЧАНИЯ:**

Это действие регулируется следующими правилами и/или законами:

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

Пожалуйста, свяжитесь со мной, если у Вас есть любые вопросы.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОКРУГА/ШТАТА		АГЕНТСТВО	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА:		

