

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN Y DEL DERECHO
A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO
ACERCA DE LA ASISTENCIA PROVISIONAL**

--	--

No. con el Estado:
 No. con el Condado:
 No. del trabajador:
 Distrito:
 Fecha:
 Nombre del caso:
 Se necesita un intérprete: _____
Idioma Dialecto

Esta oficina fue notificada acerca de su pago de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) para el período de _____ a _____. De acuerdo a su convenio, nosotros le enviamos un cobro a la Administración del Seguro Social (SSA) por la cantidad de \$_____ para reembolsar la cantidad de asistencia provisional que usted recibió por ese mismo período mientras la SSA completaba su solicitud para pagos de Ingresos Suplementales de Seguridad. La SSA le notificará acerca de cómo se va a emitir el resto del dinero de SSI (si hay alguno) que se le va a pagar a usted.

PAGO DE SSI/SSP

Si usted no está de acuerdo con la cantidad del pago de SSI/SSP, comuníquese con la oficina local del Seguro Social. La cantidad del pago inicial de SSI/SSP está sujeta al proceso de apelación de la SSA. La petición para que se vuelva a considerar tiene que ser presentada antes de que pasen 60 días después de la fecha en que usted reciba la notificación de determinación inicial.

PAGO DE ASISTENCIA PROVISIONAL

Si usted no está de acuerdo con la cantidad que se le cobró a la SSA, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de California. Esta acción está sujeta a la provisión de una audiencia con el Estado descrita en la siguiente página de este formulario.

COMENTARIOS:

La ley y/u ordenamientos que rigen esta acción son:

- Sección 46-337 del Manual de Criterios para la Elegibilidad para Asistencia del Departamento de Servicios Sociales
(Department of Social Services/Eligibility Assistance Standards Manual Section (EAS) 46-337)
- Sección 1383(g) del Código 42 de los Estados Unidos
(42 U.S. Code, Section 1383(g))
- Sección 416.1910 del Código 20 de los Códigos de Ordenamientos Federales
(20 CFR 416.1910)

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese conmigo.

REPRESENTANTE DEL CONDADO/ESTADO		AGENCIA
TELÉFONO	FECHA	

