NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN Y DEL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO EN RELACIÓN A 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 inicial 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 el pago de SSI/SSP por la cantidad de $_____, comuníquese con la oficina local del Seguro Social. La cantidad del pago incial 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 del 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 (EAS), 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:		OFICINA/AGENCIA:
TELÉFONO:	FECHA:	

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el Estado

El lado derecho de esta página le explica cómo hacerlo.

- Tiene sólamente 90 días para solicitar una audiencia.
- Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que le enviamos esta notificación.

Para obtener asistencia

Puede preguntar acerca de sus derechos a una audiencia o sobre asesoramiento legal gratuito en el número del Estado para información.

Llame gratuitamente:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD llame al:	1-800-952-8349

Si no desea ir solo a la audiencia, puede llevar a un amigo, un abogado o a cualquier otra persona. Usted mismo tiene que llevar a esa persona.

Es posible que obtenga asesoramiento legal gratuito en su oficina local de asesoramiento legal o en la del grupo de abogacía para las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Se necesita la información que usted proporcione en este formulario para tramitar su petición para una audiencia. Es posible que se retrase su tramitación si su petición está incompleta. Un oficial de audiencias con el Estado abrirá un expediente sobre su caso. Usted tiene el derecho de examinar los documentos que formen el expediente. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con los departamentos cuya acción está apelando, y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Autoridad: W&IC 10950.

Llevaré a esta persona a la audiencia para que me ayude (nombre y dirección si la sabe):

_____

_____

_____

Necesito un intérprete sin costo alguno para mí.
Mi idioma o dialecto es: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página y enviándola o llevándola a:

También puede llamar al 1-800-952-5253.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Quiero una audiencia a causa de una acción de _____ acerca de mi asistencia provisional que dicho departamento restó de mi pago de SSI/SSP.

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____