NOTISYA NG AKSYON AT NG KARAPATANG HUMILING NG PAGDINIG NG ESTADO TUNGKOL SA INTERIM ASSISTANCE [PANSAMANTALANG TULONG]

Numero ng Estado:
Numero ng County:
Numero ng Worker:
Distrito:
Petsa:
Pangalan ng Kaso:
Nangangailangan ng Tagasalin: _____ Wika _____ Dialekto

Ipinagbigay-alam sa opisinang ito ang tungkol sa inyong unang Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP) para sa panahon ng_____ hanggang sa_____. Ayon sa inyong kasunduan, siningil namin ang Social Security Administration (SSA) ng halagang $_____para ibalik ang halaga ng Interim Assistance [Pansamantalang Tulong] na natanggap ninyo para sa pareho ring panahon habang kinumpleto ng SSA ang inyong aplikasyon para sa mga bayad para sa Supplemental Security Income. Ipaaalam sa inyo ng SSA kung paano ipalalabas ng SSA ang natitirang pera para sa SSI (kung mayroon man) na dapat bayaran sa inyo.

BAYAD PARA SA SSI/SSP

Kung hindi kayo sang-ayon sa halaga ng bayad para sa SSI/SSP na $_____, kontakin ang inyong lokal na Social Security Office. Ang halaga ng unang bayad para sa SSI/SSP ay sumasailalim sa proseso ng apela ng SSA. Kailangang mai-file ang kahilingan para sa pagsasaalang-alang na muli sa loob ng 60 araw pagkatapos ng petsa na matanggap ninyo ang notisya ng unang desisyon.

BAYAD PARA SA INTERIM ASSISTANCE

Kung hindi kayo sang-ayon sa halagang siningil sa SSA, mangyaring kontakin ang California Department of Social Services [Kagawaran ng Lingkurang Panlipunan ng California]. Ang aksyong ito ay batay sa tadhana tungkol sa pagdinig ng estado na ipinaliliwanag sa kabila nitong form.

MGA PUNA:

Ang batas at/o mga tuntuning umiiral sa aksyong ito ay:

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

Kung mayroon kayong anumang tanong, mangyaring kontakin ako.

KINATAWAN NG COUNTY/ESTADO		KINATAWAN NG COUNTY/ESTADO
TELEPONO	PETSA:	

MGA KARAPATAN NINYO SA PAGDINIG

Na Humiling Ng Pagdinig ng Estado

Ipinaliliwanag kung paano sa gawing kanan nitong papel.

- Kayo ay may 90 araw lamang para humiling ng pagdinig.
- Nagsimula ang 90 araw noong kinabukasan ng araw na ikinoreo namin itong notisya.

Na Makakuha ng Tulong

Maaari kayong magtanong tungkol sa mga karapatan ninyo sa pagdinig o tungkol sa libreng tulong ukol sa batas sa numero para sa impormasyon ng estado.

Tumawag nang libre ang tawag:	1-800-952-5253
Kung bingi kayo at gumagamit ng TDD tumawag sa:	1-800-952-8349

Kung ayaw ninyong pumunta nang nag-iisa sa pagdinig, maaaring kayong magsama ng isang kaibigan, abogado o sinupamang iba. Kayo mismo ang kailangang kumuha ng ibang taong isasama ninyo.

Maaari kayong makakuha ng libreng tulong ukol sa batas sa inyong lokal na opisina ng legal aid ng mga grupong tumatangkilik sa welfare rights [mga karapatang pangkawanggawa].

Iba Pang Impormasyon

Kailangan ang impormasyong ibibigay ninyo sa form na ito para i-process ang inyong kahilingan para sa pagdinig, at maaaring maantala ang pagpo-process kung hindi kumpleto ang kahilingan ninyo. Gagawa ng file ng kaso ang Opisyal ng Pagdinig ng Estado. May karapatan kayong suriin ang mga material na bumubuo sa file. Maaaring ibunyag ang anumang impormasyong ibibigay ninyo sa mga departamentong nagsagawa na mga aksyong inaapela ninyo at sa U.S. Department of Health and Human Services [Kagawaran ng Lingkurang Pangkalusugan at Pantao ng U.S.]. Autoridad: W&IC 10950.

Dadalhin ko ang taong ito sa pagdinig para tulungan ako (pangalan at address, kung alam):

_____

_____

_____

Kailangan ko ng tagasalin na walang gastos sa akin. Ang aking wika o dialekto ay: _____

Pangalan ko: _____

Address: _____

_____

Telepono: _____

Pirma ko: _____

Petsa: _____

PAANO HUMILING NG PAGDINIG NG ESTADO

Ang pinakamahusay na paraan para humiling ng pagdinig ay ang sagutin ang pahinang ito at ipadala o dalhin sa:

Maaari rin kayong tumawag sa 1-800-952-5253.

KAHILINGAN PARA SA PAGDINIG

Gusto ko ng pagdinig dahil sa isang aksyon ng _____ tungkol sa interim assistance na ibinawas ng nabanggit na departamento mula sa bayad sa akin para sa SSI/SSP.

Narito ang dahilan:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____