

行動通知 - 多付或少付補助現金的更正

郡

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

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作人員姓名 : _____
號碼 : _____
電話 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

┌

┐

└

┘

有問題嗎？可以問你的工作人員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利不會改變。

說明：此表用來通知多付的現金補助以及後來的每月補助數額調整。請指明多付的數額，多付的原因，以及適當的法律條款。

請附上適當的表格(NA274B, C, D 或 E)來列出多付數額的計算程序。並請附上表NA275來指明每月補助的調整數額。

自 _____ 起，縣政府將改變對 _____ 的
Kin-GAP補助，從\$ _____ 到\$ _____。
多付給您的總數是\$ _____。

原因為：

您不需要用退休保險金或社會補助金來退還多付的補助數額。

您每月應得的Kin-GAP補助數額(多付的那些月份)，多付補助的總額，以及以後每月將從補助中扣除的數額都在下頁列出。

您的最新補助數額已經列在此頁。

遵告：假如您認為此通知有誤，這是您申請聽證的最後機會。此頁的反面將會解釋如何申請。如果此孩子將繼續得到補助，縣政府會降低每月資助來收回以前多付的補助數額。