

由於付款代決案件的臨時補助 而要求州聽證之 採取行動和權利通知

	State No.: _____ County No.: _____ Worker No.: _____ District: _____ Date: _____ Case Name: _____ Interpreter Needed: _____
	Language _____ Dialect _____

這部門已經通知你最初的保險補助金/州政府補助計劃(SSI/SSP) 款額數目是 \$ _____, 日期由 _____ 至 _____。如同你所答應的, 我們給社會安全局 (SSA) 開了帳單數目 \$ _____ 為了償還 SSA 替你填了的保險補助金款項申請表, 並在同一時期你收到的臨時補助金額。SSA 將會通知你如何支付剩下餘額給你的方式。

SSI/SSP 款項

如果你不同意 SSI/SSP 款額數目 \$ _____, 請聯絡你當地的社會安全局。最初的 SSI/SSP 款額數目取決於 SSA 的聽證程序。你必須在你收到最初的決定通知第二天後的60天內申請要求再審查。

臨時補助款項

如果你不同意付給 SSA 的款額, 請聯絡加州社會服務處。這行動取決於描述在此表格後面的州聽證規定。

解釋

管理這行動的法律/法規是:

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

如果你有任何問題, 請聯絡我們。

郡州代表	代理機構
電話	日期

