

**NOTIFICACION DE ACCION Y SOBRE EL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO SOBRE LA ASISTENCIA PROVISIONAL**

<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	No. del estado: No. del condado: No. del trabajador(a): Distrito: Fecha: Nombre del caso: Se necesita intérprete: _____
	IDIOMA _____

Con fecha \_\_\_\_\_, esta oficina recibió un pago para usted por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, por concepto de Seguridad de Ingreso Suplemental/Programa Suplementario del Estado(SSI/SSP), correspondiente al período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. En conformidad con su convenio, le estamos enviando el saldo de \$ \_\_\_\_\_, después de restar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, para reembolsar la cantidad de asistencia que recibió por concepto de asistencia provisional en ese mismo período mientras la Administración del Seguro Social (SSA) completaba los trámites sobre la determinación de su elegibilidad para recibir beneficios de SSI/SSP.

**PAGO DE SSI/SSP**

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, que se le pagó por concepto de SSI/SSP, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social. La cantidad del pago total de SSI/SSP está sujeta al procedimiento de apelación de la SSA. La petición para que se vuelva a considerar el asunto, debe ser presentada en un término de 60 días que comienzan en la fecha en que se reciba la notificación de la determinación inicial.

**PAGO DE ASISTENCIA PROVISIONAL**

Si usted no está de acuerdo con la cantidad de Asistencia Provisional que retuvimos de su pago de SSI/SSP o usted alega que no le enviamos el saldo, si lo hay, de la manera en que se explica con anterioridad en un plazo de 10 días hábiles, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta acción está sujeta a la disposición sobre la audiencia con el estado que se describe en el reverso de esta forma.

**COMENTARIOS:**

Las leyes y/o ordenamientos que rigen esta acción son:

Sección 46-337 del Manual de Criterios de Elegibilidad y Asistencia del Departamento de Servicios Sociales.

Si tiene preguntas por favor comuníquese conmigo.

Representante del condado/estado	Dependencia
Teléfono	Fecha:

