

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ И
ПРАВО НА ЗАПРАШИВАНИЕ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ
ПО ПОВОДУ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПОСОБИЯ,
ВЫПЛАЧЕННОГО В ОЖИДАНИИ УТВЕРЖДЕНИЯ ПОСОБИЯ**

№ Штата:
 № Округа:
 № Работника:
 Район:
 Дата:
 Case Name:
 Нужен переводчик: _____ Язык _____ Диалект _____

Этот офис информировал Вас о Вашем первоначальном пособии Дополнительного социального дохода/Дополнительного пособия штата (SSI/SSP) в сумме \$ _____, начисленном на период с _____ по _____. Согласно нашего с Вами договора, мы послали Службе социального обеспечения (SSA) запрос на удержание суммы \$ _____ с целью возврата суммы Промежуточного пособия, полученного Вами за тот же период, во время которого SSA рассматривала Ваше заявление на выплату пособия SSI. После нашего удержания остался баланс в сумме \$ _____ за тот же период. SSA известит Вас каким образом баланс будет выплачен вам.

СУММА ВЫПЛАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА/ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОСОБИЯ ШТАТА (SSI/SSP)

Если Вы не согласны с начисленной Вам первоначальной суммой пособия SSI/SSP \$ _____, обратитесь в местный офис SSA. Вы можете обжаловать начисленную сумму пособия SSI/SSP следуя процедурам, установленным SSA. Запрос о пересмотре должен быть подан в течение 60 дней со дня извещения о первоначальном определении права, полученного Вами.

СУММА ВЫПЛАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПОСОБИЯ (IA)

Если Вы не согласны с суммой начисленной SSA, пожалуйста, свяжитесь с Департаментом социального обеспечения штата Калифорния. Это действие может быть оспорено в процессе административного слушания штатом, описанном на обратной стороне данной формы.

КОММЕНТАРИИ:

Это действие регулируется следующими правилами и/или законами:

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

Пожалуйста, свяжитесь со мной, если у Вас есть любые вопросы.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОКРУГА/ШТАТА		АГЕНТСТВО
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА:	

