

# NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

(Continuación)

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

## Ajuste por pago excesivo:

Cantidad que se restará del pago mensual

**NO CAUSADO  
POR ERROR  
DEL  
CONDADO**

**CAUSADO  
POR ERROR  
DEL  
CONDADO**

Pago máximo de asistencia (MAP) \$ \_\_\_\_\_

Factor de ajustes \_\_\_\_\_

**TOTAL**

\$ \_\_\_\_\_

x.10

= \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

x.05

= \_\_\_\_\_

Su cantidad de ajuste debido al pago excesivo es: \$ \_\_\_\_\_

[Éste es el ajuste máximo permitido, el total que se debe por pagos excesivos, o el subtotal de asistencia monetaria (de la página 1), el que sea menor.]

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede consultar en la oficina de bienestar público del condado, son pertinentes: MPP 44-352.41

**Audiencia con el estado:** Si cree que esta acción esta equivocada, puede pedir una audiencia. En la parte de atrás de la primera hoja se le indica cómo hacerlo.