

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número Nombre del trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

┌

└

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo.

Reglamentos. Estos ordenamientos aplican; usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: