

NOTIFICACION FINAL DE PAGO EXCESIVO EN LOS SERVICIOS DE APOYO DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO/CAL-LEARN

CONDADO DE: _____
ADDRESSEE

FECHA DE LA NOTIFICACION:
NOMBRE DEL CASO:
NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:

Le informamos en _____ que se le pagó de más en los siguientes servicios de apoyo:

- gastos de transporte gastos relacionados al trabajo/entrenamiento gastos relacionados a la educación

La cantidad del pago excesivo que aún debe y que tiene que pagar ahora es de \$ _____.

LA RAZON ES LA SIGUIENTE:

- No consintió en hacer el reembolso.
- No pagó de la manera en que acordó hacerlo.
- Ya no está participando en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*)/Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria), y ya no funciona su método de reembolso.
- Ya no está recibiendo asistencia monetaria, y ya no funciona su método de reembolso.
- No tenía que hacer el reembolso mientras que participara en WTW/Cal-Learn. Ahora tiene que hacer el reembolso.
- Otra: _____

CANTIDAD TOTAL DEL PAGO EXCESIVO	MENOS LA CANTIDAD QUE YA PAGO	CANTIDAD TOTAL QUE DEBE
\$ _____	- \$ _____	= \$ _____

Usted tiene que reembolsarle al condado lo que le debe o ponerse en contacto con el condado para formalizar un plan para pagar lo que debe, antes de que pasen diez días contados a partir de la fecha en que se le envió esta notificación.

Si no reembolsa al condado lo que le debe o no se pone en contacto con el condado para formalizar un plan de reembolso, el condado puede cobrar lo que usted debe de su devolución de impuestos estatales sobre los ingresos, o puede tomar otra acción para cobrar la cantidad que debe.

Si recibe asistencia monetaria, puede pedir que se reduzca su pago mensual de asistencia monetaria para pagar lo que debe.

No tiene que usar los beneficios que reciba del Seguro Social o de SSI (Ingresos Suplementales de Seguridad) para reembolsar este pago excesivo.

Si paga con cheque o giro, envíelo o tráigalo a:

Dirección:

Si paga en efectivo, pague en persona. **NO ENVIE EFECTIVO.** Asegúrese de pedir un recibo numerado con el nombre del condado en el mismo.

Si tiene preguntas llame a _____.

SI CREE QUE HAY UN ERROR EN ESTA NOTIFICACION, COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR/ADMINISTRADOR DE CASOS. TAMBIEN PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO "SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA" LE EXPLICA COMO PEDIRLA.

REGLAS: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Normas para la Implementación de CalWORKs, Sección VII, Código de Bienestar Público e Instituciones 11004, 11323.4

