

# PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI) PETICIÓN PARA UNA EXENCIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE UN PAGO EXCESIVO - NO ES SU CULPA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL PAGO EXCESIVO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
---	-------------------------

1. ¿Cree usted que el pago excesivo no fue su culpa y no puede reembolsarlo y/o cree que no es justo por algún otro motivo? .....  SÍ  NO

2.A. ¿Por qué pensó que tenía derecho al dinero del pago excesivo? \_\_\_\_\_

B. ¿Por qué piensa que la causa del pago excesivo o el aceptar el dinero no fue su culpa? \_\_\_\_\_

3.A. ¿Nos informó acerca del cambio o evento que causó el pago excesivo? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "NO", ¿por qué no nos informó? \_\_\_\_\_

B. Si la respuesta es "SÍ", ¿cómo, dónde y cuándo nos informó? Si nos informó por teléfono o en persona, ¿con quién habló y qué se dijo? \_\_\_\_\_

C. Si usted no recibió noticias de nosotros después de que reportó, y/o si sus beneficios no cambiaron, ¿se volvió a comunicar con nosotros? .....  SÍ  NO

4. ¿Ha recibido antes un pago excesivo de CAPI? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", ¿por qué recibió un pago excesivo antes? Si las razones de su pago excesivo anterior y el actual son similares, explique qué hizo para tratar de prevenir el pago excesivo actual.

5.A. ¿Tiene en su posesión algunos de los cheques o el dinero del pago excesivo (incluyendo en cuentas de ahorros o cualquier otro tipo de cuenta)? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", devuelva al departamento de bienestar público del condado la cantidad que tiene en su posesión.

B. En el momento que recibió la notificación sobre el pago excesivo, ¿tenía usted en su posesión algunos cheques del pago excesivo, o ingresos provenientes de esos cheques? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", explique el motivo por el cual usted cree que no debe de devolver esta cantidad.

6. ¿Está usted recibiendo ahora beneficios de CAPI, Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) u otra asistencia pública? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", ¿qué clase de asistencia recibe? \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes del Estado de California, que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas, según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL