

# ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ \_\_\_\_\_

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

## 185% ПРОВЕРКА ОТКАЗАТЬ, ОСТАНОВИТЬ, ПРИОСТАНОВИТЬ

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Название Дела : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Имя работника : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите Вашего работника.

**Слушание администрацией штата:** Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Общий доход семьи за \_\_\_\_\_

(МЕСЯЦ)

_____	\$ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
Итого общий доход	= _____

Потребности семьи за \_\_\_\_\_

(МЕСЯЦ)

Основная потребность для _____ человек	\$ _____
Особые потребности	+ _____
Итого потребностей	= _____
	x 1.85
185% от потребностей	= _____

**Medi-Cal:** Это извещение о действии НЕ меняет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и) удостоверяющую(ие) пособия.**

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP