

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M44-352C Page 1 of 1
Action : Change
Issue: U/O Payment
Title: Overpayment Recovery

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 44-352.3, 44-352.4, 44-350.1

Use Form No. : NA 200
Original Date : 05-01-87
Revision Date : 11-01-11

MESSAGE:

A partir de (date), el Condado va a cambiar la asistencia monetaria para su familia de \$_____ a \$_____.

La razón es la siguiente:

_____ recibió en otro caso asistencia de más. La cantidad del pago excesivo fue de \$_____.

Debido a que _____ es ahora un miembro de su grupo familiar de asistencia monetaria, la cantidad que se debe se tiene que quitar de los pagos mensuales de asistencia monetaria de usted.

La página(s) siguiente indica la cantidad que se debe y cuánto se quitará de la cantidad de asistencia monetaria para cada mes.

La nueva cantidad de su asistencia monetaria se calcula en esta página.

Usted no tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o de SSI (Ingresos Suplementales de Seguridad) para reembolsar este pago excesivo.

ADVERTENCIA: Si usted cree que este pago excesivo está equivocado, ésta es su última oportunidad para solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Si usted continúa recibiendo asistencia, el Condado puede cobrar el pago excesivo reduciendo su pago mensual. Si usted deja de recibir asistencia antes de que se termine de reembolsar el pago excesivo, el Condado puede cobrar lo que usted debe de su devolución de impuestos estatales sobre los ingresos o puede tomar otras acciones legales para cobrar lo que se debe.

INSTRUCTIONS: Use to grant adjust for an overpayment from another case. Specify the name of the member being added to the case. Specify the amount owed and the reason for the overpayment. Attach the appropriate Continuation Page (NA 274 B, C, D, E or F) to show the overpayment computation. Attach the NA 275 to show the grant adjustment amount.

This message replaces M44-352C dated 01-01-98.

SPANISH