

# NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

## Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI) Notificación de pago excesivo

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador : \_\_\_\_\_  
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 la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Le hemos pagado \$ \_\_\_\_\_ de más en beneficios del Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI). El pago excesivo ocurrió de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Usted recibió el pago excesivo porque:

(MES/AÑO) (MES/AÑO)

La siguiente tabla muestra la cantidad incorrecta que usted recibió, la cantidad correcta que debió haber recibido para cada mes, y la cantidad total que se tiene que reembolsar.

Mes(es)/Año	Cantidad que se pagó cada mes	Cantidad correcta para cada mes	Cantidad insuficiente que no se pagó	Cantidad excesiva que se pagó

Cantidad total del pago excesivo \$ \_\_\_\_\_

Usted nos tiene que dar un reembolso a menos que decidamos que se le puede dar una exención. Si usted cree que no debe tener que darnos un reembolso o si no está de acuerdo con la decisión sobre el pago excesivo, puede pedir una exención, una audiencia, o ambas cosas.

### Cómo se puede reembolsar un pago excesivo

Hay dos maneras de reembolsar un pago excesivo:

1. Puede reembolsar la cantidad entera. Comuníquese con su trabajador para enterarse de cómo hacerlo.
2. Si usted está recibiendo beneficios de CAPI ahora o si los recibirá en el futuro, podemos retener un máximo del 10 por ciento de la cantidad total de su cheque mensual de beneficios de CAPI.

Si todavía está recibiendo beneficios de CAPI y no se comunica con nosotros antes que pasen 30 días, retendremos \$ \_\_\_\_\_ de su cheque cada mes a partir de \_\_\_\_\_. Si usted pide que se le dé una exención o si pide una audiencia antes que pasen 30 días, no cambiaremos su cheque hasta que tomemos una decisión sobre su caso.

### Si usted cree que no debe tener que reembolsar el pago excesivo

A veces se le puede dar una exención de tener que reembolsar un pago excesivo. Esto significa que no tiene que darnos un reembolso. Se le puede dar una exención de tener que reembolsar el pago excesivo si AMBAS de las siguientes declaraciones son verdaderas:

- Usted no tuvo la culpa en cuanto a causar o aceptar el pago excesivo.
- Si tuviera que darnos un reembolso, usted no podría pagar sus cuentas para comida, ropa, vivienda, cuidado médico, o cualquier otro gasto necesario.

Puede pedir una exención comunicándose con su trabajador del condado. Él o ella le enviará los formularios apropiados o le ayudará a completarlos.

**Medi-Cal:** Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, usted recibirá otra notificación. **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 18937 a 18944, Capítulo 10.3, Parte 6, División 9 del Código de Bienestar Público e Instituciones; 416.537(a) y 416.558 del Código de Ordenamientos Federales (CFR) 20.

