

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

(Continuación)

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación: _____

Nombre del caso: _____

Número: _____

Ajuste por pago excesivo:

Cantidad que se restará del pago mensual

**NO CAUSADO
POR ERROR
DEL
CONDADO**

**CAUSADO
POR ERROR
DEL
CONDADO**

Pago máximo de asistencia (MAP) \$ _____

Factor de ajustes _____

TOTAL

\$ _____

x.10

= _____

\$ _____

x.05

= _____

Su cantidad de ajuste debido al pago excesivo es: \$ _____

[Éste es el ajuste máximo permitido, el total que se debe por pagos excesivos, o el subtotal de asistencia monetaria (de la página 1), el que sea menor.]

\$ _____

\$ _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede consultar en la oficina de bienestar público del condado, son pertinentes: MPP 44-352.41

Audiencia con el estado: Si cree que esta acción esta equivocada, puede pedir una audiencia. En la parte de atrás de la primera hoja se le indica cómo hacerlo.