State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-107b

Action: Other
Issue: CalWORKs 60-Month Time Limit
Title: Time On Aid at Redetermination or Application (previously noticed)

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.142, 42-302, 42-302.21
42-712

Use Form No. : NA 530
Original Date : 03-01-02
Revision Date : 11-01-02

MESSAGE:

С _____ числа - даты последнего извещения о лимите времени, округ определил, что вы, _____, всего использовали _____ месяцев вашего 60-ти месячного лимита времени на получение льгот денежной помощи программы CalWORKs.

С _____ числа, вами было использовано еще _____ месяцев.

Причина:

С даты последнего извещения вы получили льготы программы CalWORKs:

с _____ по _____=_____ мес.

с _____ по _____=_____ мес.

с _____ по _____=_____ мес.

Промежуточный итог: =_____ мес.

Не учтенные месяцы: -_____ мес.

Дополнительно использ. месяцы: _____ мес.

Итого: кол-во всех использ. месяцев: _____ мес.

Если вы были освобождены от лимита времени, этот(и) месяц(ы) не учитываются в 60-месячный лимит времени программы CalWORKs. Месяцы, не учтенные в 60-ти месячный лимит времени получения льгот программы CalWORKs, показаны на следующей странице.

— Перечень на следующей странице включает месяцы, которые были исключены из-за удержанных алиментов на ребенка. На последней странице указано, как алименты на ребенка были учтены при расчете месяцев, которые были исключены.
— У вас также могут быть месяцы, которые были исключены из-за удержанных алиментов на детей. Если такие месяцы есть у вас, они будут указаны в следующем извещении.
— В вашей семейной группе, получающей помощь (AU) алименты на ребенка не удерживались

Следующие _____ месяцы не были включены в ваш 60-ти месячный лимит времени на получение льгот по программе CalWORKs:

Год _____ январь февраль март апрель май июнь июль август сентябрь октябрь ноябрь декабрь

Год _____ январь февраль март апрель май июнь июль август сентябрь октябрь ноябрь декабрь

Вы можете иметь право на получение помощи в течение еще _____ месяцев.

INSTRUCTIONS: Use at redetermination or at application (when the individual was previously aided and issued a time-on-aid NOA) to inform an adult recipient of her/his total number of months that s/he received aid.

Complete the following:

- Date of last time limit NOA
- Name of the adult recipient.
- Total number of months of aid as reported on previous time limit NOA.
- Date of previous time limit NOA
- Additional months of aid used since last NOA, (i.e. counted toward the time limit) since last NOA.
- Period(s) of time the family was eligible to receive aid since the last NOA (excludes the period of discontinuance and suspense months, but includes zero basic grant (ZBG) months.)
- Number of months that did not count toward the time limit (i.e. exemptions, ZBG months, and sanctioned months.)
- Number of additional months used since the last NOA.
- Total number of months used, (previous NOA months + new months)
- Check appropriate box for child support time limit exemption, use addendum for child support time limit exemption if applicable.
- The year and months that did not count on page two.(use continuation page NA 270.)
- Remaining number of months.