STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

November 2, 1990

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I - 84 - 90

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: SPANISH TRANSLATIONS OF THE AFDC-REDUCED INCOME SUPPLEMENTAL PAYMENT REQUEST, CA 40 (8/90) AND NOTICE OF ACTION MESSAGES

The purpose of this letter is to transmit a reproducible copy of the Spanish CA 40 (8/90), AFDC-Reduced Income Supplemental Payment Request (RISP) and corresponding Notice of Action Messages.

The CA 40 and Notice of Action Messages will also be translated into Cambodian, Chinese, Lao and Vietnamese and will follow under separate cover from the Language Service Bureau when available.

Stock of the CA 40 in Spanish is expected in the Department of Social Services Warehouse by November. Stock orders can be made according to normal procedures.

Counties that reproduce stock locally and need camera-ready copies may request them from the Forms Management Bureau at (916) 322-8738 or ATSS 492-8738.

If you have any questions regarding the CA 40, RISP form, please call LeAnne Torres of the Welfare Policy Implementation Bureau (WPIB) at (916) 324-2016 or ATSS 454-2016. If there are any questions regarding the Notice of Action Messages, please call Dennis Ragasa of WPIB at (916) 324-2658 or ATSS 454-2658.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

SOLICITUD PARA PAGO SUPLEMENTAL DE AFDC POR RECIBIR INGRESOS REDUCIDOS

ES POSIBLE QUE USTED PUEDA RECIBIR DINERO ADICIONAL SI EL CONDADO ESTA CONSIDERANDO INGRESOS CONTRA SU ASISTENCIA MONETARIA, Y ESOS INGRESOS HAN DISMINUIDO O PARADO.

- Tiene que usar esta forma para solicitar el dinero adicional.
- Tiene que presentar la solicitud en el mes en que necesite el dinero adicional, no antes ni después.
- Tiene que completar y regresar una forma por separado en cada mes en que el condado esté contando contra su asistencia monetaria ingresos que han disminuido o parado.
- Solamente puede recibir un pago adicional cada mes.
- Si recibe dinero adicional, es posible que sus beneficios de estampillas para comida resulten afectados.

El condado tiene que determinar su elegibilidad para dinero adicional en un plazo de 7 días laborables a partir de la fecha en que se reciba esta forma completada. Si no necesita la forma ahora guárdela para después.

¿Preguntas? Hágaselas a su trabajador(a). Nombre del trabajador: Tel.:

1. Complete lo siguiente:

NOMBRE DEL CASO	SU NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
NUMERO DEL CASO	NOMBRE/NUMERO DEL TRABAJADOR

2. Queremos dinero adicional para _____ (MES). En este mes esperamos los siguientes ingresos y gastos:

INGRESOS
Ingresos brutos $ _____
Otros ingresos $ _____
Mencione la fuente _____

GASTOS
Costo de cuidado de personas a su cargo $ _____
Costo de mantenimiento de hijos/esposa(o) $ _____

3. Explique los ingresos que disminuyeron o pararon. Complete enseguida:

¿Qué ingresos cambiaron?	¿Cuándo?	¿Por qué cambió?

4. Adjunte pruebas del cambio en los ingresos (notificación de terminación del trabajo, notificaciones de la SSA/DIB/UIB, estados de cuenta, etc.) Si no tiene pruebas, mencione al patróno dependiencia:

PATRON/DEPENDENCIA	TELEFONO
DIRECCION	

CERTIFICACION

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación, inclusive el ponerse en contacto con la persona antes mencionada, patrón o dependencia.
- Además declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que las declaraciones que he hecho en esta forma son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.
- Autorizo al condado a obtener verificación necesaria de ingresos y circunstancias para tramitar esta solicitud. Esta autorización es válida durante 30 días a partir de la fecha en que se firmó.

FIRMA	FECHA EN QUE SE FIRMO
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO ADULTO QUE RECIBE BENEFICIOS	FECHA EN QUE SE FIRMO
DIRECCION	TELEFONO

SOLO PARA USO DEL CONDADO

DATE POSTMARKED

SUPPLEMENTAL MONTH:

A. BUDGET MONTH COMPUTATION FOR GROSS EARNINGS

1. Gross Earnings $ _____ (NOTE: If disregards not allowed due to late CA 7/SAWS 7 or job quit without good cause, refigure Budget Month allowing them).
2. W/E Disregard - _____
3. $30 + 1/3 and $30 Disregards - _____
4. Dep. Care Disregard - _____
5. Court Ordered Support Paid - _____
6. Net Earnings $ _____

B. RISP MONTH GRANT AMOUNT

1. MAP (exclude special needs) $ _____
2. Net Earnings from Budget Month (Item A6) - _____
3. Other Countable Income from Budget Month - _____
4. Grant Amount $ _____ (With no overpayment adjustment)

C. RISP MONTH ESTIMATED EARNINGS

1. Gross Earnings $ _____
2. W/E Disregard - _____
3. Dep. Care Disregard - _____
4. Net Available Earned Income $ _____

D. RISP MONTH AVAILABLE INCOME

1. Grant Amt. (Item B4) $ _____
2. Net Available Earned Income (Item C4) + _____
3. Other Estimated Countable Income + _____
4. Child/Spousal Support Disregards + _____
5. Court Ordered Support Paid - _____
6. Total Available Income $ _____

E. RISP PAYMENT

1. 80% of MAP $ _____
2. Total Available Income (Item D6) - _____
3. RISP Payment $ _____

☐ APPROVED ☐ DENIED

EW SIGNATURE DATE

En esta forma la revelación de su número del Seguro Social (SSN) es voluntaria. Se usará el SSN para identificarle a usted y sus expedientes. Si no podemos identificarle, es posible que no reciba ningún dinero adicional.

FORM INSTRUCTIONS FOR THE ELIGIE Y WORKER

REDUCED INCOME SUPPLEMENTAL PAYMENT (CA 40) RISP (MPP 44-402.1 through 44.402.6)

Purpose

The CA 40 is used to gather enough information from the AFDC recipient to be able to make a RISP determination. It also serves to document the RISP computation in the County Use Only section.

Preparation

The recipient must complete the CA 40 in the month that their income drops or stops by completing the identifying information in Question #1, and the remaining questions through #4. The recipient is required to read the certification section and sign under Penalty of Perjury that their statements are true and correct.

Computation of the RISP Payment - County Use Only

A. Budget Month Computation for Gross Earnings

Enter:

1. The Gross Earnings received in the Budget Month.
2. The Work Expense Disregard.
3. The $30 + 1/3 and $30 Disregards (if eligible).
4. The Dependent Care Disregard Paid.
5. Court Ordered Support Paid.
6. The Net Earnings computed from the Budget Month.

Note: The Work Expense Disregard, the $30 + 1/3 and $30 Disregards and the Dependent Care Disregard will be entered in Section A even if it was not previously allowed due to the county's receipt of a late CA 7/SAWS 7 or due to a job quit without good cause.

B. RISP Month Grant Amount

Enter:

1. The MAP amount for the RISP Month excluding any special need amounts (ie: recurring and non-recurring special needs and the pregnancy special need).
2. Other Countable Income such as: UIB, Social Security Benefits, disability payments, etc., from the Budget Month.
3. Net Earnings from Item A6.
4. The Grant Amount for the RISP Month.

C. RISP Month Estimated Earnings

Enter:

1. The Gross Estimated Earned Income for the RISP Month.
2. The Work Expense Disregard.
3. The Dependent Care Disregard.
4. The Net Available Earned Income Estimated for the RISP Month.

D. RISP Month Available Income

Enter:

1. The Payment Month Grant Amount from Item B4.
2. The Payment Month Available Net Earned Income from Item C4.
3. Other Estimated Countable Income received or expected to be received in the RISP Month.
4. Child Support Disregards. This includes the amount disregarded from direct child/spousal support payments received or expected to be received by the recipient and/or support disregard payments received or expected to be received from the CWD in the RISP Month.
5. Court Ordered Support Paid.
6. Total Available Income received and/or expected in the RISP Month.

E. RISP Payment

Enter:

1. 80% of MAP in the RISP Month excluding any special need amounts.
2. Total Available Income from Item D6.
3. RISP eligible payment amount.

IMPORTANT INFORMATION

OVERPAYMENT ADJUSTMENTS

Prior to beginning the RISP process, suspend and supplement any overpayment adjustments for purposes of computing the RISP Month Grant Amount in accordance with MPP Section 40-402.214. (The amount that would be adjusted to recover an overpayment shall not be adjusted when computing the RISP).

COURT ORDERED SUPPORT PAID BY THE RECIPIENT

The amount of court ordered support payments paid shall be deducted in the Budget Month recomputation and also in the RISP Month Available Income section. The amount of the support deduction and the period of time over which it is allowed as a deduction shall be made in accordance with MPP Section 44-113.9.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha negado su solicitud de fecha _____ para un pago suplemental por recibir ingresos reducidos.

La razón es la siguiente:

Sus "ingresos netos a la disposición" este mes, son más que el 80% de la asistencia básica que usted recibiría si no tuviera ingresos.

En esta notificación se calculan sus ingresos netos a la disposición y el 80% de su asistencia básica.

Ingresos brutos calculados	$ _____
Deducción por gastos de trabajo	– _____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	– _____
Ingresos netos ganados a la disposición	= _____
Asistencia antes de ajustes por pago excesivo	+ _____
Otros ingresos calculados	+ _____
Deducciones por pagos de mantenimiento de hijos/esposa(o)	+ _____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	– _____
Total de ingresos a la disposición	= _____
80% del pago máximo de asistencia	$ _____
Total de ingresos a la disposición	– _____
Pago suplemental	$ 0

☐ Usted recibirá otra notificación con respecto a su Medi-Cal.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-401.22

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____
Nombre del *Trabajador(a)* : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha aprobado su solicitud de fecha _____ para un pago suplemental por recibir ingresos reducidos.

En esta notificación se calcula la cantidad de su pago suplemental.

Tiene que solicitar un pago suplemental en cada mes en que crea que debería recibirlo.

Cantidad del pago suplemental para _____

Ingresos brutos calculados	$ _____
Deducción por gastos de trabajo	– _____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	– _____
Ingresos netos ganados a la disposición	= _____
Asistencia antes de ajustes por pago excesivo	+ _____
Otros ingresos calculados	+ _____
Deducción por pago de mantenimiento de hijos/esposa(o)	+ _____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	– _____
Total de ingresos a la disposición	= _____
80% del pago máximo de asistencia	$ _____
Total de ingresos a la disposición	– _____
Pago suplemental	$ _____

☐ Usted recibirá otra notificación con respecto a su Medi-Cal.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-401.2