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

July 20, 1992

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE I-34-92

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law or Regulation Change
[X] Court Order
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[ ] Initiated by SDSS

SUBJECT: EDWARDS IMPLEMENTATION MATERIALS

REFERENCES: ACL 92-49, ACL 92-64, 82-824.13

The purpose of this Information Notice is to transmit to the Counties the Notices of Action necessary to implement the Edwards v. Carlson Court case. Attached to this notice are the English and Spanish language Notices of Action (Edwards 1 through Edwards 4).

Translations of the Edwards NOAs will follow in a separate letter through the regular process for distribution of translated NOAs. Contact your County Forms Coordinator for the translated Notices. The translated NOAs should be available on or about July 24, 1992.

The Posters required by Edwards will follow as soon as possible. Counties should expect to receive the Posters on or about July 27, 1992. These Posters are to be displayed for a minimum of 60 days. These posters will only be displayed in County Welfare Offices.

If you have any questions about this Information Notice or the Edwards Court case implementation materials, please call Mr. Vincent Toolan at (916) 654-1808 or ATSS (8) 464-1808.

Sincerely

MICHAEL C. GENEST
Deputy Director
Welfare Programs Division

NOTICE OF ACTION - WORKER INSTRUCTIONS

EDWARDS SERIES

The Edwards Series is used to provide timely notice to clients when breaking up an AU into smaller AUs under the Edwards Court Order.

There are 4 NOA pages in the Series. Pages are selected as appropriate for the case situation. The selected pages are sent as a group to the client.

- EDWARDS 1 and EDWARDS 2 are Page 1 change notices and are alternates for each other.
  - EDWARDS 1 is used when a single additional AU is being approved.
  - EDWARDS 2 is used when multiple additional AUs are being approved.
- EDWARDS 3 approves an additional AU. A separate EDWARDS 3 page is used for EACH additional AU approved.
- EDWARDS 4 explains and computes the one-time retroactive aid payment. All retroactive months are combined onto this single page.

EDWARDS 1 INSTRUCTIONS

Use to change the grant amount of the original AU when a single new AU is approved.

Fill in the number of children in the new AU.

Fill in the name(s) of the person(s) in the original AU.

Fill in the name(s) of the person(s) in the new AU.

Fill in the starting date of the change to the original AU.

Fill in the date for approval of the one-time payment and the amount.

Fill in the page number of the NOA approving the one time payment.

Edwards 2

Use to change grant amount for original AU when multiple AUs are approved.

Fill in the number of children in the new AU.

Fill in the name(s) of the person(s) in the original AU.

Fill in the names of the persons in the new AUs.

Fill in the starting date of the change to the original AU.

Fill in the date for approval of the one-time payment and the amount.

Fill in the page number of the NOA approving the one time payment.

Edwards 3

Use to approve cash aid for the new AU(s) established as a result of the Edwards Court case. use a separate Edwards three for each approval.

Fill in the number of the AU previously assigned on the Edwards 1 or 2.

Fill in the names of the person(s) in the AU.

Fill in the date of approval.

Fill in the starting date of aid and the amount.

Edwards 4

Fill in the payment amount.

Check the appropriate box to indicate when the check will be sent.

date: 6-11-92

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

WHAT WE ARE DOING

On the next page, the County is approving a new assistance unit (AU) for _____ child(ren) now in your AU. The AU that you now have will be smaller. It will include only the person(s) listed below as AU 1:

AU 1 _____

Child(ren) removed from your AU and approved for aid on the next page:

AU 2 _____

You are still the person (payee) that gets the aid payments for all these persons. You will get an aid payment for each AU.

MONTHLY AID PAYMENT FOR AU 1

As of _____, 1992, the County is changing your monthly cash aid from $_____ to $ _____ (AU 1 only). The monthly cash aid amount for AU 1 is figured on this page.

Here's why:

The county is changing your AU so that one or more children can get cash aid in their own AU. These are children that you are not required to support but who live with your family. A court has ordered that this start on May 1, 1992.

ONE-TIME PAYMENT

Effective _____, the County has approved a one-time cash aid payment of $_____. For more information, see page _____.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-203. Edwards v Carlson Court Order

Monthly Cash Aid Amount

Section A Your Countable Income in _____ (MONTH)

Total Earned Income	$	_____
Work Expense Disregard	-	_____
$30 Disregard	-	_____
$30 and 1/3 Disregard	-	_____
Dependent Care Disregard	-	_____
Other Countable Income (list sources)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Court Ordered Support Paid	-	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B Your Cash Aid In _____ (MONTH)

1.	Basic Need for _____ Persons	$	_____
2.	Special Needs	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Net Countable Income	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Maximum Aid for_____ Persons	$	_____
7.	Special Needs	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cash Aid Amount (Lesser of Subtotal A or B)	$	_____
10.	Overpayment adjustment (separate page)	-	_____
11.	Monthly Cash aid Amount	$	_____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

WHAT WE ARE DOING

On the next pages, the County is approving new assistance units (AU) for a total of _____ child(ren) now in your AU. The AU that you now have will be smaller. It will include only the person(s) listed below as AU 1:

AU 1 _____

Child(ren) removed from your AU and approved for aid on the next pages:

AU 2 _____
AU 3 _____
AU 4 _____

You are still the person (payee) that gets the aid payments for all these persons. You will get an aid payment for each AU.

MONTHLY AID PAYMENT FOR AU 1

As of _____, 1992, the County is changing your monthly cash aid from $_____ to $ _____ (AU 1 only). The monthly cash aid amount for AU 1 is figured on this page.

Here's why:

The county is changing your AU so that some children can get cash aid in their own AUs. These are children that you are not required to support but who live with your family. A court has ordered that this start on May 1, 1992.

ONE-TIME PAYMENT

Effective _____, the County has approved a one-time cash aid payment of $_____.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-203. Edwards v Carlson Court Order

Monthly Cash Aid Amount

Section A Your Countable Income in _____ (MONTH)

Total Earned Income	$	_____
Work Expense Disregard	-	_____
$30 Disregard	-	_____
$30 and 1/3 Disregard	-	_____
Dependent Care Disregard	-	_____
Other Countable Income (list sources)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Court Ordered Support Paid	-	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B Your Cash Aid In _____ (MONTH)

1.	Basic Need for _____ Persons	$	_____
2.	Special Needs	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Net Countable Income	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Maximum Aid for _____ Persons	$	_____
7.	Special Needs	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cash Aid Amount (Lesser of Subtotal A or B)	$	_____
10.	Overpayment adjustment (separate page)	-	_____
11.	Monthly Cash aid Amount	$	_____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

This page is for new AU __, made up of the following persons::

_____
_____
_____
_____

As of _____, 1992, the County has approved cash aid and cash based Medi-Cal for the persons named above.

Your first day of cash aid is _____. Your first month's cash aid amount is $ _____. Your cash aid amount is figured on this page.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-203. Edwards v Carlson Court Order

Monthly Cash Aid Amount

Section A Your Countable Income in _____ (MONTH)

Total Earned Income	$	_____
Work Expense Disregard	-	_____
$30 Disregard	-	_____
$30 and 1/3 Disregard	-	_____
Dependent Care Disregard	-	_____
Other Countable Income (list sources)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Court Ordered Support Paid	-	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B Your Cash Aid In _____ (MONTH)

1.	Basic Need for _____ Persons	$	_____
2.	Special Needs	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Net Countable Income	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Maximum Aid for_____Persons	$	_____
7.	Special Needs	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cash Aid Amount (Lesser of Subtotal A or B)	$	_____
10.	Overpayment adjustment (separate page)	-	_____
11.	Monthly Cash aid Amount	$	_____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As stated on Page 1, you are approved for a one-time cash aid payment. The one-time payment is figured on this page. The total for all months is $ _____.

Here's why:

This money makes up for more aid you should get for the time from May1, 1992 to the effective date of this action (see Page 1)> It makes up of aid figured on the wrong number of AUs since May 1.

A check for the one-time payment:

☐ Is included with this notice.

☐ Will be sent by _____

This check does not lower cash aid in the month it is received or in the next month.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-203. Edwards v Carlson Court Order

Monthly Cash Aid Amount

Your cash aid in ..... _____ (Month)
Cash aid for AU 1 .....$ _____
Cash aid for AU 2 .....+ _____
Cash aid for AU 3 .....+ _____
Cash aid for AU 4 .....+ _____
Cash aid actually paid.....- _____

Amount due to you .....= _____

Your cash aid in ..... _____ (Month)
Cash aid for AU 1 .....$ _____
Cash aid for AU 2 .....+ _____
Cash aid for AU 3 .....+ _____
Cash aid for AU 4 .....+ _____
Cash aid actually paid.....- _____

Amount due to you .....= _____

Your cash aid in ..... _____ (Month)
Cash aid for AU 1 .....$ _____
Cash aid for AU 2 .....+ _____
Cash aid for AU 3 .....+ _____
Cash aid for AU 4 .....+ _____
Cash aid actually paid.....- _____

Amount due to you .....= _____

Your cash aid in ..... _____ (Month)
Cash aid for AU 1 .....$ _____
Cash aid for AU 2 .....+ _____
Cash aid for AU 3 .....+ _____
Cash aid for AU 4 .....+ _____
Cash aid actually paid.....- _____

Amount due to you .....= _____

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 : _____

(ADDRESSEE)

¿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.

LO QUE ESTAMOS HACIENDO

En la página siguiente, el condado está aprobando una unidad nueva para fines de la asistencia (AU) para _____ niño(s) que hay ahora en la unidad suya. La AU que usted tiene ahora será más pequeña. Incluirá solamente la(s) persona(s) que se enumera(n) enseguida que forman parte de la AU 1:

AU 1 _____

Niños que fueron quitados de su AU y se les aprobó asistencia en la página siguiente:

AU 2 _____

Usted todavía es la persona *(payee)* que recibe los pagos de asistencia a nombre de todas estas personas. Usted recibirá un pago de asistencia para cada AU.

PAGO MENSUAL DE ASISTENCIA PARA LA AU 1

A partir de _____ de 1992, el condado cambiará su asistencia monetaria mensual de $_____ a $_____ (AU 1 solamente). En esta página se calcula la cantidad para la AU 1.

La razón es la siguiente:

El condado está cambiando su AU, para que uno o más niños puedan recibir asistencia monetaria en su propia AU. Estos son niños que usted no está obligado a mantener, pero que viven con la familia de usted. Una corte ha ordenado que esto comience el 1 de mayo de 1992.

UN PAGO DE UNA SOLA VEZ

Con fecha efectiva del _____, el condado ha aprobado un pago de una sola vez de asistencia monetaria de $_____. Para más información, vea la página _____.

Reglamentos. Estos ordenamientos aplican; usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: Edwards vs. Carlson

Cantidad de la asistencia monetaria mensual

Sección A Sus ingresos contables en _____ (MES)

Total de ingresos ganados	$	_____
Deducción por gastos de trabajo	-	_____
Deducción de $30	-	_____
Deducción de $30 y 1/3	-	_____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	-	_____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	-	_____
Ingresos netos contables	=	_____

Sección B Su asistencia monetaria en _____ (MES)

1.	Nec. básicas para _____ personas	$	_____
2.	Necesidades especiales	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Ingresos netos contables	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Asist. máxima para _____ personas	$	_____
7.	Necesidades especiales	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cantidad de asistencia monetaria (Lo que sea menos de Subtotal A o B)	$	_____
10.	Ajuste por pago excesivo (hoja por separado)	-	_____
11.	Cant. de la asist. monetaria mensual	$	_____

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 : _____

(ADDRESSEE)

¿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.

LO QUE ESTAMOS HACIENDO

En las páginas siguientes, el condado está aprobando unidades nuevas para fines de la asistencia (AU) para un total de _____ niños que hay ahora en la unidad suya. La AU que usted tiene ahora será más pequeña. Incluirá solamente la(s) persona(s) que se enumera(n) enseguida que forman parte de la AU 1:

AU 1 _____

Niños que fueron quitados de su AU y se les aprobó asistencia en las páginas siguientes:

AU 2 _____

AU 3 _____

AU 4 _____

Usted todavía es la persona *(payee)* que recibe los pagos de asistencia a nombre de todas estas personas. Usted recibirá un pago de asistencia para cada AU.

PAGO MENSUAL DE ASISTENCIA PARA LA AU 1

A partir de _____ de 1992, el condado cambiará su asistencia monetaria mensual de $_____ a $_____ (AU 1 solamente). En esta página se calcula la cantidad para la AU 1.

La razón es la siguiente:

El condado está cambiando su AU, para que uno o más niños puedan recibir asistencia monetaria en sus propias AUs. Estos son niños que usted no está obligado a mantener, pero que viven con la familia de usted. Una corte ha ordenado que esto comience el 1 de mayo de 1992.

UN PAGO DE UNA SOLA VEZ

Con fecha efectiva del _____, el condado ha aprobado /aprobará un pago de una sola vez de asistencia monetaria de $_____. Para más información, vea la página _____.

Reglamentos. Estos ordenamientos aplican; usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: Edwards vs. Carlson

Cantidad de la asistencia monetaria mensual

Sección A Sus ingresos contables en _____ (MES)

Total de ingresos ganados	$	_____
Deducción por gastos de trabajo	-	_____
Deducción de $30	-	_____
Deducción de $30 y 1/3	-	_____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	-	_____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	-	_____
Ingresos netos contables	=	_____

Sección B Su asistencia monetaria en _____ (MES)

1.	Nec. básicas para _____ personas	$	_____
2.	Necesidades especiales	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Ingresos netos contables	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Asist. máxima para _____ personas	$	_____
7.	Necesidades especiales	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cantidad de asistencia monetaria (Lo que sea menos de Subtotal A o B)	$	_____
10.	Ajuste por pago excesivo (hoja por separado)	-	_____
11.	Cant. de la asist. monetaria mensual	$	_____

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 : _____

(ADDRESSEE)

¿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.

Esta página es para la nueva AU número ____ la cual está formada por las siguientes personas:

_____

_____

Con fecha efectiva del _____ de 1992, el condado ha aprobado asistencia monetaria y Medi-Cal basada en asistencia monetaria para las personas mencionadas arriba.

Su primer día de recibir asistencia monetaria es _____. La cantidad de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes es $_____. En esta página se calcula su cantidad de asistencia monetaria.

Reglamentos. Estos ordenamientos aplican; usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: Edwards vs. Carlson

Cantidad de la asistencia monetaria mensual

Sección A Sus ingresos contables en _____ (MES)

Total de ingresos ganados	$	_____
Deducción por gastos de trabajo	-	_____
Deducción de $30	-	_____
Deducción de $30 y 1/3	-	_____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	-	_____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes)		
_____	+	_____
_____	+	_____
_____	+	_____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	-	_____
Ingresos netos contables	=	_____

Sección B Su asistencia monetaria en _____ (MES)

1.	Nec. básicas para _____ personas	$	_____
2.	Necesidades especiales	+	_____
3.	Subtotal	=	_____
4.	Ingresos netos contables	-	_____
5.	Subtotal A	=	_____
6.	Asist. máxima para _____ personas	$	_____
7.	Necesidades especiales	+	_____
8.	Subtotal B	$	_____
9.	Cantidad de asistencia monetaria (Lo que sea menos de Subtotal A o B)	$	_____
10.	Ajuste por pago excesivo (hoja por separado)	-	_____
11.	Cant. de la asist. monetaria mensual	$	_____

NOTIFICACION DE AC ,ON
(Continuación)

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso: _____
Número: _____

Como se mencionó en la página 1, se le ha aprobado un pago de asistencia monetaria de una sola vez. En esta página se calcula el pago de una sola vez. El total para todos los meses es de $_____.

La razón es la siguiente:

Este dinero le compensa la asistencia que usted debió de haber recibido y que no recibió, correspondiente al período del 1 de mayo de 1992, a la fecha efectiva de esta acción (vea la página 1). Le compensa la asistencia calculada tomando como base un número equivocado de AUs desde el 1 de mayo.

☐ Con esta notificación

☐ A más tardar, el _____,

se le enviará el cheque correspondiente al pago de una sola vez.

Este cheque no reduce la asistencia monetaria en el mes en que se reciba, ni en el siguiente mes.

Su asistencia monetaria en _____ (Mes)

Asistencia monetaria para la AU 1	$ _____
Asistencia monetaria para la AU 2	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 3	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 4	+ _____
Asistencia monetaria que en realidad se pagó	- _____
Cantidad que se le debe	$ _____

Su asistencia monetaria en _____ (Mes)

Asistencia monetaria para la AU 1	$ _____
Asistencia monetaria para la AU 2	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 3	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 4	+ _____
Asistencia monetaria que en realidad se pagó	- _____
Cantidad que se le debe	$ _____

Su asistencia monetaria en _____ (Mes)

Asistencia monetaria para la AU 1	$ _____
Asistencia monetaria para la AU 2	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 3	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 4	+ _____
Asistencia monetaria que en realidad se pagó	- _____
Cantidad que se le debe	$ _____

Su asistencia monetaria en _____ (Mes)

Asistencia monetaria para la AU 1	$ _____
Asistencia monetaria para la AU 2	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 3	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 4	+ _____
Asistencia monetaria que en realidad se pagó	- _____
Cantidad que se le debe	$ _____

Su asistencia monetaria en _____ (Mes)

Asistencia monetaria para la AU 1	$ _____
Asistencia monetaria para la AU 2	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 3	+ _____
Asistencia monetaria para la AU 4	+ _____
Asistencia monetaria que en realidad se pagó	- _____
Cantidad que se le debe	$ _____

Ordenamientos: Las siguientes reglas aplican; puede repasarlas en su oficina del departamento de bienestar: Ewards vs. Carlson

Audiencia con el estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. En el reverso de la página 1 se le explica cómo hacerlo.