STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5387

April 16, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-46

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: WILLIAMS V. WOODS IMPLEMENTATION MATERIALS AND INSTRUCTIONS FOR RETROACTIVE PROVISIONS

REFERENCE: MPP Section 50-012: All County Letter No. 84-45, Dated April 16, 1984

Under the Williams v. Woods' writ of mandate counties will be required to inform current recipients of their potential eligibility for retroactive benefits via a notice and former recipients via posters. We have outlined specific county responsibilities below. These will be included in Division 50 regulations which are being drafted.

1. NOTICE

Attached are English and Spanish camera ready copies of the notice. Each county shall make enough copies of the notice to assure that every current AFDC Assistance Unit as of June 1, 1984 will receive one. The notice must be printed front and back on a single sheet of paper for each language. The camera ready copy is designed for use as an 8 1/2" X 11" sheet of paper. However, counties may reduce this notice to fit on a single sheet of paper no smaller than 7 1/4" X 10" to accommodate mailing with the Monthly Eligibility Report (CA 7).

The notice shall be mailed to all current AFDC Assistance Units no later than June 1, 1984. The county may include the notice with the CA 7 mailing for the report month of May 1984, include the notice with the June 1, 1984 warrant mailing, or make a separate mailing. The Spanish version of the notice shall be mailed to all current AFDC Assistance Units who receive a Spanish language CA 7.

2. POSTERS

Your initial supply of the Williams posters printed in both English and Spanish will be sent to you under separate cover in time for you to post in the lobbies and waiting rooms of all county welfare offices and food stamp outlets no later than June 1, 1984.

If you have any questions, please contact Mara Jukich at (916) 322-5387.

Kyle S. McKinsey

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director

Attachments (CWD's only)

# READ THIS NOTICE
# WELFARE MAY OWE YOU MONEY

Please answer the following questions. If you can answer **yes** to **all** questions, you may be eligible for back benefits under the Aid to Families with Dependent Children (AFDC) Program because of a court decision in the **Williams** v. **Woods** case.

| | | Yes | No |
|---|---|---|---|
| 1. | At any time during the period between November 12, 1978 and May 31, 1984, did you get AFDC or did you ask for and not get AFDC for yourself and your child (born or unborn)? | ☐ | ☐ |
| 2. | At the time you asked for or got AFDC, did you and your child (born or unborn) live with **your** mother or father? | ☐ | ☐ |
| 3. | Did your mother or father receive Social Security Benefits (green checks) on your behalf during this time? | ☐ | ☐ |
| 4. | Are you under 24 years old now? | ☐ | ☐ |

If you answered **no** to **any** of these questions, **you** are **not** eligible for back benefits. **However**, if you are not the parent of a child who lives with you but you believe that that child's **parent** could answer yes to all of these questions, that child and his/her parent may be eligible for back benefits. You should contact your county welfare department if this is so.

If neither case applies, you may throw this form away.

If you answered **yes** to **all** of the above questions, you can ask for back benefits by filling out both sides of this form and sending it or taking it to the county welfare department where you got AFDC or where you applied for AFDC, if your application was denied.

You must send a **separate** form to each county where you want to claim back benefits if you applied for or got AFDC from more than one county. If you are applying for back benefits in another county, please list the county(ies) here _____.

You can get more forms from any county welfare department. If you have questions or if you need help filling out this form, call your county welfare department or your local legal aid office and ask for help.

The county welfare department will contact you if more information is needed or if your case record cannot be located.

Please fill in the blank and check the box that applies to you.
During the time I want to claim back benefits from _____ County,

☐ I got AFDC, or
☐ I asked for but did not get AFDC.

FILL IN THE BLANKS. YOU DO NOT NEED TO GIVE INFORMATION ABOUT MONEY YOU GOT AFTER YOUR EIGHTEENTH BIRTHDAY.

PLEASE PRINT

My name is _____ and my current address and telephone number are

_____
Number Street City State Zip Code

Telephone No. (____) _____. I want to claim back benefits because I can answer "yes"
Area Code

to all the four questions on the front of this form for the time from _____ , _____ through
Month Year

_____ , _____ when I lived in _____ County. During this time, my
Month Year

mother or father gave me $ _____ in **cash** each month from the Social Security money. If the
Amount

amount was not always the same, I have listed the other amounts for each month (up to when I reached

age 18): from _____ through _____ $ _____ , from _____ through _____ $ _____ .
Mo./Year Mo./Year Amount Mo./Year Mo./Year Amount

For the time I am claiming back benefits, my name was _____ and my address was

_____
Number Street City State Zip Code

My birthday is _____ and my social security number* is _____ .
Month/Day/Year

My child's name is _____ (oldest child's name if more than one) and his/her

birthday is _____ .
Month/Day/Year

My welfare case number in this county was (**please include if you** know) _____ .

**If possible, both you and the parent who gave you money from the Social Security must sign this form.**

I declare under penalty of perjury that I gave my child Social Security money in the amounts shown above.

_____ _____ _____
Parent's Signature Date Signed County Where Signed

If your parent can not sign this form, explain why: _____

_____

I declare under penalty of perjury that the above statements are true and correct.

_____ _____ _____
Your Signature Date Signed County Where Signed

* *The furnishing of your Social Security Number (SSN) is voluntary. The number will be used to help find your case record, since your AFDC case record contains your SSN, as required by federal law under Section 402(a)(25) of the Social Security Act. Your claim will not be denied if you do not provide your SSN on the form, but your claim may take longer to process without the SSN.*

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

## LEA ESTE AVISO

## PUEDE SER QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR LE DEBA DINERO

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si puede contestar que **sí** a **todas** las preguntas, puede ser que califique para beneficios retrasados bajo el Programa de Asistencia a Familias con Niños Necesitados (AFDC) debido a una decisión de la corte respecto al caso **Williams** vs. **Woods**.

| | | Sí | No |
|---|---|---|---|
| 1. | Durante cualquier fecha comprendida entre el período del 12 de noviembre de 1978 al 31 de mayo de 1984, ¿recibió AFDC o pidió pero no obtuvo AFDC para usted y su hijo(a) (ya nacido o aún sin nacer)? | ☐ | ☐ |
| 2. | Cuando pidió u obtuvo AFDC, ¿vivía usted y su hijo (ya nacido o aún sin nacer) con la madre o padre de **usted**? | ☐ | ☐ |
| 3. | ¿Recibía su madre o padre Beneficios del Seguro Social (cheques verdes) por cuenta de usted durante este tiempo? | ☐ | ☐ |
| 4. | ¿Es usted actualmente menor de 24 años de edad? | ☐ | ☐ |

Si contestó que **no** a **cualquiera** de estas preguntas, **no** califica para beneficios atrasados. **Sin embargo**, si usted no es el padre/la madre de un menor que viva con usted pero usted cree que el padre/la madre de dicho menor pudiera contestar que sí a todas estas preguntas, pudiera ser que dicho menor y su padre/madre calificara para beneficios atrasados. Usted debe comunicarse con el departamento de bienestar del condado si tal es el caso.

Si ninguna de estas preguntas es pertinente, puede tirar esta forma.

Si contestó que **sí** a **todas** las preguntas citadas, puede solicitar beneficios atrasados llenando ambos lados de esta forma y enviándola o llevándola al departamento de bienestar del condado en el cual obtuvo o solicitó AFDC, si su solicitud fue negada.

Debe enviar una forma **por separado** a cada condado donde quiera reclamar beneficios atrasados si solicitó o si obtuvo AFDC proveniente de más de un condado. Si está solicitando beneficios atrasados en otro condado, por favor escriba aquí el nombre de dicho(s) condado(s) _____ .

Puede obtener formas adicionales en cualquier oficina del departamento de bienestar del condado. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta forma, llame a la oficina del departamento de bienestar de su condado o su oficina de asistencia legal local y pida que le ayuden.

El departamento de bienestar del condado se comunicará con usted si se necesita más información o si no se pueden localizar los archivos de su caso.

Por favor llene los espacios en blanco y marque la casilla que aplique a usted.

Durante el tiempo para el cual quiero reclamar beneficios atrasados por parte del Condado de _____

_____ .

☐ Recibía AFDC, o

☐ Solicité, pero no obtuve, AFDC.

LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO. NO NECESITA DAR INFORMACIÓN RESPECTO AL DINERO QUE HAYA RECIBIDO DESPUÉS DE HABER CUMPLIDO LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD.

POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA

Me llamo _____ ; mi domicilio y número de teléfono actuales son

_____ .
Número Calle Ciudad Estado Zona Postal

No. de teléfono ( ) _____ . Quiero reclamar beneficios atrasados porque puedo contestar
No. de área

que "sí" a las cuatro preguntas (o sea todas), que aparecen en el otro lado de esta forma para el período que comprende desde _____ , _____ hasta _____ , _____ , cuando yo vivía en el
Mes Año Mes Año

Condado de _____ . Durante dicho tiempo, mi madre o padre me daba la cantidad de $ _____ **en efectivo** cada mes, la cual provenía del dinero del Seguro Social. Si la cantidad no era siempre igual, he escrito las otras cantidades para cada mes (hasta que cumplí los 18 años de edad): desde

_____ hasta _____ , $ _____ ; desde _____ hasta _____ , $ _____ . Durante el período
mes/año mes/año cantidad mes/año mes/año cantidad

sobre el cual estoy reclamando beneficios atrasados, mi nombre era _____ y mi domicilio era

_____
Nombre Calle Ciudad Estado Zona Postal

Mi fecha de nacimiento es _____ , y mi número de seguro social* es _____ .
Mes/Día/Año

El nombre de mi hijo(a) es _____ (escriba únicamente el nombre del mayor si hay más de uno), y su fecha de nacimiento es _____ .
Mes/Día/Año

El número de mi caso para asistencia pública (welfare) en este condado era (**por favor inclúyalo** si lo sabe)

_____ .

**Si es posible, tanto usted como el padre/la madre que le dió a usted dinero que provenía del Seguro Social deben firmar esta forma.**

Declaro, bajo pena de perjurio, que le dí a mi hijo(a) dinero proveniente del seguro social en las cantidades citadas arriba.

_____ _____ _____
Firma del padre/la madre Fecha de la firma Condado donde se firmó

Si su padre/madre no puede firmar esta forma, explique la razón: _____

_____

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones citadas arriba son verdaderas y correctas.

_____ _____ _____
Su Firma Fecha de la firma Condado donde se firmó

* *Se le pide que dé su Número de Seguro Social (SSN) voluntariamente. El número se usará para encontrar los archivos de su caso mas fácilmente, ya que los archivos de su caso para AFDC contienen su SSN, según lo requieren las leyes federales bajo la Sección 402(a)(25) del Acta del Seguro Social. No se negará su reclamación si no proporciona su SSN en la forma, pero es posible que la tramitación de su reclamación se demore sin el SSN.*