STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 445-6907

July 10, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-72

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: I. IMPORTANT NOTICE - THE MONTHLY ELIGIBILITY REPORT (CA 7)

II. IMPORTANT NOTICE - FOOD STAMP PROGRAM RETROSPECTIVE BUDGETING REQUIREMENTS

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER 84-47 - DATED APRIL 19, 1984

Attached are master copies (English and Spanish) of the DFA 873, Important Notice - The Monthly Eligibility Report (CA 7). The language of this notice was previously provided in All-County Letter 84-47, dated April 19, 1984.

This notice must be provided to all Food Stamp applicants as the written explanation of monthly reporting and retrospective budgeting required by M.S. 63-300.41. The DFA 873 replaces the TEMP 1589 and TEMP 1590 which were used for this purpose when monthly reporting/retrospective budgeting was implemented in the Food Stamp Program. The implementation language has been deleted from the revised notice and it is now suitable for ongoing use in the program.

State Department of Social Services (SDSS) will again be revising the DFA 873 at a future date, to make this form better suited to serve as an explanation of both the Aid to Families with Dependent Children (AFDC) and Food Stamp Programs.

Also attached are master copies (English, Spanish and Vietnamese) of the TEMP 1591, Important Notice - Food Stamp Program Retrospective Budgeting Requirements. This notice provides instructions to nonmonthly reporting households still subject to retrospective budgeting, explaining the food stamp budgeting method which is used to determine the amount of food stamps received each month.

Form Orders

English and Spanish copies of the DFA 873 will be available for ordering from the DSS Warehouse July 1, 1984.

The form will not be printed by DSS in Vietnamese. A Vietnamese master copy will, however, be provided under separate cover. Until state supplies of the English and Spanish form are available, county welfare departments must print supplies or continue to use the unnumbered, typed version previously provided.

The attached master copies of TEMP 1591, are provided for your use. Counties are instructed to print their own supplies as needed. These masters are designed so that four notices can be printed on one 8 1/2" x 11" sheet of paper. Those CWD's which use a different format must use the language on the attached notice.

Counties needing translations of these notices in other languages should contact Jeanne Rodriguez, Manager, Language Services Unit, at (916) 323-9562.

Should you have any questions, please contact the Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 445-6907.

Kyle S. McKinsey

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

# ***IMPORTANT NOTICE - THE MONTHLY ELIGIBILITY REPORT (CA 7)***

**This notice is to explain your reporting requirements and the budgeting method used in the Food Stamp Program.** This notice will also give you instructions on how to complete the Monthly Eligibility Report form called the CA 7, and what information you must report and verify when you return the CA 7 form.

**Under the budgeting method in the Food Stamp Program**, the information you give on your CA 7 will be used to compute the amount of food stamps you will receive two months later. For example, the information on your January report, which you fill out and send to the welfare department in February, will be used to compute your March benefits. This budgeting method is the same as the budgeting method being used in Aid to Families with Dependent Children (AFDC) and other cash aid programs. It is called a retrospective budgeting system.

If you receive **Cash Aid and Food Stamps**, the CA 7 report form you complete every month will be used to determine if you are still eligible for Cash Aid and Food Stamps, and the amount of benefits you should receive. Cash Aid includes AFDC, Refugee Cash Assistance (RCA), and Entrant Cash Assistance (ECA) Programs.

**The CA 7 will be mailed to you. You must complete it for the month shown in the upper right-hand corner of the report. This report is due by the 5th of the next month, and must be received by the welfare department no later than the 11th.** For example, if the report month shown in the upper right-hand corner of your CA 7 is March, it is due on April 5. Your report can either be mailed or brought into the welfare department. **If you do not complete and return this form to the welfare department, your benefits will be stopped.**

The instructions at the start of each section tell you if you need to answer the questions in that section or not. The instructions also tell you which people to answer the questions for.

- If you receive **both cash aid and food stamps**, you must answer **all** the questions on the report.
- If you **only** receive **cash aid**, you must answer **QUESTIONS 1-9 and QUESTIONS 14-17**.
- If you **only** receive **food stamps**, you must answer **QUESTIONS 1-13 and QUESTION 17**.

**Below are some additional instructions to help you in completing the CA 7.** The question numbers below match the question numbers on the CA 7.

**QUESTION #1** - EARNINGS AND OTHER INCOME - If you, or someone in your home, worked and got paid during the month shown in the upper right-hand corner of the CA 7, be sure to list the number of days and hours worked in that month. Also, list all the pay you **received** in that month, even if some of that pay was for hours worked in the month before. For example, if someone was paid $200 on March 7, and this included $100 actually earned during the last week of February, enter the entire $200 on the report for March because the pay was **received** in March. Attach pay stubs or other proof of the amount of earnings. **What you report will be checked against earnings employers report to the state.**

If you, or anyone in your home, received other income not from a job, such as Unemployment Insurance Benefits (UIB) or Social Security, report the amount you received. Be sure to attach a copy of your award letter or other proof of the amount if it just started or if it changed or stopped. **The amount you report will be checked against all available state records.**

**QUESTION #10** - HOUSING COSTS are what you must pay for where you live such as rent or a house payment.

If you checked **YES** to #10, fill in the amount of your rent or house payment. If this cost **changed** from last month or **if you moved, attach proof** of the cost, such as rent receipts.

**QUESTION #11** - UTILITY COSTS are your costs for gas, electricity, telephone, and the other costs named in #11. If you had utility bills in the month, check **YES**. If you had no utility bills in the month, check **NO** and go on to QUESTION #12. If you had free housing and/or utilities, report that in QUESTION #1.

**The Standard Utility Allowance** (SUA) is a flat amount that you can choose to have the county use as your utility costs instead of the amount of utility costs you actually have. If you claim the SUA, and you had utility costs, you would answer **YES** to QUESTION #11 and go on to QUESTION #12.

If you are claiming **actual utility costs**, or **you have moved**, you must fill out the utility information and **attach bills** for each cost you enter. If you claim actual utility costs, you must also attach proof that the food stamp household member(s) paid that amount. For example, if you paid another person for your utilities, be sure to get and attach a receipt. If someone else paid you and you paid the bills, you must attach receipts for the bills you paid and a statement signed by the person who helped you pay these bills. The statement must show the amount the person paid and the date you were paid.

**QUESTION #12** - "SHARED HOUSING OR UTILITIES" means that someone who is not a part of your food stamp household helped you pay these expenses. Your food stamp household is everyone you live with that is receiving food stamps with you. If you do not know who is in your food stamp household, ask your worker. If only persons in your food stamp household paid your housing and utility costs, check **NO**. If anyone not part of your food stamp household helped pay your housing or utility costs in the month, check **YES** to #12 and give the name of each person, what cost they helped pay, and how much was paid. Attach proof of these payments.

**QUESTION #13** - MEDICAL EXPENSES - **Disabled** means a household member who is: 1) receiving Social Security benefits (green check); or 2) a disabled veteran; or 3) the disabled surviving spouse or the disabled surviving child of a veteran. If you checked **YES**, attach receipts or bills showing the amount of medical expenses.

**SIGN AND DATE** - Your report must be signed and dated **after** the last day of the month shown in the upper right-hand corner of the report. For example, if the report is for March 1984, the earliest you should sign and date it is April 1, 1984. Sometimes more than one person needs to sign the report.

**YOUR RECEIPT OF FOOD STAMPS AND/OR CASH AID MAY BE STOPPED IF:**

- YOU DO NOT ANSWER EVERY QUESTION FOR THE TYPE OF BENEFITS YOU RECEIVE; or
- YOUR REPORT IS NOT SIGNED BY THE CORRECT PERSON OR PERSONS; or
- YOUR REPORT IS MISSING PAY STUBS OR RECEIPTS FOR EARNINGS; or
- YOUR REPORT IS MISSING PROOF OF OTHER INCOME THAT HAS CHANGED.

YOU MAY GET **FEWER** BENEFITS IF OTHER VERIFICATION IS MISSING.

**CONTACT YOUR ELIGIBILITY WORKER IF YOU NEED HELP FILLING OUT YOUR CA 7, OR IF YOU HAVE ANY OTHER QUESTIONS.**

# ***AVISO IMPORTANTE — REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD (CA 7)***

**Este aviso es para explicarle los requisitos respecto al reporte y el método usado para el cálculo del presupuesto en el Programa de Estampillas para Comida.** Este aviso también contiene instrucciones sobre cómo completar la forma del Reporte Mensual de Elegibilidad, llamada CA 7, y la información que usted debe reportar y verificar cuando devuelva la forma CA 7.

**Bajo el método de cálculo del presupuesto del Programa de Estampillas para Comida,** la información que usted proporciona en su CA 7 se usa para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted va a recibir dos meses después. Por ejemplo, la información en su reporte de enero, que usted llena y envía al departamento de bienestar del condado en febrero, se usa para calcular sus beneficios de marzo. Este método para calcular el presupuesto es el mismo método usado para Asistencia a Familias con Niños Necesitados (AFDC) y otros programas de asistencia monetaria, y se conoce como sistema de preparación retrospectiva del presupuesto.

Si recibe **Asistencia Monetaria y Estampillas para Comida,** la forma de reporte CA 7 que usted completa cada mes se usará para determinar si usted todavía califica para Asistencia Monetaria y Estampillas para Comida, y la cantidad de beneficios que debe recibir. La Asistencia Monetaria incluye los Programas de AFDC, Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA), y Asistencia Monetaria para Entrantes (ECA).

**Se le enviará la CA 7 por correo. Usted debe completarla para el mes indicado en el lado derecho de la parte superior del reporte. Este reporte se vence el día 5 del mes siguiente, y debe ser recibido por el departamento de bienestar no más tarde del día 11.** Por ejemplo, si el mes del reporte indicado en la parte superior del margen derecho de su CA 7 es marzo, se vence el día 5 de abril. Puede enviar el reporte por correo o traerlo al departamento de bienestar. **Si no completa y devuelve esta forma al departamento de bienestar, se detendrán sus beneficios.**

Las instrucciones al principio de cada sección le dicen si necesita contestar las preguntas en dicha sección. Las instrucciones también le dicen para cuales personas tiene que contestar las preguntas.

- Si recibe **asistencia monetaria y estampillas para comida,** debe contestar **todas** las preguntas en el reporte.
- Si recibe **solamente asistencia monetaria,** debe contestar las **PREGUNTAS del 1 al 9 y del 14 al 17.**
- Si recibe **solamente estampillas para comida,** debe contestar las **PREGUNTAS del 1 al 13 y la PREGUNTA No. 17.**

**Enseguida hay unas instrucciones adicionales para ayudarle a completar la CA 7.** Los números de las preguntas a continuación corresponden a los números de las preguntas en la CA 7.

PREGUNTA #1 — SALARIOS Y OTROS INGRESOS - Si usted, o alguien en su hogar, trabajó y recibió salarios durante el mes que aparece en la parte superior del margen derecho de la CA 7, asegúrese de escribir el número de días y horas que trabajó en dicho mes. Además, indique todos los salarios que haya **recibido** en dicho mes, aunque parte de dicho pago haya sido por horas trabajadas en el mes anterior. Por ejemplo, si a alguien se le pagaron $200 el 7 de marzo, y esta cantidad incluía $100 que fueron ganados durante la última semana de febrero, escriba la cantidad de $200 en el reporte para marzo porque el pago fue recibido en marzo. Adjunte talones de pago o cualquier otro comprobante de la cantidad de ingresos. **Lo que usted reporte será cotejado con los salarios que los empleadores reporten al estado.**

Si usted, o alguna otra persona en su hogar, recibió otros ingresos que no provenían de un empleo, tales como Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB) o el Seguro Social, reporte la cantidad que recibió. Asegúrese de adjuntar una copia de su carta de aprobación o cualquier otro comprobante de la cantidad si acaban de comenzar o si la cantidad cambió o si pararon. **La cantidad que usted reporte será cotejada con toda la documentación de la cual dispone el condado.**

PREGUNTA #10 - COSTOS DE VIVIENDA son lo que usted debe pagar por el lugar en el cual vive, tales como pago por renta o hipoteca.

Si marcó que **SI** al #10, escriba la cantidad de su pago por renta o hipoteca. Si dicha cantidad **cambió** desde el mes anterior o **si se mudó, adjunte comprobante** del costo, tales como recibos de la renta.

**PREGUNTA #11** - COSTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES son el costo del gas, electricidad, teléfono, y los otros gastos indicados en el #11. Si tuvo cobros por servicios públicos y municipales en el mes, marque **SÍ**. Si no tuvo cobros por servicios públicos y municipales en el mes, marque **NO** y pásese a la PREGUNTA #12. Si recibió vivienda y/o servicios públicos y municipales gratuitos, reporte eso en la PREGUNTA #1.

**La Cantidad Ordinaria Permitida por Servicios Públicos y Municipales** (SUA) es una cantidad fija, la cual usted puede escoger para que el condado la use como sus costos por servicios públicos y municipales en lugar de la cantidad que realmente le cuestan dichos servicios. Si escoge la SUA, y tuvo gastos por servicios públicos y municipales, usted contestaría que **SÍ** a la PREGUNTA #11 y pasaría entonces a la PREGUNTA #12.

Si está reclamando los **gastos reales por servicios públicos y municipales**, o **si se ha mudado**, debe contestar la información respecto a los servicios públicos y municipales y **adjuntar las facturas** para cada gasto que escriba. Si reclama los gastos reales por estos servicios, debe también adjuntar comprobantes de que los miembros de dicho hogar de estampillas para comida pagaron dicha cantidad. Por ejemplo, si usted le pagó a otra persona por los servicios públicos y municipales de usted, asegúrese de obtener y adjuntar un recibo. Si alguien más le pagó a usted y usted pagó dichos cobros, usted debe adjuntar recibos por los cobros que pagó y una declaración firmada por la persona que le ayudó a pagar estos cobros.

**PREGUNTA #12** - "COMPARTIR LA VIVIENDA O LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES" significa que alguien que no es parte de su hogar para efectos de estampillas para comida le ayudó a pagar estos gastos. Su hogar de estampillas para comida consiste de todas las personas con las cuales usted vive que reciben estampillas para comida junto con usted. Si usted no sabe quiénes forman parte de su hogar para efectos de estampillas para comida, pregúnteselo a su trabajador(a). Si solamente las personas en su hogar de estampillas para comida pagaron sus gastos de vivienda y servicios públicos y municipales, marque **NO**. Si alguien que no es parte de su hogar de estampillas para comida le ayudó a pagar sus gastos de vivienda o servicios públicos y municipales en el mes, marque **SÍ** al #12 y dé el nombre de cada persona, los gastos que el ayudaron a pagar, y la cantidad que le pagaron. Adjunte comprobantes de estos pagos.

**PREGUNTA #13** - GASTOS MEDICOS - Estar **incapacitado** significa que un miembro del hogar; 1) está recibiendo beneficios del Seguro Social (cheque verde); o 2) es un veterano incapacitado; o 3) es el(la) esposo(a) incapacitado(a) o el hijo(a) sobreviviente incapacitado(a) de un veterano. Si marcó que **"SÍ"**, adjunte los recibos o cobros que muestren la cantidad de los gastos médicos.

**FIRMA Y FECHA** - Usted debe firmar el reporte y ponerle la fecha **después** del último día del mes que aparece en el parte superior del margen derecho del reporte. Por ejemplo, si el reporte es para marzo de 1984, lo más temprano que debe firmar es el 1 de abril de 1984. Hay veces en que más de una persona debe firmar el reporte.

**SU RECIBO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA Y/O ASISTENCIA MONETARIA SE PUEDE PARAR SI:**

- USTED NO CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS PERTINENTES AL TIPO DE BENEFICIOS QUE USTED RECIBE; o
- SU REPORTE NO FUE FIRMADO POR LA PERSONA O PERSONAS QUE DEBÍAN HABERLO FIRMADO; o
- A SU REPORTE LE FALTAN TALONES DE PAGO O RECIBOS POR INGRESOS; o
- A SU REPORTE LE HACEN FALTA COMPROBANTES DE OTROS INGRESOS QUE HAYAN CAMBIADO.

USTED PUEDE RECIBIR **MENOS** BENEFICIOS SI HACEN FALTA OTROS COMPROBANTES.

**COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU CA 7, O SÍ TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA.**

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

**IMPORTANT: PLEASE READ**

FOOD STAMP PROGRAM RETROSPECTIVE BUDGETING REQUIREMENTS

This notice is to tell you about the food stamp budgeting method which is used to determine the amount of food stamps you will receive each month.

The amount of food stamps you receive depends on the amount of your income and expenses like housing costs, utility bills, and medical bills. The amount of your income and expenses for one month will be used to compute the amount of food stamps you will receive two months later. For example, your income and expenses from January would be used to compute the amount of food stamps you would receive in March. This budgeting method is called a retrospective budgeting system.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER.

TEMP 1591 (4/84)

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

**IMPORTANT: PLEASE READ**

FOOD STAMP PROGRAM RETROSPECTIVE BUDGETING REQUIREMENTS

This notice is to tell you about the food stamp budgeting method which is used to determine the amount of food stamps you will receive each month.

The amount of food stamps you receive depends on the amount of your income and expenses like housing costs, utility bills, and medical bills. The amount of your income and expenses for one month will be used to compute the amount of food stamps you will receive two months later. For example, your income and expenses from January would be used to compute the amount of food stamps you would receive in March. This budgeting method is called a retrospective budgeting system.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER.

TEMP 1591 (4/84)

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

**IMPORTANT: PLEASE READ**

FOOD STAMP PROGRAM RETROSPECTIVE BUDGETING REQUIREMENTS

This notice is to tell you about the food stamp budgeting method which is used to determine the amount of food stamps you will receive each month.

The amount of food stamps you receive depends on the amount of your income and expenses like housing costs, utility bills, and medical bills. The amount of your income and expenses for one month will be used to compute the amount of food stamps you will receive two months later. For example, your income and expenses from January would be used to compute the amount of food stamps you would receive in March. This budgeting method is called a retrospective budgeting system.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER.

TEMP 1591 (4/84)

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

**IMPORTANT: PLEASE READ**

FOOD STAMP PROGRAM RETROSPECTIVE BUDGETING REQUIREMENTS

This notice is to tell you about the food stamp budgeting method which is used to determine the amount of food stamps you will receive each month.

The amount of food stamps you receive depends on the amount of your income and expenses like housing costs, utility bills, and medical bills. The amount of your income and expenses for one month will be used to compute the amount of food stamps you will receive two months later. For example, your income and expenses from January would be used to compute the amount of food stamps you would receive in March. This budgeting method is called a retrospective budgeting system.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER.

TEMP 1591 (4/84)

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

****IMPORTANTE: POR FAVOR LEA ESTE AVISO****

REQUISITOS DEL PRESUPUESTO RETROSPECTIVO EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Este aviso es para informarle sobre el método para calcular el presupuesto para estampillas para comida, el cual se usa para determinar la cantidad de estampillas para comida que usted va a recibir cada mes.

La cantidad de estampillas para comida que usted recibe depende de la cantidad de sus ingresos y gastos, tales como su costo de vivienda, pagos por servicios públicos y municipales, y gastos médicos. La cantidad de sus ingresos y gastos por un mes dado será usada para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá dos meses después. Por ejemplo, sus ingresos y gastos de enero se usarán para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá en marzo. Este método para calcular el presupuesto se conoce como sistema de preparación retrospectiva del presupuesto.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA, LLAME A SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD.

TEMP 1591 (SP) (4/84)

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

****IMPORTANTE: POR FAVOR LEA ESTE AVISO****

REQUISITOS DEL PRESUPUESTO RETROSPECTIVO EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Este aviso es para informarle sobre el método para calcular el presupuesto para estampillas para comida, el cual se usa para determinar la cantidad de estampillas para comida que usted va a recibir cada mes.

La cantidad de estampillas para comida que usted recibe depende de la cantidad de sus ingresos y gastos, tales como su costo de vivienda, pagos por servicios públicos y municipales, y gastos médicos. La cantidad de sus ingresos y gastos por un mes dado será usada para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá dos meses después. Por ejemplo, sus ingresos y gastos de enero se usarán para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá en marzo. Este método para calcular el presupuesto se conoce como sistema de preparación retrospectiva del presupuesto.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA, LLAME A SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD.

TEMP 1591 (SP) (4/84)

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

****IMPORTANTE: POR FAVOR LEA ESTE AVISO****

REQUISITOS DEL PRESUPUESTO RETROSPECTIVO EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Este aviso es para informarle sobre el método para calcular el presupuesto para estampillas para comida, el cual se usa para determinar la cantidad de estampillas para comida que usted va a recibir cada mes.

La cantidad de estampillas para comida que usted recibe depende de la cantidad de sus ingresos y gastos, tales como su costo de vivienda, pagos por servicios públicos y municipales, y gastos médicos. La cantidad de sus ingresos y gastos por un mes dado será usada para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá dos meses después. Por ejemplo, sus ingresos y gastos de enero se usarán para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá en marzo. Este método para calcular el presupuesto se conoce como sistema de preparación retrospectiva del presupuesto.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA, LLAME A SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD.

TEMP 1591 (SP) (4/84)

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

****IMPORTANTE: POR FAVOR LEA ESTE AVISO****

REQUISITOS DEL PRESUPUESTO RETROSPECTIVO EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Este aviso es para informarle sobre el método para calcular el presupuesto para estampillas para comida, el cual se usa para determinar la cantidad de estampillas para comida que usted va a recibir cada mes.

La cantidad de estampillas para comida que usted recibe depende de la cantidad de sus ingresos y gastos, tales como su costo de vivienda, pagos por servicios públicos y municipales, y gastos médicos. La cantidad de sus ingresos y gastos por un mes dado será usada para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá dos meses después. Por ejemplo, sus ingresos y gastos de enero se usarán para calcular la cantidad de estampillas para comida que usted recibirá en marzo. Este método para calcular el presupuesto se conoce como sistema de preparación retrospectiva del presupuesto.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA, LLAME A SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD.

TEMP 1591 (SP) (4/84)

Tiểu Bang California
Bộ Y Tế và An Sinh

Nha Xã Hội

*** QUAN TRỌNG: XIN ĐỌC KỸ ***

PHƯƠNG PHÁP CHIẾT TÍNH TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM THEO NGUYÊN TẮC HỒI CỐ

Thông báo này nhằm cho ông/bà biết về phương pháp chiết tính trợ cấp phiếu thực phẩm được dùng để thẩm định số lượng trợ cấp ông/bà sẽ nhận mỗi tháng.

Số lượng trợ cấp phiếu thực phẩm ông/bà nhận tùy thuộc vào lợi tức của ông/bà và các chi phí như chi phí nhà cửa, điện, nước..., và y tế. Lợi tức và các chi phí của ông/bà trong một tháng sẽ được dùng để chiết tính số lượng trợ cấp phiếu thực phẩm ông/bà sẽ nhận 2 tháng sau. Thí dụ, lợi tức và các chi phí của tháng giêng sẽ được dùng để chiết tính số lượng trợ cấp phiếu thực phẩm ông/bà sẽ nhận trong tháng 3. Phương pháp chiết tính trợ cấp này được gọi là phương pháp hồi cố (retrospective).

XIN LIÊN LẠC VỚI THẨM ĐỊNH VIÊN CỦA ÔNG/BÀ NẾU CÓ THẮC MẮC.