STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5330

May 28, 1985

ALL-COUNTY LETTER NO. 85-58

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: PROVIDING NOTICE OF COST-OF-LIVING INCREASE IN AFDC, RCA/ECA

REFERENCE:

This letter transmits a mass change Recipient Information Notice which contains language that counties must use to notify recipients of a change in grant amounts due to a cost-of-living increase. This language must be used in order to comply with the Turner v. McMahon Consent Decree (All County Welfare Directors Letter of July 20, 1983).

The language in this notice is designed for this specific action. The portions of the notice language which may vary depending upon individual case or county circumstances are set in parentheses. Counties must retype the notice using specific information where parentheses are shown, e.g., in the third paragraph where (has/has not) is shown, counties must choose either has or has not and type the correct word. No other changes are permitted. The table included in the notice shows the current Maximum Aid Payment (MAP) amount, the new MAP amount and the specific amount of the increase.

The attached AFDC Standards of Assistance table is based on a COLA of 5.7 percent. The new figures are to be used effective July 1, 1985.

Copies of English, Spanish, Cambodian, Vietnamese, Chinese and Laotian translated notices are attached. If you have any questions concerning the translated versions of the notice, please contact the Language Services Unit at (916) 323-9562.

If you have any program questions, please contact Kay Poletti of the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 322-5330.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

GEN 654 (9/79)

AFDC STANDARDS OF ASSISTANCE

EFFECTIVE JULY 1, 1985

Number in Assistance Unit	Minimum Basic Standard of Adequate Care (MBSAC)	Maximum Aid Payment	185% of MBSAC	EVALUATION OF INCOME IN-KIND			
				Housing	Utilities	Food	Clothing
1	$ 288	$ 288	$ 533	$ 128	$ 29	$ 72	$ 23
2	$ 474	$ 474	$ 877	$ 174	$ 31	$154	$ 42
3	$ 587	$ 587	$1086	$ 190	$ 33	$197	$ 64
4	$ 698	$ 698	$1291	$ 201	$ 34	$242	$ 86
5	$ 796	$ 796	$1473	$ 201	$ 34	$293	$ 107
6	$ 895	$ 895	$1656	$ 201	$ 34	$340	$ 127
7	$ 982	$ 982	$1817	$ 201	$ 34	$379	$ 150
8	$1071	$1071	$1981	$ 201	$ 34	$415	$ 167
9	$1161	$1156	$2148	$ 201	$ 34	$455	$ 192
10	$1261	$1243	$2333	$ 201	$ 34	$493	$ 210
More than 10	$11 for each additional person	$1243		$ 201	$ 34	$493	$210
Reference	44-207.112	44-315.411	44-207.113	44-115.811			

County of Departm of Social Services

COST-OF-LIVING AID PAYMENT INCREASE

Your cash aid for (month), 1985, includes and will continue to include a 5.7 percent cost-of-living increase.

(This increase also applies to (month(s)). Those who got aid then will get an increase for that time as well. We will be mailing those checks out very soon.)

If there are other changes which affect your (month) aid payment, you have received a separate notice which (has/has not) included the new maximum aid payment.

Of course, the amount of your increase depends on your special case. Remember the size of your family determines the most you can get. See table below:

MAXIMUM AID PAYMENT (MAP)

Family Size	Old MAP	New MAP	Increase	Family Size	Old MAP	New MAP	Increase
1	$272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 or more	1,176	1,243	67

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker. If you think we made a mistake in computing your increase, you may ask for a hearing. You must do so within ninety days of the mailing date of this notice. To get a hearing, write:

or call our toll free number: 1-800-952-5253. If you are deaf, call TDD 1-800-952-8349.

ខណ្ឌ

ក្រសួងសង្គមកិច្ច

ការតម្លើងប្រាក់ជំនួយទៅតាមតម្លៃសេវា

ប្រាក់ជំនួយលោកអ្នកសំរាប់ខែ , 1985 មានតិតបន្ថែម នឹងតិតបន្ថែមតទៅទៀត ចំនួន ភាគរយដែលជាការតម្លើងតាមតម្លៃសេវា ។

(ការតម្លើងនេះសំរាប់ខែ ដើរ ។ អ្នកណាដែលបានទទួលជំនួយនៅពេលនោះ នឹងទទួលប្រាក់បន្ថែមសំរាប់ពេលនោះដែរ ។ ក្រសួងនឹងផ្ញើសែក (CHECKS) បន្ថែមនោះចេញទៅ ក្នុងពេលដំណាប់ ។

បើមានការដ្ឋាស់ប្តូរផ្សេងៗទៀតដែលនាំអោយប្រាក់ជំនួយលោកអ្នកខែ ប្រែប្រួល លោកអ្នកបានទទួលសេចក្ដីសំរេចដោយទ្យែកដែល (មាន / ត្មាន) តិតបន្ថែមតាមកំរិតជំនួយថ្មី ។

ដាការដម្ងតាទេដែលចំនួនប្រាក់តម្លើងយោងទៅតាមករណីនីមួយៗ ។ ចូរចាំថាប្រាក់ដែល លោកអ្នកអាចទទួលយោលទៅតាមចំនួនមនុស្សក្នុងក្រសារ ។ ចូរមើលតារាងខាងក្រោម ៖

កំរិតជំនួយថ្មី

MAXIMUM AID PAYMENT (MAP)

ចំនួនមនុស្ស ក្នុងក្រសារ	កំរិត ជំនួយចាស់	កំរិត ជំនួយថ្មី	តើនទ្យើង	ចំនួនមនុស្ស ក្នុងក្រសារ	កំរិត ជំនួយចាស់	កំរិត ជំនួយថ្មី	តើនទ្យើង
1	$ 272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 ឬលើស	1,176	1,243	67

បើលោកអ្នកមានសំនួរផ្សេងៗ ឬចង់បានពត៍មានបន្ថែមពីសេចក្ដីសំរេចនេះ សូមទាក់ទង នឹងវិរគីរលោកអ្នក ។ បើលោកអ្នកយល់ថាក្រសួងតិតប្រាក់តំទ្យើងអោយប្រចទ្យំ លោកអ្នកអាចសុំតវ៉ា សេចក្ដីបំភ្លឺបាន ។ លោកអ្នកត្រូវសុំតវ៉ាក្នុងរយៈ ៩០ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃប្ប៉ុស្ត ឡោះត្រាលើសេចក្ដីសំរេចនេះ ។ ដើម្បីសុំតវ៉ា សូមសរសេរទៅ ៖

ឬទូរស័ព្ទដោយតិតកិតិវិជ្ជ ៖ 1-800-952-5253

TDD 1-800-952-8349 (សំរាប់អ្នកថ្ងង)

CAMBODIAN

CONDADO DE DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

AUMENTO DE COSTO DE LA VIDA EN EL PAGO DE ASISTENCIA

Su asistencia monetaria para de 1985, incluye y continuará incluyendo el por ciento por aumento del costo de la vida.

(Este aumento también corresponde a . Esas personas que recibían asistencia en aquel tiempo recibirán un aumento para ese tiempo tambien. Enviaremos esos cheques dentro de poco.)

Si hay otros cambios que afecten su pago de asistencia para , ha recibido notificación por separado que [ ] ha/[ ] no ha incluido el nuevo pago máximo de asistencia.

Por supuesto, la cantidad de su aumento depende de su caso especial. Recuerde que el tamaño de su familia determina el máximo que puede recibir. Vea la tabla abajo:

PAGO MÁXIMO DE ASISTENCIA (MAP)

Tamaño de la Familia	MAP Antiguo	MAP Nuevo	Aumento	Tamaño de la Familia	MAP Antiguo	MAP Nuevo	Aumento
1	$ 272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 o más	1,176	1,243	67

Si tiene cualesquier preguntas o quiere más información respecto a esta acción, por favor comuníquese con su trabajador(a). Si cree que hicimos un error al calcular su aumento, puede solicitar una audiencia. Debe hacerlo dentro de los 90 días de la fecha en que se le envió este aviso. Para pedir una audiencia, escriba a:

o llame al número gratuito: 1-800-952-5253. Si es sordo(a), llame al TDD 1-800-952-8349.

Ty Xã Hội quận Nha Xã Hội

TĂNG TRỢ CẤP VÌ PHỤ CẤP ĐẮT ĐỎ

Trợ cấp tiền mặt của ông/bà trong tháng năm 1985, bao gồm và sẽ tiếp tục bao gồm phần trăm phụ cấp đắt đỏ.

(Phụ cấp này cũng áp dụng cho tháng . Người nhận trợ cấp trong thời gian đó cũng sẽ được phụ cấp cho thời gian đã nói. Chúng tôi sẽ gởi ngân phiếu phụ cấp đến ông/bà nay mai.)

Nếu có những thay đổi khác ảnh hưởng đến trợ cấp tháng của ông/bà, ông/bà đã nhận một thông báo riêng biệt và thông báo này ( ) đã/( ) đã không bao gồm trợ cấp tối đa mới.

Đương nhiên, khoản phụ cấp của ông/bà được tăng tùy theo trường hợp đặc biệt của ông/bà. Nhớ rằng số người trong gia đình sẽ ấn định số trợ cấp tối đa ông/bà có thể nhận. Xin xem bản chiết tính dưới đây:

TRỢ CẤP TỐI ĐA (MAP)

Số Người Trong Gia Đình	MAP Cũ	MAP Mới	Phụ Cấp	Số Người Trong Gia Đình	MAP Cũ	MAP Mới	Phụ Cấp
1	$ 272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 hoặc nhiều hơn	1,176	1,243	67

Nếu ông/bà có thắc mắc hoặc cần thêm chi tiết về biện pháp này, xin liên lạc với Thẩm Định Viên của mình. Ông/Bà có thể yêu cầu một buổi điều giải nếu nghĩ rằng chúng tôi đã chiết tính sai phụ cấp của ông/bà. Ông/Bà phải yêu cầu trong vòng 90 ngày kể từ ngày thông báo này được gởi đi. Để có buổi điều giải, xin gởi thư đến:

hoặc gọi số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253. Nếu ông/bà điếc, xin gọi số TDD 1-800-952-8349.

Vietnamese

ເດັດເມືອງ ກົມສົ່ງເສີມສົງເຄາະ

ເພີ່ມຄ່າຂອງການຢູ່ກິນ

ເງິນຊົດຂອງທ່ານໃນເດືອນ , 1985, ປະຈຸບັນແລະຕໍ່ໄປຈະຮວມມີຈຳນວນ ເປີເຊັນ ເພີ່ມຕົ້ນຂອງຄ່າການຢູ່ກິນ.
(ການເພີ່ມຕົ້ນນີ້ມີພ້ອມໃຫ້ເດືອນ . ທ່ານຜູ້ໃດໄດ້ຮັບເງິນສົງເຄາະໃນເດືອນໃດກໍຈະໄດ້ຮັບຄ່າເພີ່ມຕົ້ນຂອງເດືອນນັ້ນພ້ອມ. ໃບເຊັກຈະໄດ້ຖືກຈັດສົ່ງໃຫ້ທ່ານທັນທີ.)
ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃດໃນເງິນສົງເຄາະຂອງທ່ານຂອງເດືອນ . ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບລາຍງານ ໃບ ປ້ຳ ທີ ມ/ບ່ມ ພ້ອມຄ່າຈ່າຍສູງສຸດຂອງເງິນສົງເຄາະ.
ຕາມທັມມະດາ, ຈຳນວນຄ່າເພີ່ມຕົ້ນຂອງທ່ານຈະອີງຕາມ ແຕ່ລະກ່ຽວກັບ ພ້ເສດຂອງທ່ານ. ໃຫ້ເຂົ້າໃຈໄວ້ວ່າ, ຈຳນວນຫົວຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຈຳກັດ ເງິນສ່ວນຫຼາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.
ເບິ່ງຕາຕະລາງທັງລຸ່ມ :

ຄ່າຈ່າຍເງິນສົງເຄາະສູງສຸດ (MAP)

ຫົວຄົນໃນຄອບຄົວ	MAP ເກົ່າ	MAP ໃໝ່	ເພີ່ມຕົ້ນ	ຫົວຄົນໃນຄອບຄົວ	MAP ເກົ່າ	MAP ໃໝ່	ເພີ່ມຕົ້ນ
1	$ 272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 ຫຼືຕ່ຳກວ່າໄປ	1,176	1,243	67

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຢາກຮູ້ຕື່ມ ກ່ຽວກັບ ລາຍການນີ້. ໃຫ້ຕິດຕໍ່ນຳເພະນັກງານ ຄຸ້ມຄັນຊູ້ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ມີຄວາມຜິດພາດໃນການໃສ່ເງິນ ເພີ່ມຕົ້ນໃຫ້ທ່ານ, ທ່ານສະມາດ ເວົ້າ ຂໍ້ການ ຮ້ອງຟ້ອງ. ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດໃນເວລາ 90 ມື້ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບໃບລາຍງານ. ຢາກເວົ້າ ຂໍ້ການ ຮ້ອງຟ້ອງ ນີ້, ຂຽນເຖິງ :

ຫຼື ໂທ ຟຣີ ນຳເບີ : 1-800-952-5253. ຖ້າທ່ານເປັນຄົນ ຫູໜວກ ໂທ TDD 1-800-952-8349

LAO

郡名　　社會服務處

生活費補助款增額事宜

自 1985 年_____月起，你的現金補助將包含百分之_____的生活費增加額，以後也會有同樣的增加額。

（這項增加額也適用於_____月份。在那些月份中得到補助者，也會得到增加額。本辦事處會儘快寄出那些月份的增額支票。）

假如有影響你_____月份補助款的變更事項，你應該已經收到一份包括/尚未包括新近最高補助款的通知。

當然，你所得到的增加額，視你自己的特殊個案而定。請記住，你家庭人口的多寡，決定你能得到多少補助。請參考下列對照表：

最高補助款（簡稱 MAP）

家中人口	舊的最高補助款	新的最高補助款	增加	家中人口	舊的最高補助款	新的最高補助款	增加
1	$ 272	288	16	6	$ 847	895	48
2	448	474	26	7	929	982	53
3	555	587	32	8	1,013	1,071	58
4	660	698	38	9	1,094	1,156	62
5	753	796	43	10 或以上	1,176	1,243	67

假如你對這項決定有問題或是需要更多的資料，請與你的工作員連絡。假如你認為我們算錯你的增加額，你可以請求聽証。你必須在此份通知寄發日期九十(90)天之內申請。要求聽証時，請寫信到：

或是撥對方付費號碼：1-800-952-5253.　假如你耳聾，請撥聾者專用電話：1-800-952-8349.

Cost-of-Living Aid Payment Increase - Chinese