STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 445-6907

June 12, 1985

ALL-COUNTY LETTER NO. 85-65

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

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

Attached is the stuffer language required by Manual of Policies and Procedures (MPP) Section 63-504.392 to inform food stamp recipients of the Aid to Families with Dependent Children (AFDC), Refugee Cash Assistance (RCA) and Entrant Cash Assistance (ECA) and Refugee Demonstration Project (RDP) Cost-of-Living Adjustment (COLA) increase which will be effective July 1, 1985. Counties which choose to use the mass change notice may do so. Those counties who prefer to issue an individual notice may do so.

The County Welfare Department (CWD) shall reflect the change in the food stamp allotment in the same time period that the COLA is reflected in the AFDC, RCA, ECA or RDP grant unless the CWD has not had 30 days advance knowledge of the amount of the COLA adjustment as specified in MPP Section 63-504.392(a). Notification of the amount of the COLA adjustment was issued in All-County Letter No. 85-58 dated May 28, 1985. Those CWDs which have not had 30 days advance knowledge of the adjustment shall reflect the change in the food stamp allotment effective not later than the month following the month in which the AFDC, RCA, ECA or RDP grant change was made.

Any portion of the AFDC, RCA, ECA or RDP grant which represents a retroactive lump-sum payment shall be treated as a resource, not income, when computing food stamp benefits per MPP 63-502.2(h).

CWDs must retype the attached stuffer notice using county-specific information as shown:

1) Upper right corner - (Effective_____)

   Enter the month in which the COLA is reflected in the food stamp allotment, i.e., August, for the CWDs which reflect the COLA in the August allotment.

2) Third paragraph - (has/has not)

   Choose either has or has not according to the method selected to notify households of other changes.

3) Fourth paragraph - ( )

Enter the county-specific address for receipt of written state hearing requests.

No other modifications are permitted.

Also attached are the approved Spanish, Chinese and Vietnamese language notices for your use. Counties are instructed to print their own supplies as necessary. 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.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

Effective _____

NOTICE TO ALL FOOD STAMP RECIPIENTS
RECEIVING CASH ASSISTANCE
(July 1, 1985 Cost-of-Living Aid Payment Increase)

If you receive AFDC, Refugee Cash Assistance, or Entrant Cash Assistance, you received a cost-of-living increase in your grant. This increase in your grant may have reduced your food stamp benefits. This action is required by Manual of Policies and Procedures (MPP) Section 63-503.392.

If you have had no other changes in your food stamp case, your food stamp benefits will be reduced by no more than the amount listed below:

Household Size	Maximum Reduction
1	$ 7
2	11
3	14
4	15
5	17
6	19
7	22
8	24
9	25
10	27

If you have had other changes in your food stamp case, you have received a separate notice which (has/has not) included this reduction.

You have the right to request a state hearing and decision before the State Department of Social Services regarding the county's action on your food stamps. Your request may be written or verbal, but it must state that you want a hearing and why you are dissatisfied. Your request for a state hearing must be made within 90 days of the mailing date of this notice. If you wish to make a request for a state hearing, write to:

You may also request a hearing by calling the following numbers:

Toll Free Number: (800) 952-5253*
For the Deaf Only: TDD (800) 952-8349*

* You may have to dial "1" first.

If your food stamps are reduced and you ask for a hearing within 10 days of the effective date of this notice, your food stamp benefits may continue unchanged until you receive your hearing decision or until the end of your current certification period, whichever comes first. However, if you request a state hearing and your benefits continue unchanged, the county can recover as an overpayment the value of the food stamps the hearing decision finds you were not eligible for.

Kể từ ngày _____

THÔNG BÁO CHO NHỮNG NGƯỜI NHẬN TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM

ĐANG NHẬN TRỢ CẤP TIỀN MẶT

(Trợ Cấp Được Tăng Kể Từ Ngày 1 Tháng 7 Năm 1985 - Phụ Cấp Đất Đỏ)

Nếu ông/bà đang nhận Trợ Cấp AFDC, Trợ Cấp Tiền Mặt Dành Cho Người Tỵ Nạn, hoặc Trợ Cấp Tiền Mặt Dành Cho Người Nhập Cảnh, ông/bà đã nhận phụ cấp đất đỏ trong trợ cấp của ông/bà. Việc tăng trợ cấp này có thể làm giảm Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà. Biện pháp này được áp dụng chiếu theo cuốn Cẩm Nang về Chính Sách và Nguyên Tắc (MPP) Điều 63-503.392.

Nếu hồ sơ nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà không có những thay đổi khác, số Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà sẽ bị giảm xuống không quá số lượng liệt kê dưới đây:

Số Người Trong Gia Đình	Số Lượng Trợ Cấp Tối Đa Bị Giảm
1	$ 7
2	11
3	14
4	15
5	17
6	19
7	22
8	24
9	25
10	27

Nếu hồ sơ nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà có những thay đổi khác, ông/bà đã nhận một thông báo riêng biệt và thông báo này ( ) đã/( ) đã không trình bày việc trợ cấp bị giảm này.

Ông/Bà có quyền yêu cầu một buổi điều giải và nhận quyết định từ Nha Xã Hội về biện pháp của Ty Xã Hội đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà. Ông/Bà có thể yêu cầu buổi điều giải bằng cách viết thư hoặc gọi điện thoại, nhưng phải nói rõ là ông/bà muốn một buổi điều giải và lý do tại sao ông/bà không đồng ý với biện pháp Ty đã áp dụng. Ông/Bà phải yêu cầu buổi điều giải trong vòng 90 ngày kể từ ngày thông báo này được gởi đi. Nếu ông/bà muốn yêu cầu buổi điều giai, xin gởi thư đến:

Ông/Bà cũng có thể yêu cầu buổi điều giải bằng cách gọi những số điện thoại sau:

Số Miễn Phí: (800) 952-5253 *
Số Dành Riêng Cho Người Điếc: TDD (800) 952-8349 *
* Ông/Bà có thể phải quay số "1" trước.

Nếu Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà bị giảm và ông/bà yêu cầu buổi điều giải trong vòng 10 ngày kể từ ngày thông báo này được gởi đi, thì ông/bà có thể vẫn được tiếp tục nhận số lượng trợ cấp như cũ cho đến khi nhận bản quyết định của buổi điều giải hoặc cho đến khi thời hạn hội đủ điều kiện của ông/bà chấm dứt, tùy theo điều nào xảy ra trước. Tuy nhiên, nếu ông/bà yêu cầu buổi điều giải và trợ cấp của ông/bà tiếp tục không thay đổi, thì Ty Xã Hội có quyền đòi lại trợ cấp nếu quyết định của buổi điều giải xử rằng ông/bà đã không hội đủ điều kiện.

生效日期 _____

領取糧食券並接受
現款補助者通知書

(1985年7月1日生活費補助款項增加事宜)

假如你領取貧困子女家庭補助(AFDC)、難民現款補助、或是入境人現款補助的話,你就收到生活費增額調整。因為這項增額,可能你的糧食券福利配額會減少。此項行動是依照政策條例法規第63-503.392條辦理。

假如你糧食券項目中沒有其他的變更,你的糧食券福利扣減額不會超過下面所列的金額:

家庭人口	最高扣減額
1	$ 7
2	11
3	14
4	15
5	17
6	19
7	22
8	24
9	25
10	27

假如你糧食券項目中有其他的變更,你應已收到另外一份(　)包括/(　)不包括這份扣減額的通知。

有關郡辦事處對你糧食券福利所要採取的行動,你有權向州政府社會服務處要求州聽証與決定。你可以用書面或是口頭請求,但是你必須說明你需要聽証與你不滿意的理由。你必須在收到此份通知上的日期90天之內,要求州政府聽証。假如你想要求州聽証,請寫信到:

你也可以撥下列的電話要求聽証:

對方付費號碼: (800) 952-5253*

聾者專用號碼: TDD (800) 952-8349*

* 你可能需要先撥"1".

假如你的糧食券福利減少,而你在本通知書上的日期10天之內請求聽証,你的糧食券福利可能會持續不變,一直等到你得到聽証決定,或是你目前証明期間到期日為止,不論那一個先。可是,假如你請求聽証而你的福利持續不變,郡辦事處可以將聽証判決你不應該領取的糧食券福利視為超額支付款,而收回這筆金額。

A partir de _____

NOTIFICACIÓN A TODOS LOS RECIPIENTES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA
QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA

(Aumento del Pago de Asistencia por Costo de la Vida del 1 de julio de 1985)

Si usted recibe AFDC, Asistencia Monetaria para Refugiados, o Asistencia Monetaria para Entrantes, usted recibió un aumento por el costo de la vida en su pago mensual. Este aumento en su pago mensual puede haber reducido sus beneficios de estampillas para comida. La Sección 63-503.392 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) requiere esta acción.

Si no ha habido ningún otro cambio en su caso de estampillas para comida, sus beneficios de estampillas para comida serán reducidos en una cantidad no mayor que la cantidad que se muestra enseguida:

Miembros del Hogar	Reducción Máxima
1	$ 7
2	11
3	14
4	15
5	17
6	19
7	22
8	24
9	25
10	27

Si ha tenido otros cambios en su caso de estampillas para comida, usted ha recibido una notificación aparte que [] ha/[] no ha incluido esta reducción.

Usted tiene derecho a pedir una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales del Estado, y a una decisión respecto a la acción del condado sobre sus estampillas para comida. Su petición puede ser hecha oralmente o por escrito, pero debe decir claramente que quiere una audiencia y la razón por la cual no está satisfecho. Su petición para una audiencia tiene que ser hecha a más tardar 90 días de la fecha de correo de esta notificación. Si desea hacer una petición para una audiencia con el estado, escriba a:

También puede pedir una audiencia llamando a los siguientes números telefónicos:

Número gratuito: (800) 952-5253*
Para personas sordas únicamente: TDD (800) 952-8349*
*Posiblemente tenga que marcar el número "1" primero.

Si se le reducen sus estampillas para comida y usted pide una audiencia a más tardar 10 días de la fecha de correo de este aviso, posiblemente sus beneficios de estampillas para comida puedan continuar sin ser cambiados hasta que usted reciba la decisión de su audiencia o hasta el final de su período actual de certificación, lo que ocurra primero. Sin embargo, si pide una audiencia con el estado y sus beneficios continúan sin cambiar, el condado puede recuperar, en calidad de pago excesivo, el valor de las estampillas para comida que la decisión de la audiencia establezca que usted no tenía derecho a recibir.