STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

July 19, 1988

ALL COUNTY LETTER NO. 88-84

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: COST OF LIVING INCREASE IN AFDC, RCA, ECA, RDP, AND RESULTING DECREASE IN FOOD STAMPS

REFERENCE: ACL 88-58

All County Letter 88-58 (June 9, 1988) transmitted instructions and two mass change Recipient Informing Notices containing language that counties must use to notify AFDC, RCA, ECA, RDP, and Food Stamp recipients of a change in benefit amounts due to a cost-of-living (COLA) increase. The COLA percentage increase was not available at that time, but was subsequently approved and is 4.7 percent, effective July 1, 1988.

The two mass change notices sent with ACL 88-58 have been revised to show the Food Stamp decrease for household sizes one through ten. (The notices transmitted in ACL 88-58 showed the decrease in Food Stamps for household sizes from one through fifteen. These notices can be discarded.) Revised versions of the notices are attached.

The following describes how to treat the AFDC COLA supplements issued to Food Stamp recipients:

> If the County Welfare Department (CWD) sends a COLA supplemental payment in the month of July for the month of July, but did not prospectively budget the supplemental payment, then in accordance with Manual Section (M.S.) 63-503.232(c)(4) the CWD must retrospectively budget the July supplement in September. The July supplemental payment will be retrospectively budgeted and counted along with the September Food Stamp allotment.
>
> However, if the July supplement is not sent until August it is a retroactive lump sum payment for Food Stamp purposes and is counted as a resource in the month of August (M.S. 63-502.2(i)).

Attached are the following:

- Retroactive notices in English, and the translated versions, with the old and new MAP amounts and the corresponding decrease for Food Stamp allotments printed on the notices,

- AFDC Standards of Assistance table based on the 4.7 percent COLA,

- Two sets of notices without the COLA percentage or MAP amounts to be retained as masters. The first set includes English and Spanish versions of the concurrent cash aid notice; the second set includes English and Spanish versions of the retroactive notice.

Translated versions in other languages will be sent under separate cover.

If you have any program questions, please contact Judy Moore (AFDC) or Michiyo Laing (Food Stamps) of the AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 322-5330. Questions concerning translated notices should be directed to the Language Services Unit at (916) 323-9562.

for ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

Estimates Branch

COLA: 4.7%

A F D C P A Y M E N T S T A N D A R D S

Effective July 1, 1988

ASSISTANCE UNIT SIZE	MAXIMUM AID PAYMENT	MBSAC	185% OF MBSAC	IN-KIND INCOME				80 % of MAP
				HOUSING	UTILITIES	FOOD	CLOTHING	
1	326	326	603	146	32	82	26	261
2	535	535	990	197	36	174	47	428
3	663	663	1227	215	38	222	72	530
4	788	788	1458	226	39	273	96	630
5	899	899	1663	226	39	331	120	719
6	1010	1010	1869	226	39	383	142	808
7	1109	1109	2052	226	39	427	170	887
8	1209	1209	2237	226	39	468	190	967
9	1306	1311	2425	226	39	513	217	1045
10	1403	1423	2633	226	39	556	238	1122
More than 10	1403	+13 for each additional person						
Reference	44-315.411	44-207.112	44-207.113	44-115.811				44-402.1

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CASH AID CHANGE

As of _____ , the Maximum Aid Payment (MAP) is increased by _____ percent. For the most your cash aid change could be, see the MAP table on this page.

Cash Aid MAP Table

Persons on Aid	Old MAP	New MAP	Change
1	$	$	$
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10 or more			

FOOD STAMP CHANGE

As of _____ , the MAP for those on cash aid is increased. This change in your cash aid may lower your food stamps.

See the food stamp table on this page. Due to this change, the most you could lose is based on your household size.

Food Stamp Table

Household Size	The Most You Could Lose
1	$
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For A Hearing

If you think we were wrong in figuring your change, you can ask for a State Hearing within 90 days. The 90 days started the day after we mailed this notice. The best way to ask for a State Hearing is to write to:

or call:

toll free 1-800-952-5253

OR

deaf and use TDD 1-800-952-8349

To Keep Your Same Food Stamp Benefits Until The Hearing

You must ask for a hearing within 10 days of this notice, unless you tell us you want the lower amount.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra benefits you got.

→ If there are any other changes in your case, you will get another notice.

→ If you have questions or need more facts, ask your worker.

→ These rules apply; you may see them at your welfare office: Manual of Policies and Procedures 44-315.41 and 63-504.392.

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

RETROACTIVE CASH AID CHANGE

As of _____, the Maximum Aid Payment (MAP) was increased by _____ percent. For the most your cash aid change could be, see the MAP table on this page.

Your cash aid for _____ includes the MAP change. You will get a check for any back aid that we owe you.

Cash Aid MAP Table

Persons on Aid	Old MAP	New MAP	Change
1	$	$	$
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10 or more			

FOOD STAMP CHANGE

As of _____, the MAP for those on cash aid was increased. This change in your cash aid may lower your food stamps.

See the food stamp table on this page. Due to this change, the most you could lose is based on your household size.

Food Stamp Table

Household Size	The Most You Could Lose
1	$
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For A Hearing

If you think we were wrong in figuring your change, you can ask for a State Hearing within 90 days. The 90 days started the day after we mailed this notice. The best way to ask for a State Hearing is to write to:

or call:

toll free 1-800-952-5253

OR

deaf and use TDD 1-800-952-8349

To Keep Your Same Food Stamp Benefits Until The Hearing

You must ask for a hearing within 10 days of this notice, unless you tell us you want the lower amount.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra benefits you got.

→ If there are any other changes in your case, you will get another notice.

→ If you have questions or need more facts, ask your worker.

→ These rules apply; you may see them at your welfare office: Manual of Policies and Procedures 44-315.41 and 63-504.392.

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

RETROACTIVE CASH AID CHANGE

As of July 1, 1988, the Maximum Aid Payment (MAP) was increased by 4.7 percent. For the most your cash aid change could be, see the MAP table on this page.

Your cash aid for _____ includes the MAP change. You will get a check for any back aid that we owe you.

Cash Aid MAP Table

Persons on Aid	Old MAP	New MAP	Change
1	$ 311	$ 326	$15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10 or more	1340	1403	63

FOOD STAMP CHANGE

As of July 1, 1988, the MAP for those on cash aid was increased. This change in your cash aid may lower your food stamps.

See the food stamp table on this page. Due to this change, the most you could lose is based on your household size.

Food Stamp Table

Household Size	The Most You Could Lose
1	$ 7
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For A Hearing

If you think we were wrong in figuring your change, you can ask for a State Hearing within 90 days. The 90 days started the day after we mailed this notice. The best way to ask for a State Hearing is to write to:

or call:

toll free 1-800-952-5253

OR

deaf and use TDD 1-800-952-8349

To Keep Your Same Food Stamp Benefits Until The Hearing

You must ask for a hearing within 10 days of this notice, unless you tell us you want the lower amount.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra benefits you got.

→ If there are any other changes in your case, you will get another notice.

→ If you have questions or need more facts, ask your worker.

→ These rules apply; you may see them at your welfare office: Manual of Policies and Procedures 44-315.41 and 63-504.392.

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

CAMBIO EN LA ASISTENCIA MONETARIA

A partir de_____, el Pago Máximo de Asistencia (MAP) será aumentado en un_____ por ciento. Para saber cuánto sería el máximo en el cambio de su asistencia monetaria, vea la tabla del MAP en esta página.

Tabla del MAP Para Asistencia Monetaria

Personas que reciben asistencia	MAP Anterior	MAP Nuevo	Cambio
1	$	$	$
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10 o más			

CAMBIO EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

A partir de _____, aumentará el MAP para las personas que reciben asistencia monetaria. Este cambio en su asistencia monetaria posiblemente cause una reducción en sus estampillas para comida.

Vea la tabla para estampillas para comida en esta página. Lo más que podría perder, debido a este cambio, se basa en el tamaño de su hogar.

Tabla para Estampillas para Comida

Tamaño del Hogar	Lo más que podría perder
1	$
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para Pedir una Audiencia

Si cree que estamos equivocados en el cálculo de su cambio, puede pedir una audiencia con el Estado en un término de 90 días. Los 90 días comenzaron al día siguiente en que le enviamos esta notificación. La mejor manera de solicitar una audiencia es escribiendo a:

o llame gratuitamente al: 1-800-952-5253

o para sordos TDD: 1-800-952-8349

Para Conservar sus Mismos Beneficios de Estampillas para Comida Hasta que se Lleve a Cabo la Audiencia

Debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días siguientes a la fecha de esta notificación, a menos que usted nos diga que quiere la cantidad menor.

Si la decisión de la audiencia establece que nosotros estamos en lo correcto, usted nos deberá los beneficios extra que recibió.

→ Si surjen otros cambios en su caso, recibirá otra notificación.

→ Si tiene preguntas o necesita más información, pregunte a su trabajador.

→ Estos ordenamientos aplican; puede consultarlos en su oficina de bienestar: Secciones 44-315.41 y 63-504.392 del Manual de Prácticas y Procedimientos.

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

CAMBIO RETROACTIVO EN LA ASISTENCIA MONETARIA

A partir de_____, el Pago Máximo de Asistencia (MAP) fue aumentado en un_____ por ciento. Para saber cuánto sería el máximo en el cambio de su asistencia monetaria, vea la tabla del MAP en esta página.

Su asistencia monetaria para _____ incluye el cambio en el MAP. Usted recibirá un cheque cubriendo cualquier asistencia retroactiva que le debamos.

Tabla del MAP Para Asistencia Monetaria

Personas que reciben asistencia	MAP Anterior	MAP Nuevo	Cambio
1	$	$	$
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10 o más			

CAMBIO EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

A partir de_____, aumentó el MAP para las personas que reciben asistencia monetaria. Este cambio en su asistencia monetaria posiblemente cause una reducción en sus estampillas para comida.

Vea la tabla para estampillas para comida en esta página. Lo más que podría perder, debido a este cambio, se basa en el tamaño de su hogar.

Tabla para Estampillas para Comida

Tamaño del Hogar	Lo más que podría perder
1	$
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para Pedir una Audiencia

Si cree que estamos equivocados en el cálculo de su cambio, puede pedir una audiencia con el Estado en un término de 90 días. Los 90 días comenzaron al día siguiente en que le enviamos esta notificación. La mejor manera de solicitar una audiencia es escribiendo a:

o llame gratuitamente al: 1-800-952-5253

o para sordos TDD: 1-800-952-8349

Para Conservar sus Mismos Beneficios de Estampillas para Comida Hasta que se Lleve a Cabo la Audiencia

Debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días siguientes a la fecha de esta notificación, a menos que usted nos diga que quiere la cantidad menor.

Si la decisión de la audiencia establece que nosotros estamos en lo correcto, usted nos deberá los beneficios extra que recibió.

→ Si surjen otros cambios en su caso, recibirá otra notificación.

→ Si tiene preguntas o necesita más información, pregunte a su trabajador.

→ Estos ordenamientos aplican; puede consultarlos en su oficina de bienestar: Secciones 44-315.41 y 63-504.392 del Manual de Prácticas y Procedimientos.

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

CAMBIO RETROACTIVO EN LA ASISTENCIA MONETARIA

A partir del 1° de julio de 1988, el Pago Máximo de Asistencia (MAP) fue aumentado en un 4.7 por ciento. Para saber cuánto sería el máximo en el cambio de su asistencia monetaria, vea la tabla del MAP en esta página.

Su asistencia monetaria para _____ incluye el cambio en el MAP. Usted recibirá un cheque cubriendo cualquier asistencia retroactiva que le debamos.

Tabla del MAP Para Asistencia Monetaria

Personas que reciben asistencia	MAP Anterior	MAP Nuevo	Cambio
1	$ 311	$ 326	$ 15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10 o más	1340	1403	63

CAMBIO EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

A partir del 1° de julio de 1988, aumentó el MAP para las personas que reciben asistencia monetaria. Este cambio en su asistencia monetaria posiblemente cause una reducción en sus estampillas para comida.

Vea la tabla para estampillas para comida en esta página. Lo más que podría perder, debido a este cambio, se basa en el tamaño de su hogar.

Tabla para Estampillas para Comida

Tamaño del Hogar	Lo más que podría perder
1	$ 7
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para Pedir una Audiencia

Si cree que estamos equivocados en el cálculo de su cambio, puede pedir una audiencia con el Estado en un término de 90 días. Los 90 días comenzaron al día siguiente en que le enviamos esta notificación. La mejor manera de solicitar una audiencia es escribiendo a:

o llame gratuitamente al: 1-800-952-5253

o para sordos TDD: 1-800-952-8349

Para Conservar sus Mismos Beneficios de Estampillas para Comida Hasta que se Lleve a Cabo la Audiencia

Debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días siguientes a la fecha de esta notificación, a menos que usted nos diga que quiere la cantidad menor.

Si la decisión de la audiencia establece que nosotros estamos en lo correcto, usted nos deberá los beneficios extra que recibió.

→ Si surjen otros cambios en su caso, recibirá otra notificación.

→ Si tiene preguntas o necesita más información, pregunte a su trabajador.

→ Estos ordenamientos aplican; puede consultarlos en su oficina de bienestar: Secciones 44-315.41 y 63-504.392 del Manual de Prácticas y Procedimientos.

郡政府

加州健康福利部
社會服務處

追溯現金補助變更

自 1988年7月1日 起,最高補助付款(MAP)增加了百分之 4.7 。有關你現金補助最多的變更情形請查看這一頁上的MAP表。

你 _____ 的現金補助包括了MAP改變。你將收到一張我們欠你的償還補助的支票。

現金補助MAP表

領取補助的人	以前的MAP	新的MAP	改變
1	$ 311	$ 326	$ 15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10或者更多	1340	1403	63

糧食券變更

自 1988年7月1日 起,領取現金補助人的MAP增加了。你現金補助的改變會減少你的糧食券。

請查看這一頁上的糧食券表。由於這個改變,你最多會失去的是基於你的家庭人口。

糧食券表

家庭人口	最多你會失去的
1	$ 7
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

你的聽証權利

請求聽証

假如你認為我們在計算你的改變時有錯誤的話,你可以在90天內請求州聽証。90天開始於我們寄出通知後的那一天。請求州聽証最好的方式是寫信給:

或者打電話給:

對方付費號碼 1-800-952-5253

或者

聾者專用聾者電話號碼 1-800-952-8349

直到聽証以前你的糧食券福利保持不變

你必須在這張通知的10天以內請求聽証,除非你告訴我們你要較低的金額。

假如聽証決定說明我們是對的話,你將欠我們你得到的任何額外福利。

→ 假如在你的案件中有任何其他改變的話,你將得到另一份通知。

→ 假如你有問題或需要更多資料的話,可以問你的工作員。

→ 這些條例適用;你可以在你的福利所查詢這些條例:政策條例手冊第44-315.91和63-504.392條。

Temp NA 1A- Chinese (7/88)

ຫົວໜ່ວຍກິນຂອງ

ວັນທີ ເດືອນ ປີ
ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການ
ການ ... ຄ່ານ

ມີການປ່ຽນແປງໃນເງິນຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນຫລັງ

ເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 1-7-88 ເປັນຕົ້ນໄປ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ (Maximum Aid Payment (MAP)) ທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 4.7 ເປີເซັນ. ການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຂ່ອນຂ້າງຫລາຍຫລືນ້ອຍໄດ້ເລີ່ມ. ຕາຕະລາງ MAP ປາກົດໃນຫນ້ານີ້.

ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານສຳລັບເດືອນ _____ ລວມເອົາການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບເງິນ MAP. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນໃບເປົ້າສຳລັບເງິນຊ່ວຍ ເຫລືອ ພ້ອມທັງຄ່າຂ້ອນຂ້ຽວ ຫລືຫລຸດ ຂ້ອນ ... ຫລືບໍ່ ... ທ່ານ.

ຕາຕະລາງ MAP ທີ່ກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫລືອ

ຈຳນວນຄົນທີ່ຢູ່ໃນ ຄອບຄົວ	MAP ເກົ່າ	MAP ໃຫມ່	ການປ່ຽນແປງ
1	$311	$326	$15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10	1340	1403	63
ຫຼືຫຼາຍກວ່າ			

ມີການປ່ຽນແປງໃນບັດຊື້ອາຫານ

ເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 1-7-88 ເປັນຕົ້ນໄປ, ເງິນ MAP ສຳລັບຫລາຍຄົນທີ່ຫລຸດ ... ເງິນ ... ທ່ານ ... ຂອງ ... ທ່ານ ... ບັດ ... ຂອງ ... ທ່ານ.

ຈົ່ງເບິ່ງຕາຕະລາງທີ່ກ່ຽວກັບບັດຊື້ອາຫານຫນ້າໃນຫນ້ານີ້. ກ່ຽວກັບການ ປ່ຽນ ... ທ່ານ ... ບັດ ... ທ່ານ ... ຄອບ ... ທ່ານ (ຈຳນວນ ... ຄອບ ... ຂອງ ... ທ່ານ).

ຕາຕະລາງທີ່ກ່ຽວກັບບັດຊື້ອາຫານ

ຂະນາດຂອງຄອບຄົວ	ຈຳນວນບາດທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍ
1	$07
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

ສິດທິຂອງທ່ານໃນການຂໍຄວາມເປັນທັນ

ເພື່ອຮັບຄຳຂໍ້ຄວາມເປັນທັນ

ຖ້າຫລາກທ່ານເຫັນວ່າ ... ທ່ານ ... ການ ... ຂອງ ... ທ່ານ ... ທ່ານ ... ຄວາມ ... ທ່ານ ... ຄວາມ ... ທ່ານ ... ວັນ. ... ວັນ ... ວັນ ... ທ່ານ. ... ຂອງ ... ວັນ ... ທ່ານ ... ທ່ານ ... ດ້ານ ... ທ່ານ:

ຫລືໂທຫາ:

ເວທີ ... ທ່ານ	1-800-952-5253
ຫລື	
ຄົນ ... ແລະ ... TDD	1-800-952-8349

ເພື່ອ ... ຄ່ານ ... ທ່ານ ... ການ ... ທ່ານ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] July 1, 1988 [illegible] (Maximum Aid Payment [illegible] MAP) [illegible] 4.7 [illegible] (MAP) [illegible]

[illegible] ________

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	$311	$ 326	$15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10	1340	1403	63
[illegible]			

[illegible]

[illegible]

[illegible] July 1, 1988 [illegible] (MAP) [illegible]

[illegible]	[illegible]
1	$ 7
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]:

[illegible] 1-800-952-5253

[illegible]

[illegible] TDD 1-800-952-8349

[illegible]

[illegible]

[illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible] (Welfare) [illegible] 44-315.41 [illegible] 63-504.392.

TY XÃ HỘI QUẬN

Tiểu Bang California
Bộ Y Tế Và An Sinh
Nha Xã Hội

THAY ĐỔI VỀ TRỢ CẤP TIỀN MẶT CẤP HỒI TỐ

Kể từ ngày 1-7-1988, mức Trợ Cấp Tối Đa Có Thể Được Nhận (MAP) đã được tăng lên 4.7 phần trăm. Để biết sự thay đổi mức trợ cấp tối đa của quý vị là bao nhiêu, xin quý vị xem trong bản kê MAP ở trang này

Trợ cấp tiền mặt của quý vị cho _____ gồm cả phần thay đổi về mức Trợ Cấp Tối Đa Có Thể Được Nhận (MAP). Quý vị sẽ nhận được một ngân phiếu về bất cứ khoản trợ cấp nào mà chúng tôi còn thiếu lại quý vị trong quá khứ.

Bản Kê Trợ Cấp Tiền Mặt Tối Đa Có Thể Được Nhận

Số Người Nhận Trợ Cấp	Bản Kê MAP Cũ	Bản Kê MAP Mới	Sự Thay Đổi
1	$ 311	$ 326	$ 15
2	511	535	24
3	633	663	30
4	753	788	35
5	859	899	40
6	965	1010	45
7	1059	1109	50
8	1155	1209	54
9	1247	1306	59
10 hay nhiều hơn	1340	1403	63

THAY ĐỔI VỀ TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM

Kể từ 1-7-1988, mức Trợ Cấp Tối Đa Có Thể Được Nhận đối với người đang nhận trợ cấp tiền mặt đã được tăng lên. Sự thay đổi mức trợ cấp tiền mặt của quý vị có thể làm giảm bớt trợ cấp phiếu thực phẩm.

Xin xem bản kê về trợ cấp phiếu thực phẩm trên trang này. Do sự thay đổi này, mức tối đa mà quý vị có thể bị mất đi được căn cứ trên số người trong hộ.

Bản Kê Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm

Số người trong hộ	Mức tối đa trợ cấp của quý vị có thể bị mất đi
1	$ 7
2	11
3	13
4	16
5	18
6	21
7	22
8	25
9	27
10	28

NHỮNG QUYỀN CỦA QUÝ VỊ VỀ BUỔI ĐIỀU GIẢI

Để Yêu Cầu Một Buổi Điều Giải

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai trong việc chiết tính về sự thay đổi trợ cấp của quý vị, quý vị có thể yêu cầu có một buổi điều giải trong vòng 90 ngày. Thời hạn 90 ngày được khởi tính kể từ ngày kế tiếp sau khi chúng tôi gởi thông báo này. Cách tốt nhất để yêu cầu một buổi điều giải là viết thư cho:

hoặc gọi điện thoại:

số miễn phí 1-800-952-5253

HOẶC

số dành cho người điếc 1-800-952-8349

Để Giữ Nguyên Mức Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm Của Quý Vị Cho Đến Khi Có Buổi Điều Giải

Quý Vị phải yêu cầu một buổi điều giải trong vòng 10 ngà kể từ ngày ghi trong thông báo này, ngoại trừ khi quý vị cho chúng tôi biết là quý vị muốn nhận số tiền thấp hơn.

Nếu quyết định của buổi điều giải cho rằng chúng tôi xé đúng, quý vị sẽ thiếu nộ chúng tôi những khoản trợ cấp (nhận lố.

▶Nếu có những sự thay đổi nào khác trong hồ sơ của quý vị quý vị sẽ nhận được một thông báo khác.

▶Nếu quý vị có những điều thắc mắc hoặc cần biết thêm cá dữ kiện, xin hỏi người Thẩm Định Viên của mình.

▶Những luật lệ áp dụng; quý vị có thể tham khảo tại Ty X Hội của quý vị: Cẩm Nang về Chính Sách và Nguyên Tắc Điều 44-315.41 và 63-504.392

August 1, 1988

E R R A T A

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: ALL COUNTY LETTER NO. 88-85

The attached All County Letter No. 88-85 replaces the original letter that was inadvertently sent out with the English version of DFA 385 instead of the Spanish version that was referred to in the letter.

Attachment