STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacreamento CA 95814

March 3, 1994

ALL COUNTY LETTER NO. 94-21

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law or Regulation Change
[ ] Court Order or Settlement Agreement
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: REVISED IMMEDIATE NEED NOTICE OF ACTION MESSAGE

REFERENCE: MPP SECTION 40-129, ET SEQ - IMMEDIATE NEED
WELFARE RECIPIENTS LEAGUE (WRL) v. McMAHON COURT ORDER
ALL COUNTY LETTER 90-103 - SETTLEMENT OF WRL v.McMAHON

HANDBOOK: THIS LETTER CONTAINS INFORMATION UPDATING THE AFDC NOTICE OF ACTION HANDBOOK

The purpose of this letter is to transmit Notice of Action (NOA) message document M40-173A. This document has been revised to notify applicants that their AFDC Immediate Need (IN) request has been met in the form of a regular aid payment within the IN time frame of one working day. This revised message enables the county to comply with the adequate notice requirements at MPP 22-001a.(1) for persons applying for AFDC IN.

This NOA which contains the basic cash aid approval language, has also been revised, at county request, to clarify what happens when the first aid payment is for a partial month.

Instructions for use of the message are found at the end of the message document. English and Spanish versions are attached. Other standard languages will be issued by the Language Services Bureau in the usual manner.

Update your AFDC NOA Handbook by filing the attached English message document in Section 6 and by removing the old message document of the same number.

If you have any further questions on this issue, please contact the following persons: Henry Puga at (916) 654-1068 or CALNET 464-1068, for program questions; John Honeycutt at (916) 654-1077 or CALNET 464-1077, for NOA questions.

MICHAEL C. GENEST
Deputy Director
Welfare Programs Division

Attachments

State of California
Department of Social Services

Manual Msg. No.: M40-173A
Action : Approve
Issue: Application Processing
Title: Basic Approval
Form No. : NA200
Effective Date : 11/01/87
Revision Date : 01/21/94

Source : ACL 94-
Regulation Cite: 40-173.1, 44-315.4, 44-315.5, 44-317, 40-129

MESSAGE:

The County has approved your cash aid and Medi-Cal. The cash aid payment for your first month of aid is $_____.

Your first day of cash aid is _____. Your first day of Medi-Cal is the first day of the month you applied for aid.

☐ The cash aid payment for your first month of aid is only for a part of a month. It is for the time from your first day of cash aid, shown above, thru the end of the month. If nothing changes, next month's cash aid will be for a full month.

☐ You asked for an Immediate Need payment. Your immediate need is being met with a payment of your first month's cash aid within the immediate need time limit of 1 working day.

Your cash aid amount is figured in the next column.

Medi-Cal Cards: Soon you will get a plastic Benefits Identification Card in the mail for each eligible person. Take the card(s) to your medical provider when needing care. DO NOT THROW AWAY YOUR CARDS. They will be good as long as you get Medi-Cal.

INSTRUCTIONS: Use for approvals and restorations.

- Fill in the amount of the cash aid PAYMENT for the first month.
- Fill in the start date for cash aid.
- Check the applicable box(es).
  - Note that when you check the immediate need box, you will not send a noa to the applicant denying the immediate need request, even though you are not sending a separate immediate need payment.

file: wpjhone/l.m.docs/m40173a93 94.02.10

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha aprobado su asistencia monetaria y su Medi-Cal. El pago de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes de asistencia es $ _____.

Su primer día de asistencia monetaria es _____. Su primer día de Medi-Cal es el primer día del mes en que usted solicitó asistencia.

☐ *El pago de asistencia monetaria para su primer mes de* asistencia, es solamente para una parte de un mes. Corresponde al tiempo comenzando en su primer día de asistencia monetaria que se muestra arriba, al fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes, será para un mes entero.

☐ Usted solicitó un pago por necesidad inmediata. Se está satisfaciendo su necesidad inmediata con el pago correspondiente a su primer mensualidad de asistencia monetaria, dentro del límite de necesidad inmediata de un día laborable.

En la siguiente columna se calcula la cantidad de su asistencia monetaria.

Tarjetas de Medi-Cal: Pronto recibirá en el correo una tarjeta de plástico de identificación para beneficios para cada persona que reúna los requisitos. Lleve la(s) tarjeta(s) a su proveedor de servicios médicos cuando necesite servicios. NO SE DESHAGA DE SUS TARJETAS, GUARDELAS. Le servirán mientras esté recibiendo beneficios de Medi-Cal.

Reglamentos. Las siguientes reglas, la cuales puede revisar en en su oficina de bienestar, son pertinentes: 40-173.1, 44-315.4, 44-315.5, 44-317, 40-129

Cantidad de la asistencia monetaria mensual

Sección A. Ingresos contables en el mes de _____

Total de ingresos ganados	$	_____
Deducción por gastos de trabajo	-	_____
Deducción de $30 y 1/3	-	_____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	-	_____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes)		
_____	+	_____
_____	+	_____
Mantenimiento pagado ordenado por la corte	-	_____
Ingresos contables netos	=	_____

Sección B. Su asist. monetaria en el mes de _____

1. Necesidades básicas, _____ personas	$	_____
2. Necesidades especiales	+	_____
3. Ingresos contables netos de la Sección A	-	
4. Subtotal de necesidades básicas	=	☐
5. Asistencia máxima, _____ personas	$	_____
6. Necesidades especiales	+	
7. Subtotal de asistencia máxima	=	☐
8. **Subtotal de asist. del mes completo** (Cant. menor en el renglón 4, 7, o 14)	=	_____
9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes	=	_____
10. Ajuste para cobrar el pago excesivo	-	_____
11. **Cant. de la asistencia monetaria mensual** (Renglón 8 o 9 menos el renglón 10)	=	_____
12. MAP del estado anterior, _____ personas.	$	_____
13. Necesidades especiales (California)	+	
14. Subtotal del estado anterior	=	☐