STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

May 11, 1995

ALL-COUNTY LETTER NO. 95-20

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

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

SUBJECT: PROVIDING NOTICE OF COST-OF-LIVING ADJUSTMENT INCREASE IN AFDC, REFUGEE CASH ASSISTANCE, ENTRANT CASH ASSISTANCE AND POSSIBLE DECREASE IN FOOD STAMPS

REFERENCES: ACL 94-34, dated May 5, 1994
ACL 93-34, dated May 26, 1993

This is to inform you that current law (W&I Code Sections 11452 and 11453) provides for an AFDC Cost-of-Living Adjustment (COLA) for Fiscal Year 1995/1996. The COLA affects only the Minimum Basic Standard of Adequate Care (MBSAC) and the derivative tables (In-Kind Income and 185 percent of MBSAC).

Unless there is independent action in the current session of the Legislature to override the provisions of W&I Code Sections 11452 and 11453, the MBSAC values will be increased by 0.93 percent effective July 1, 1995. Attachment I provides the AFDC Payment Standard table to assist you in implementing the changes.

Food Stamps

The following describes how to treat the AFDC COLA supplemental payment received by Food Stamp households:

For monthly reporting households subject to retrospective budgeting, if the County Welfare Department (CWD) sends a COLA supplemental payment in the month of July for the month of July, but did not have time to prospectively budget the supplemental payment, the CWD must retrospectively budget the July supplement in September.
[M.S. 63-503.232(c)(5)(A)]

However, if the July supplement is not sent until August, it is considered a non-recurring lump sum payment for Food Stamp Program purposes, and counted as a resource in the month of August [M.S. 63-502.2(j)]. This provision applies to retrospectively budgeted households as well as prospectively budgeted households.

Notice of Action (NOA) Language

Attachments IIA and IIB are the NOAs in English and Attachment IIC is in Spanish informing AFDC recipients whose cash aid changes due to the increase of the MBSAC level. Copies of the NOA in Cambodian, Chinese, Lao and Vietnamese will be sent to the county Forms Coordinators under separate cover by the Language Services Bureau.

Food Stamp Mass Change Notice Language

Attachment III is the mass change notice (TEMP NA 2) language which counties are to use to inform households that food stamps may be reduced due to the AFDC increase. Mass change requirements should be implemented to effect the July 1, 1995 change. The TEMP NA 2 may be used for the purpose of informing clients of a possible change in food stamps. A reproducible copy of the TEMP NA 2 containing English, Spanish, Cambodian, Chinese, Hmong, Lao and Vietnamese is attached. To request a camera-ready copy of the TEMP NA 2 containing all of the above mentioned languages, please contact Shirley Lu Kung at (916) 654-1277, or CALNET 464-1277.

Assistance Payment Demonstration Project (APDP)
California Work Pays Demonstration Project (CWPDP)
Research Counties (Los Angeles, San Bernardino, Alameda, San Joaquin)

Cases assigned to experimental status **will** be subject to the MBSAC COLA increase. Cases in control status **will not** be subject to the MBSAC COLA increase. It is recommended that the TEMP NA 2 **not** be sent to cases in control status. However, if this is not possible, the county may add the following language to the notice: "If you are a member of the control group of the Assistance Payments Demonstration project (now called the California Work Pays Demonstration Project), these changes don't apply to you".

Contacts

If you have any questions, please contact the following staff: AFDC Program: Alison Garcia (916) 654-0989 or CALNET 464-0989. Food Stamp Program: Alan Rowe (916) 653-5208 or CALNET 453-5208. APDP/CWPD: Leslie Raderman (916) 657-2357 or CALNET 437-2357.

Sincerely,

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Acting Deputy Director
Welfare Programs Division

Attachment I

# AFDC PAYMENT STANDARDS
# EFFECTIVE JULY 1, 1995

| Assistance Unit Size | Maximum Aid Payment | MBSAC | 185% of MBSAC | IN-KIND INCOME | | | | 80% of MAP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Housing | Utilities | Food | Clothing | |
| 1 | 299 | 358 | 662 | 161 | 34 | 90 | 27 | 239 |
| 2 | 490 | 588 | 1,087 | 217 | 39 | 191 | 52 | 392 |
| 3 | 607 | 730 | 1,350 | 237 | 42 | 244 | 79 | 485* |
| 4 | 723 | 866 | 1,602 | 248 | 44 | 301 | 105 | 578 |
| 5 | 824 | 988 | 1,827 | 248 | 44 | 363 | 133 | 659 |
| 6 | 926 | 1,111 | 2,055 | 248 | 44 | 422 | 157 | 740* |
| 7 | 1,017 | 1,220 | 2,257 | 248 | 44 | 470 | 187 | 813* |
| 8 | 1,108 | 1,329 | 2,458 | 248 | 44 | 515 | 209 | 886 |
| 9 | 1,197 | 1,441 | 2,665 | 248 | 44 | 565 | 239 | 957* |
| 10 | 1,286 | 1,565 | 2,895 | 248 | 44 | 612 | 261 | 1,028* |
| More than 10 | 1,286 | Add $14 for each extra person | | | | | | |

Reference 44-315.311 44-207.113 44-115.311----------44-402.1
44-211.531

*Rounded down to the next lower whole dollar to stay within the 185% and 80% limits.

Attachment II A

# NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

**State Hearing:** If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells you how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of July 1, 1995, the county is changing your monthly cash aid from $_____ to $ _____.

Here is why:

As of July 1, State Law makes the Basic Need standard go up by 0.93 percent. See Section B, Line 1 on this page for your new Basic Need amount.

Your new cash aid amount is figured on this page.

**Monthly Cash Aid Amount**

**Section A. Countable Income, Month of** _____

| | | |
|---|---|---|
| Total Earned Income | $ | _____ |
| Work Expense Disregard | - | _____ |
| $30 and 1/3 Disregard | - | _____ |
| Dependent Care Disregard | - | _____ |
| Other Countable Income — Sources: | | |
| | + | _____ |
| | + | _____ |
| Court Ordered Support You Paid | - | _____ |
| **Net Countable Income** | = | _____ |

**Section B. Your Cash Aid, Month of** _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Basic Need, _____ Persons | $ | _____ |
| 2. | Special Needs | + | _____ |
| 3. | Net Countable Income from Section A | - | |
| 4. | Basic Need Subtotal | = | [ ] |
| 5. | Maximum Aid, _____ Persons | $ | _____ |
| 6. | Special Needs | + | |
| 7. | Maximum Aid subtotal | = | [ ] |
| 8. | **Full Month Aid Subtotal** (Lowest Amount on Line 4 or 7) | = | _____ |
| 9. | Line 8 Prorated for Part of Month | = | _____ |
| 10. | Overpayment Adjustment | - | _____ |
| 11. | **Monthly Cash Aid Amount** (Line 8 or 9 less Line 10) | = | _____ |

**Rules:** These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 44-315.3.

## YOUR HEARING RIGHTS

### To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

### To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

### To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

### To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

### Other Information

**Child and/or Medical Support:** The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

**Family Planning:** Your welfare office will give you information when you ask for it.

**Hearing File:** If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).



## HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

**The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:**

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

### HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

**Here's why:** _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

Attachment II B



INSTRUCTIONS: This message is to be sent to all clients whose cash aid is changing on July 1, 1995 because of the 0.93% increase in MBSAC on that date required by State law.

o Fill in the old and new aid amounts.

file : wplshaw/l.m.docs/m 95.04.28

## SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

**Para pedir una audiencia con el estado**

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

**Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia**

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

**Para que se descontinúen ahora sus beneficios**

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

**Para obtener ayuda**

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

| | |
|---|---|
| Número gratuito: | 1-800-952-5253 |
| Si es sordo y usa TDD: | 1-800-952-8349 |

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

**Otra información**

**Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico:** La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

**Expediente de la audiencia:** Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

NA BACK 7 (SP)

## COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

**La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:**

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

### PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

**La razón es la siguiente:** _____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

Attachment III C

# 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.

A partir del 1º de julio de 1995, el condado cambiará su asistencia monetaria mensual de $ _____ a $ _____.

La razón es la siguiente:

A partir del 1º de julio de 1995, las leyes estatales aumentarán el Criterio de Necesidades Básicas un 0.93 por ciento. Vea el renglón 1 de la Sección B de esta página para enterarse de su nueva cantidad para necesidades básicas.

En esta página se calcula su nueva cantidad de asistencia monetaria.

**Ordenamientos.** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en su oficina de bienestar, son pertinentes: MPP 44-325.3.

**Cantidad mensual de asistencia monetaria**

**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 ordenado por la corte que Ud. pagó | - | _____ |
| **Ingresos netos contables** | = | _____ |

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

| | | |
|---|---|---|
| 1. Necesidades básicas, _____ personas | $ | _____ |
| 2. Necesidades especiales | + | _____ |
| 3. Ingresos netos contables de la Sección A | - | |
| 4. Subtotal de necesidades básicas | = | [ ] |
| 5. Asistencia máxima, _____ personas | $ | _____ |
| 6. Necesidades especiales | + | |
| 7. Subtotal de asistencia máxima | = | [ ] |
| 8. **Subtotal de asistencia de todo el mes** (Cantidad menor renglón 4 o 7) | = | _____ |
| 9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes | = | _____ |
| 10. Ajuste por pago excesivo | - | _____ |
| 11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Renglón 8 o 9 menos el renglón 10) | = | _____ |