State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: TEMP M40-107a
Action : Other
Issue: CalWORKs 60-Month Time Limit
Title: Time On Aid (no previous NOA issued)

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.141

Use Form No. : NA 530
Original Date : 03-01-02
Revision Date : 07-01-02

MESSAGE:

El _____, el Condado determinó que usted, _____, ha usado ____ meses de su límite de 60 meses para recibir la asistencia monetaria de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) una sola vez en la vida.

La razón es la siguiente:

Usted recibió los beneficios de CalWORKs:

de _____ a _____ = _____ meses.

de _____ a _____ = _____ meses

de _____ a _____ = _____ meses.

de _____ a _____ = _____ meses.

de _____ a _____ = _____ meses.

Subtotal: = _____ meses.

Meses que no contaron: – _____ meses.

Número total de meses usados: _____ meses.

Si usted estaba exento, los meses no contaron en el límite de 60 meses de CalWORKs. Estos meses aparecen en la siguiente página.

__ La lista que aparece en la siguiente página incluye meses que están exentos debido a que se recibió mantenimiento de hijos. La última página indica cómo el mantenimiento de hijos se aplicó a los meses exentos.

__ Es posible que usted también tenga meses que son exentos debido a que se recibió mantenimiento de hijos. Si es así, estos meses se incluirán en su siguiente notificación.

__ No se recibió ningún mantenimiento de hijos para los niños en su unidad de asistencia (AU).

Los siguientes _____ meses no contaron en el límite de 60 meses de CalWORKs:

Año _____	-	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año _____	-	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año _____	-	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año _____	-	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año _____	-	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.

Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia para _____ meses más.

INSTRUCTIONS: Use when no previous time on aid NOA was issued to inform an adult recipient of the total number of months that s/he received aid. This TEMP NOA should be used for those recipients who have received aid for more than 12 months.

Complete the following:

- Date of notification.
- Name of the adult recipient.
- Total number of months of aid used, (i.e. counted toward the time limit.)
- Period(s) of time the family was eligible to receive aid (excludes the period of discontinuance and suspense months, but includes zero basic grant (ZBG) months.)
- Number of months that did not count toward the time limit (i.e. exemptions, ZBG months, and sanctioned months.)
- The year and months that did not count on page two.
- Remaining number of months.