State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-107b
Action : Other
Issue: CalWORKs 60-Month Time Limit
Title: Time On Aid at Redetermination or Application (previously noticed)

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.142, 42-302, 42-302.21
42-712

Use Form No. : NA 530
Original Date : 03-01-02
Revision Date : 11-01-02

MESSAGE:

Vào ngày của thông báo lần trước về thời hạn, _____, Ty Xã Hội Hạt đã quyết định là quý vị, _____ đã dùng tổng cộng là _____ tháng trong hạn kỳ 60 tháng của trợ cấp tiền mặt thuộc chương trình CalWORKs (chương trình của California tạo cơ hội về việc làm và trách nhiệm đối với con em) dành cho suốt đời của quý vị.

Kể từ ngày _____, quý vị đã dùng thêm _____ tháng nữa.

Sau đây là lý do:

Kể từ thông báo lần trước gửi quý vị về thời hạn, quý vị đã nhận trợ cấp của chương trình CalWORKs:

từ _____ đến _____ = _____ tháng.

từ _____ đến _____ = _____ tháng.

từ _____ đến _____ = _____ tháng.

Tổng số sơ khởi: = _____ tháng.

Những tháng <u>không</u> tính vào chương trình. - _____ tháng.

Những tháng đã dùng thêm: _____ tháng.

Tổng cộng số tháng đã dùng tính đến nay là _____ tháng.

Nếu quý vị được miễn, một số tháng đã không tính vào hạn kỳ 60 tháng của chương trình CalWORKs. Những tháng này được liệt kê trên trang kế tiếp.

__ Bản liệt kê trên trang kế tiếp bao gồm những tháng được miễn do việc thu tiền cấp dưỡng cho con. (Những) trang cuối cho biết cách tiền cấp dưỡng cho con đã được áp dụng vào (những) tháng được miễn ra sao.

__ Quý vị cũng có thể có những tháng được miễn do việc thu tiền cấp dưỡng cho con. Nếu có, những tháng này sẽ được bao gồm trong thông báo kế tiếp gửi đến quý vị.

__ Không có trẻ em nào trong đơn vị nhận trợ cấp của quý vị (AU) đã nhận được tiền cấp dưỡng cho con.

_____ tháng sau đây đã không kể vào hạn kỳ 60 tháng của chương trình CalWORKs của quý vị:

Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai

Năm _____ - Tháng Giêng Hai Ba Tư Năm Sáu Bảy Tám Chín Mười Mười Một Mười Hai

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp cho thêm _____ tháng nữa.

INSTRUCTIONS: Use at redetermination or at application (when the individual was previously aided and issued a time-on-aid NOA) to inform an adult recipient of the total number of months that s/he received aid.

Complete the following:

- Date of last time limit NOA.
- Name of the adult recipient.
- Total number of months on aid used, as reported on previous time limit NOA.
- Date of previous time limit NOA.
- Additional months of aid used (i.e. counted toward the time limit) since last NOA.
- Period(s) of time the family was eligible to receive aid since the last NOA (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.)
- Number of additional months used since the last NOA.
- Total number of months used, (previous NOA months + new months).
- Check appropriate box for child support time limit exemption. Use addendum for child support time limit exemption if applicable.
- The year and months that did not count on page two (use continuation page NA 270.)
- Remaining number of months.