

Auto ID No. :
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-171.2, 40-129, 44-315
44-317, 82-510.4

Use Form No. : NA 200 or NA 1239 SAR
Original Date : 11-01-87
Revision Date : 04-01-15

MESSAGE:

郡政府已經批准你的現金補助和加州醫藥補助 (Medi-Cal)。你領取補助的第一個月的現金補助付款是\$_____。

你領取現金補助的第一天是_____。
你得到 Medi-Cal 開始的第一天是你申請補助月份的第一天。

[] 你領取補助的第一個月的現金補助付款只是那個月的一部份付款。付款期是自上述現金補助的第一天至月底。假如沒有改變的話下個月的現金補助將是整個月的付款，你將得到\$_____。

[] 你的領取補助款項不包括_____。這是因為_____已獲批准合資格的親屬護理人員資助選擇計劃 (ARC 計劃)。你將獲得另外一份通知，告訴你在 ARC 計劃下將得到多少補助。_____是符合 Medi-Cal 和 CalFresh 的資格。

[] 你請求緊急需要付款。你的緊急需要會在一個工作日的緊急需要時限內用你第一個月的現金補助付款給你。

[] 你第一個月的現金補助款項有百分之廿五的罰款因為你沒有協助我們或地方檢察官/家庭撫養部門。這筆金額將從你每月的現金補助付款中扣除，直到你協助我們或子女撫養服務部門。

[] 你於_____得到\$_____的轉換付款。**或**你於_____得到價值\$_____的轉換服務。你已同意償還轉換付款/服務。我們將從你的現金補助付款中減除\$_____，直至全部付清為止。

你的現金補助計算在此頁。

INSTRUCTIONS: Use for approvals and restorations. **Do not use for refusal to assign child/spousal support rights cases.** Check the application box(es). When you check the immediate need (IN) box, you do not need to send another NOA denying the IN request. Use NA200 if the AU has no income or NA1239 SAR if the AU has income for the correct budget.

This message replaces M40-171D dated 06-01-98.

(Chinese)