

State of California  
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-105A Page 1 of 1  
Action : Partial Approval  
Issue: Social Security Number  
Title: Failed to provide SSN or proof of  
completed SSN Application

Auto ID No.: Use Form No. : NA 200  
Source : Original Date : 07-01-95  
Issued by : ACL 14-88 Revision Date : 11-01-14  
Reg Cite : 40-105.2, 40-107.(a)(1), 40-157.2,  
40-157.3, 40-171.221(j), 40-181.4,  
44-317, 45-201, 82-832.24

MESSAGE:

Начиная с \_\_\_\_\_ числа округ утвердил льготы денежной помощи и Medi-Cal для некоторых членов вашей семьи. Сумма денежной помощи на этот месяц составляет \$ \_\_\_\_\_.

Округ отказал в денежной помощи для \_\_\_\_\_.

Причина:

Правила гласят, что вы должны предоставить нам ваш номер Социального Страхования (SSN) на каждого члена вашей семьи. Вы не предоставили SSN для этого лица ИЛИ подтверждение, что заявление на SSN было заполнено и вы не просили помощи округа в получении этого подтверждения.

Сумма вашей денежной помощи рассчитана на этой странице.

INSTRUCTIONS: Use this notice of action to approve cash aid for some members of the assistance unit (AU) and to deny cash aid for the members who have not provided an SSN or proof of a SSN application. In the first blank space fill in the date cash aid was approved for some members of the AU. In the second blank space fill in the amount of cash aid for the current month. In the third blank space fill in the name of the person who has been denied cash aid.

This message replaces M40-105A dated 10-01-95.

RUSSIAN