

State of California  
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-105 Page 1 of 1  
Action : Change  
Issue: Social Security Number  
Title: Failed to Provide SSN When  
Received or Failure to Cooperate

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 \_\_\_\_\_ округ останавливает денежную  
помощь для \_\_\_\_\_. Ваша денежная  
помощь изменится с \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_.

Причина:

/ \_\_ / \_\_\_\_\_ числа вас просили дать нам Номер  
Социального Страхования (SSN) до  
\_\_\_\_\_ числа. Согласно правилам вы  
должны дать нам SSN на каждого члена  
вашей семьи. Вы не дали SSN на это  
лицо и не попросили помощь округа  
для получения SSN.

/ \_\_ / Анкета на получение SSN была взята для  
вашего новорожденного в больнице.  
Согласно правилам, вы должны дать  
нам SSN на него/нее в течение 6  
месяцев со дня получения SSN ИЛИ ко  
дню годового пересмотра льгот  
CalWORKs. Вы не дали SSN на вашего  
ребенка и не попросили помощь округа  
для получения SSN.

/ \_\_ / Вы не помогли прояснить вопросы о SSN  
для этого лица.

Новая сумма вашей денежной помощи рассчитана  
в этом извещении.

INSTRUCTIONS: Use this notice of action when the recipient has failed to provide a SSN or to help in resolving questions about the SSN given. In the first blank space fill in the date cash aid will be stopped. In the second blank space fill in the name of the person being deleted. In the third and fourth blank spaces fill in the previous amount of cash aid and the new amount of cash aid. Check the appropriate box. If the first check box is marked, fill in the date the recipient was asked to provide the SSN and the final date by which they must provide the SSN.

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

RUSSIAN