

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:

Округ утвердил денежную помощь и льготы Medi-Cal для вас. Сумма денежной помощи за первый месяц для вас составляет \$_____.

Первый день вашей денежной помощи _____. Первый день программы Medi-Cal для вас – это первый день месяца, когда вы попросили помощь.

- [] В первый месяц вы получите денежную помощь только за часть месяца, начиная с первого дня получения льгот, указанного выше, и до конца месяца. Если ничего не изменится, в следующем месяце вы получите денежную помощь за полный месяц и вы получите \$_____.
- [] Ваш платеж денежной помощи не включает _____. Это потому, что _____ был утвержден в программу фондов для утвержденного родственника, осуществляющего присмотр (Программа ARC). Вы получите отдельное извещение, указывающее сумму помощи, которую вы получите по программе ARC. _____ имеет право на льготы программ Medi-Cal и CalFresh.
- [] Вы попросили о выплате немедленной помощи. Немедленная помощь для вас была совмещена с платежом денежной помощи за первый месяц с лимитом времени на немедленную помощь в один рабочий день.
- [] Сумма денежной помощи для вас, за первый месяц помощи, содержит штраф 25% за отказ от сотрудничества с нами или отделом поддержки детей (Department of Child Support Services). Эта сумма будет удерживаться из вашей суммы денежной помощи каждый месяц, пока вы не станете сотрудничать с нами или отделом поддержки детей.

[] Вы получили сумму денег \$_____, замещающую
долговременную помощь _____ числа. **ИЛИ** вы
получили услугу/услуги _____,
_____ числа, на сумму \$_____. Вы
согласились возместить сумму денег/услугу,
замещающие долговременную помощь. Сумма в
\$_____ будет удерживаться из суммы вашей
денежной помощи в течение _____ месяцев, пока
не будет полностью выплачена.

Сумма вашей денежной помощи рассчитана на этой
странице.

INSTRUCTIONS: Use for approvals and restorations. **Do not use for refusal to assign child/spousal support rights cases.** Check the applicable box(es). When you check the immediate need (IN) box, you do not need to send another NOA denying the IN request. Use NA 200 if the AU has no income or NA 1239 SAR if the AU has income for the correct budget.

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

RUSSIAN