

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-171D Page 1 of 2
Action : Approve
Issue: Application Processing
Title: Basic Approval

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:

El Condado aprobó su asistencia monetaria y sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). El pago de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes de asistencia es de \$_____.

Su primer día de asistencia monetaria es _____. Su primer día de Medi-Cal es el primer día del mes en que usted solicitó asistencia.

[] El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia es solamente para una parte de un mes. Corresponde al tiempo comenzando en su primer día de asistencia monetaria, que se muestra arriba, hasta el fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes, será para un mes completo y usted recibirá \$_____.

[] Su pago de asistencia monetaria no incluye a _____. Esto es porque _____ ha sido aprobado para el Programa de Opción de Fondos para Proveedores de Cuidado que Son Parientes (*Approved Relative Caregiver Funding Option Program*) (Programa ARC). Usted recibirá una notificación por separado diciéndole cuánto recibirá bajo el Programa ARC. _____ es elegible para Medi-Cal y CalFresh.

[] Usted solicitó un pago por necesidad inmediata. Se está satisfaciendo su necesidad inmediata con el pago correspondiente a su primer mes de asistencia monetaria. Esto se hace dentro del límite de tiempo para recibir asistencia por necesidad inmediata, el cual es un día hábil.

[] El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia incluye una sanción del 25% (veinticinco por ciento) por no cooperar con nosotros o con el Departamento de Servicios de Manutención de Niños (*Department of Child Support Services*). Se restará esta cantidad de su pago de asistencia monetaria cada mes hasta que usted coopere con nosotros o con el Departamento de Servicios de Manutención de Niños.

[] Usted recibió un pago alternativo (*diversion payment*) de \$_____ en _____. Usted recibió servicios alternativos (*diversion services*) de _____ en _____ con un valor de \$_____. Usted estuvo de acuerdo en reembolsar ese pago/esos servicios. Se restará \$_____ de su pago mensual de asistencia monetaria durante _____ meses hasta que se reembolse por completo lo que debe.

En esta página se calcula la cantidad de su asistencia monetaria.

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

SPANISH