

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 89-130 (g), (h), (i)

Use Form No. : NA 290
Original Date : 01-01-94
Revision Date : 01-08-02

MESSAGE:

A partir de _____, el Condado
descontinuará su asistencia monetaria hasta
_____.

La razón es la siguiente:

- [] Usted retiró dinero de su cuenta para gastos permitidos. Luego, antes de que pasaran 30 días contados a partir de cuando retiró el dinero, usted:
 - [] No gastó el dinero.
 - [] No depositó nuevamente en la cuenta, la parte del dinero que no se necesitó para sus gastos permitidos.
 - [] No le dio al Condado pruebas de la cantidad que retiró de la cuenta.
 - [] No le dio al Condado pruebas del saldo que tenía la cuenta antes de que retirara el dinero.
 - [] No le dio al Condado pruebas de lo que hizo con el dinero.
- [] Usted retiró dinero de la cuenta para gastos permitidos y gastó todo o parte de este dinero en gastos que no están permitidos.
- [] Se pagaron intereses en su cuenta para gastos permitidos.

Si alguna de las casillas anteriores está marcada, es porque usted se atrasó y dejó pasar la fecha límite. Para parar esta acción del Condado (y volver a recibir su asistencia monetaria antes de que se termine el período de tiempo), usted tiene que comprobar al Condado que tuvo un motivo justificado para atrasarse. Avísele a su trabajador inmediatamente.

- 1. Total de la cuenta(s) para gastos permitidos . \$_____
- 2. Gastos permitidos -_____
- 3. Subtotal..... =_____

- 4. Necesidades básicas para ___ personas .. \$_____
- 5. Necesidades especiales +_____
- 6. Subtotal de las necesidades básicas =_____
- 7. Período de meses =_____

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Continúe usando su tarjeta(s) de plástico de identificación de beneficios.** Recibirá otra notificación indicándole cualquier cambio en sus beneficios de salud.

Estampillas para comida: Esta notificación NO discontinúa ni cambia sus beneficios de estampillas para comida. Recibirá una notificación por separado indicándole cualquier cambio en sus beneficios de estampillas para comida.

El recibir solamente Medi-Cal y/o estampillas para comida NO cuenta en contra de sus límites de tiempo para su asistencia monetaria.

INSTRUCTIONS: Use to discontinue cash aid and apply penalty period when there has been misuse of a restricted account. Fill in the effective date of the discontinuance. Fill in the date of the end of the period of ineligibility. Check the applicable box(es). Print the computation on the right hand side of the NA 290 and fill in the computation section.

This message replaces M89-130 dated 1-1-99 and M89-130 dated 11-1-99.

file: sbradleyU/MSERIES/89130