STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5387

February 14, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-25

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: ZAPATA V. WOODS RETROACTIVE PROVISIONS

REFERENCE: MPP Section 50-011

This letter is to inform you that on January 25, 1984, the Superior Court of the State of California for the County of Los Angeles modified the Zapata v. Woods court order to specify that the period of retroactivity shall end on January 31, 1984 instead of November 30, 1983 (copy attached). In order to comply with the modified court order please apply the January 31, 1984 date to MPP Sections 50-011.1, .41, .411, .461, .512, and .522.

Furthermore, we wish to remind you that under Welfare and Institutions Code Section 11002, the County Welfare Department cannot seize a retroactive AFDC payment to repay any General Assistance/Relief (GA/GR) which may have been paid during the Zapata retroactive period. However, the recipient may voluntarily use the payment to repay GA/GR. In addition to compiling certain statistics involving Zapata claims (see MPP Section 50-011.326), you are also requested to submit together with your final statistical report the following information:

1. Number of Zapata claims approved in which GA/GR was received during the claim period.

2. The total dollar value of GA/GR counted as income in the computation of the Zapata retroactive claims.

You should also establish a method to readily identify those Zapata claims in which GA/GR was used in the computation of the retroactive payment. We are requiring these actions as a result of concerns raised by the plaintiffs and the potential for future litigation in this area.

Finally, this letter transmits the following forms necessary for you to comply with the requirements contained in these regulations:

1. Application/Claim Form (TEMP 1587): Attached is a camera ready copy of the Spanish Zapata Application/Claim Form. You will need to duplicate this form in a quantity sufficient to comply with MPP Section 50-011.321 which requires counties to provide a claim form to claimants upon request.

2. SSA request form SSA-1610-U2: Attached is a copy of a completed SSA-1610-U2 form which should be used as a model when requesting verification from the Social Security Administration in accordance with MPP Section 50-011.443.

3. Statistical Report Form: Attached is a copy of the revised form and and instructions developed to collect data pursuant to this letter and MPP Section 50-011.325 (report to plaintiff's counsel).

If you have any questions concerning this matter, please contact Joe Carleton at (916) 322-5387.

Kyle S. McKinsey

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

JOHN K. VAN DE K P, Attorney General
of the State of California
ANNE S. PRESSMAN,
JOHN H. SANDERS,
Deputy Attorneys General
3580 Wilshire Boulevard, Suite 800
Los Angeles, California 90010
Telephone: (213) 736-2325

Attorneys for Defendant and Respondent
Marion J. Woods, Director
State Department of Social Services
(formerly: Department of Benefit Payments)

ORIGINAL FILED
JAN 25 1984
COUNTY CLERK

SUPERIOR COURT OF THE STATE OF CALIFORNIA

FOR THE COUNTY OF LOS ANGELES

GEORGINA ZAPATA, et al., etc., Plaintiffs/Petitioners, v. MARION WOODS, etc., Defendant/Respondent.	No. CA 000476 No. CA 000548 STIPULATION RE: MODIFICATION OF PERIOD OF RETROACTIVE BENEFITS AND ORDER
EUNICE HOLMES, et al., etc., Plaintiffs/Petitioners, v. MARION WOODS, etc., Defendant/Respondent.	

IT IS HEREBY STIPULATED between the parties through their attorneys of record as follows:

/

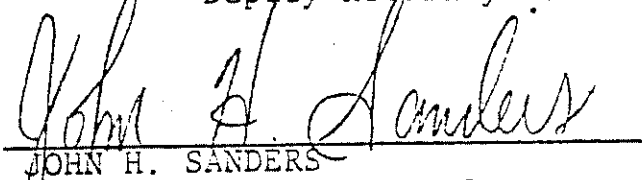
/

/

1. The emergency regulations promulgated by the Department of Social Services to comply with the retroactive portion of the court's judgment herein specify that the period of retroactive benefits shall end on November 30, 1983.

2. In order to fully comply with the judgment herein, it is necessary to extend said period of retroactive benefits to January 31, 1984.

JOHN K. VAN DE KAMP, Attorney General
of the State of California
ANNE S. PRESSMAN,
JOHN H. SANDERS,
Deputy Attorneys General

DATED: January 24, 1984. By 
JOHN H. SANDERS
Deputy Attorney General

Attorneys for
Defendant and Respondent
Marion J. Woods, Director
State Department of Social Services
(formerly:
(Department of Benefit Payments)

LEGAL AID FOUNDATION OF LOS ANGELES

DATED: _____. By _____
BYRON J. GROSS

Attorney for Plaintiffs

ORDER

IT IS SO ORDERED.

DATED: JAN 25 1984.

HARRY L. HUPP

HARRY L. HUPP
JUDGE OF THE SUPERIOR COURT

651140-
79CV1157

Solicitud para pagos atrasados

Zapata vs. **Woods**

A causa de la decisión de la corte en el caso **Zapata** vs. **Woods**, es posible que el departamento de bienestar le deba dinero.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si contesta "sí" a ambas preguntas, es posible que sea elegible para recibir ayuda bajo el caso **Zapata**. Si desea solicitar ayuda bajo el caso **Zapata,** llene la forma que se adjunta. Hay más formas a la disposición en cualquier oficina de bienestar del condado. Si contesta "no" a cualquiera de estas preguntas, usted **no** es elegible para recibir ayuda bajo el caso **Zapata**.

1. ¿Solicitó Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC) o le fue negada o se le descontinuó la AFDC en cualquier tiempo entre el 27 de enero de 1975, y el 30 de noviembre de 1983?
   Sí _____ No _____

2. ¿Fue la única razón por la cual se le negó o descontinuó la AFDC el hecho de que todos los niños que estaban a su cargo, para los cuales usted solicitó ayuda, recibían Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI)?
   Sí _____ No _____

PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DETERMINE SI USTED ES ELEGIBLE PARA PAGOS ATRASADOS, DEBE PRESENTAR UNA PETICIÓN EL O ANTES DEL 30 DE ABRIL DE 1984 POR CORREO O EN PERSONA A SU OFICINA LOCAL DE BIENESTAR DEL CONDADO.

(Si usted está actualmente recibiendo AFDC, cualesquier pagos atrasados que reciba no se contarán como ingresos para fines de la AFDC y no reducirán su cheque de AFDC.)

ZAPATA vs. WOODS

RECLAMACIÓN PARA BENEFICIOS ATRASADOS

INSTRUCCIONES: *Este formulario debe ser completado por la(s) persona(s) que están solicitando beneficios atrasados. Complete todas las preguntas en este formulario. Si tiene cualesquier problemas con alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina local del departamento de bienestar del condado. Use recibos y archivos para ayudarse a contestar cualquier pregunta.* **(Por favor escriba con tinta en letra de molde.)**

(1.) SU NOMBRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NO. DE TELÉFONO ( )
DOMICILIO ACTUAL	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
DOMICILIO PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

(1.) A. ¿Era usted ciudadano(a) de los Estados Unidos durante el período reclamado en el "(2.)C" abajo?

☐ Sí ☐ No Si No, proporcione prueba del estado legal del extranjero(a).

(1.) B. ¿Cuál era su parentesco con los niños enumerados en el "(4.)A" abajo? (Especifique padre/madre, abuelo(a), tía, etc.)

(MARQUE CON "✓" LO QUE APLIQUE A USTED)

(2.) A. El Condado de _____ me negó ☐ me descontinuó ☐ la AFDC a partir del _____ (FECHA)

porque el niño(s) bajo mi cargo recibía SSI en ese tiempo. (Adjunte copia de la notificación de negación/descontinuación.)

(2.) B. Nombre que usó cuando solicitó o recibió AFDC del condado nombrado en el "(2.)A" (Si usó el mismo, escriba "el mismo"):

(2.) C. Enumere el mes(es) para el cual presenta esta reclamación para asistencia atrasada:

Mes(es)	Año	Mes(es)	Año	Mes(es)	Año

(2.) D. ¿Recibía usted cualquier tipo de asistencia pública tal como Asistencia General, Estampillas para Comida o Medi-Cal durante el período indicado en el "(2.)C" arriba? ☐ Sí ☐ No Si es así, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBÍA ASISTENCIA	DÓNDE (ESPECIFIQUE EL CONDADO)	ÚLTIMA FECHA EN QUE RECIBIÓ AYUDA:	TIPO DE AYUDA:

(3.) Complete esta sección para su esposo(a) u otro padre/madre para el cual reclama beneficios atrasados además de sí mismo(a):

NOMBRE DEL ESPOSO(A) U OTRO PADRE/MADRE QUIEN VIVÍA CON USTED DURANTE EL PERÍODO DE RECLAMO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

(3.) A. ¿Era ciudadano de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No Si No, proporcione prueba del estado legal del extranjero.

B. ¿Cuál era el parentesco de él/ella con los niños nombrados en el "(4.)A" abajo? (Especifique padre/madre, abuelo(a), tía, etc.)

(4.) A. Para el período indicado en el "(2.)C" arriba complete lo siguiente respecto al niño(s) que recibía SSI mientras vivía en el hogar:

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	¿Continúa recibiendo SSI? Si "No", fecha en que paró	Durante el período reclamado en el "(2.)C" arriba, ¿estaba cualquiera de los padres: *(Marque con una "✓" abajo) (Vea la explicación abajo)* Ausente del hogar?	* Desempleado(a)? vea abajo	** Incapacitado(a)? vea abajo	Muerto(a)?
1.	/ /	- -	☐ Sí ☐ No Fecha: MES/AÑO				
2.	/ /	- -	☐ Sí ☐ No Fecha: MES/AÑO				
3.	/ /	- -	☐ Sí ☐ No Fecha: MES/AÑO				
4.	/ /	- -	☐ Sí ☐ No Fecha: MES/AÑO				
5.	/ /	- -	☐ Sí ☐ No Fecha: MES/AÑO				

*Desempleado - Usted o el otro padre/madre en el hogar no estaba trabajando o trabajaba menos de 100 horas en los meses reclamados en el "(2.)C" arriba.

**Incapacitado - Usted o el otro padre/madre en el hogar estaba física o mentalmente enfermo(a) o impedido(a) a tal grado que la capacidad para cuidar de o mantener a su(s) niño(s) fue reducida o eliminada durante los meses reclamados in el "(2.)C" arriba.

(Continúa al reverso)

(4) B. ¿Quién era el beneficiario del pago mensual de de su(s) niño(s)? (Nombre)

(5) ¿Tenía usted o el otro padre/madre/esposo(a) ingresos (por ejemplo: Salarios; Beneficios de Seguro contra Desempleo (UIB); Beneficios de SSI (cheque dorado); Sostenimiento a Hijos/Pensión Alimenticia; Seguro contra Incapacidad; Seguro Social; Beneficios Militares o a Veteranos; Pensiones a Jubilados; Rentas de Terrenos, Edificios, Vehículos; Beneficios a Huelguistas; Intereses, Dividendos, Regalías; etc.) durante el período de su reclamación para beneficios atrasados?

☐ Sí ☐ No

Si "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas (talones de cheques, declaraciones del patrón(es), devoluciones de impuestos sobre ingresos, Formas W-2, carta de notificación de beneficios, etc.)

(5) Sus salarios - enumere todos los salarios y deducciones mandatorias (Impuestos sobre Ingresos, Seguro Social, Seguro contra Incapacidad etc.) de su empleo durante el período para el cual se reclama asistencia retroactiva. Comience con el empleo más reciente. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si trabaja para sí mismo(a), enumere los gastos del negocio en una hoja por separado.

Nombre del Patrón	Dirección del Patrón	Empleado(a) de: a: (mes/año)	¿De Tiempo Completo? 1/	Ingresos Brutos por mes	$Cantidad de Cualesquier Deducciones Mandatorias al Mes
1.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
2.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
3.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
4.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
5.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
6.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
7.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
8.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
9.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
10.		De: A:	☐ Sí ☐ No		

1/ De tiempo completo significa 100 horas o más por mes y 13 o más días por mes (tiene que ser ambos).

(5) B. Salarios del otro padre/madre o esposo(a) - enumere todos los salarios y deducciones mandatorias del empleo del otro padre/madre o esposo(a) durante el período para el cual se solicita asistencia retroactiva. Comience con el empleo más reciente. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si trabaja para sí mismo(a), enumere los gastos del negocio en una hoja por separado.

Nombre del Patrón	Dirección del Patrón	Empleado(a) de: a: (mes/año)	¿De Tiempo Completo? 1/	Ingresos Brutos por mes	$Cantidad de Cualesquier Deducciones Mandatorias al Mes
1.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
2.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
3.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
4.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
5.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
6.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
7.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
8.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
9.		De: A:	☐ Sí ☐ No		
10.		De: A:	☐ Sí ☐ No		

(5.) C. Otros Ingresos - Enumere todos los otros ingresos recibidos por usted o el otro padre/madre u otro esposo(a) durante el período para el cual se reclaman beneficios atrasados. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si no hay ningunos, escriba "Ningunos."

Nombre de la persona que recibió ingresos	Fuente de los ingresos	Recibidos de: A: (mes/año)	Semanales/ mensuales cantidad	¿Qué tan seguido? (semanalmente/ mensualmente)
1.		De: / A: /		
2.		De: / A: /		
3.		De: / A: /		
4.		De: / A: /		
5.		De: / A: /		
6.		De: / A: /		
7.		De: / A: /		
8.		De: / A: /		
9.		De: / A: /		
10.		De: / A: /		
11.		De: / A: /		
12.		De: / A: /		

(5.) D. Enumere todo cuidado de niños, otros gastos relacionados con el trabajo (por ejemplo: transportación) y pagos de sostenimiento a hijos ordenados por la corte pagados por usted o por el otro padre/madre u otro esposo(a) durante el período para el cual se reclama asistencia retroactiva. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si no hay ningunos, escriba "Ningunos". (Adjunte prueba de los pagos).

Tipo de gasto	Quién lo pagó	A quién se le pagó	Pagado de: A: (mes/año)	Semanales/ mensuales cantidad	¿Qué tan seguido? (semanalmente/ mensualmente)
1.			De: / A: /		
2.			De: / A: /		
3.			De: / A: /		
4.			De: / A: /		
5.			De: / A: /		
6.			De: / A: /		
7.			De: / A: /		
8.			De: / A: /		
9.			De: / A: /		
10.			De: / A: /		
11.			De: / A: /		
12.			De: / A: /		

(Continúa al reverso)

(6.) **NO CONTESTE ESTA PREGUNTA SI ES EL PADRE/MADRE DEL NIÑO(S) QUE RECIBÍA SSI.**

¿Tenía usted o el otro padre/madre recursos (por ejemplo: Dinero en efectivo; Cuentas de ahorros y de cheques; Valores; Acciones; Bonos; Acciones en Fondos mutuos; Propiedad (excluyendo la casa en donde vivía); El valor en efectivo del rescate de pólizas de seguros; Pagarés; Hipotecas; Títulos constitutivos de hipotecas: Automóviles; Lanchas, Vehículos de acampar; Joyas; Etc.) durante el período para el cual reclama asistencia retroactiva?

☐ Sí ☐ No Si "Sí", complete lo siguiente y adjunte prueba del valor (Adjunte hojas adicionales si es necesario):

Tipo de recurso (Por Ej., un auto VW 1975)	Valor del recurso	Recursos de los que era dueño(a) De/A (mes/año)	¿Eran usted y el niño(s) que recibía(n) SSI dueños mancomunados de este recurso?
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No
		De: / A: /	☐ Sí ☐ No

(7.) Debe adjuntar pruebas de la información proveída en las preguntas " (2) A", " (5) ", y " (6) " de arriba si están razonblemente a su dispocisión. Si no están razonablemente a su disposición, sus declaraciones solas bastarán. Sin embargo, es posible que el condado revise y verifique sus declaraciones. Si no tiene pruebas, identifique la pregunta y declare la razón por la cual no está a su disposición la prueba, en el espacio dado abajo.

El dar los números de Seguro Social (SSN) es una condición de elegibilidad requerida por la Sección 402(a)(25) del Acta del Seguro Social. El SSN se utilizará en la administración del Programa de AFDC.

Entiendo que las declaraciones de los hechos que he proveído arriba en esta forma están sujetas a investigación y verificación.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FIRMA (O MARCA) DEL SOLICITANTE/DE LA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DEL SOLICITANTE	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	CONDADO DONDE SE FIRMÓ	
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO PADRE/MADRE QUIEN VIVÍA EN EL HOGAR DURANTE EL PERÍODO DEL RECLAMO	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	FIRMA DEL TESTIGO, INTÉRPRETE O PERSONA QUE COMPLETÓ LA FORMA PARA EL SOLICITANTE (SI APLICA)	FECHA EN QUE SE FIRMÓ

COMPLETE CIRCLED SECTIONS AS INDICATED:

Form Approved.
OMB No. 72-RO752

PUBLIC ASSISTANCE AGENCY INFORMATION REQUEST

This report is authorized by section 402(a) of the Social Security Act.
Requested information cannot be provided without a submittal of this form.

1. SOCIAL SECURITY WAGE EARNER INFORMATION

(a) WAGE EARNER'S NAME	b. SEX	c. DATE OF BIRTH	d. DATE OF DEATH	(e) SOCIAL SECURITY NUMBER (If unknown see instructions)	f. CLAIM SYMBOL
Child's Name	☐ MALE ☐ FEMALE	(Mo., Day, Yr.)	(Mo., Day, Yr.)	Child's SSN	

(2.) TO:
SOCIAL SECURITY ADMINSTRATION

XXXX Main Street
Your City, CA XXXXX

(Note: If window envelope is not used, type "Zapata Request" on the outside of the envelope.)

3. PUBLIC ASSISTANCE CLAIMANT INFORMATION

a. CLAIMANT'S NAME

b. SOCIAL SECURITY NUMBER

c. DATE OF BIRTH (Mo., Day, Yr.)

d. CASE NUMBER

e. ADDRESS

f. TELEPHONE NO.

g. RELATIONSHIP TO WAGE EARNER

4. PUBLIC ASSISTANCE AGENCY REQUEST

a Is the requested information available on BENDEX, SDX, BUY-IN? ☐ Yes ☐ No
If no, explain.

(b.) Information is needed for:

Program:
Title IV ____ Title XIX ____
Title XVI ____ Food Stamps ____
Title XVIII ____ Other ____

Purpose:
Entitlement Zapata ____ Referral ____
Fraud ____ Other ____
QA ____

c. Please complete the checked blocks for the individuals whose names, dates of birth and SSN are given below:

FOR REQUESTING AGENCY USE		FOR SSA USE					
NAME AND SOCIAL SECURITY NUMBER OF BENEFICIARY	DATE OF BIRTH (Mo., Day, Yr.)	TYPE OF BENEFIT	DATE OF ENTITLEMENT	AMOUNT OF BENEFIT	EFFECTIVE DATE	PAYMENT STATUS	SMIB EFFECTIVE DATE
1. SSN							
2. SSN							
3. SSN							
4. SSN							
5. SSN							

d. OTHER

5. REMARKS: (If additional space is needed use reverse of this sheet)

(8.) RETURN TO:
Your County Welfare Department
XXXX Main Street
Your City, CA XXXXX

Attention: _____

NAME AND ADDRESS OF AGENCY

(6.) Signature of Requesting Official
CWD person authorized to request information.

Title of person

Date: requested

7. Signature of SSA Official

Title

Date:

State of California
Health and Welfare Agency
Department of Social Services

Send one copy to:
Department of Social Services
Statistical Services Branch
744 P Street, M/S 12-81
Sacramento, CA 95814

REVISED

STATISTICAL REPORT - ZAPATA v. WOODS

County

1. Number of claims received..... _____

2. Number of claims approved (in full or in part)..... _____

3. Number of claims denied..... _____

4. Number of claims pending (Item 1 minus Items 2 and 3)..... _____

5. Total retroactive benefits paid.....$ _____

6. Number of claims reported in Item 2 above in which GR/GA was used in the benefit computation..... _____

7. Total value of GR/GA used in the benefit computation.....$ _____

INSTRUCTIONS

The reporting period is from January 23, 1984 through June 30, 1984.

The due date for this report to be received in Sacramento is on or before July 12, 1984.

Questions concerning completion of this report should be directed to the Statistical Services Branch at (916) 322-2230 or ATSS 492-2230.

Person to contact regarding this report:	Telephone Number: ( )	Date:

REVISED: FEBRUARY 1984