STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WE RE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

March 8, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-34

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: ZAPATA V. WOODS: NOTICE OF ACTION EXPLANATIONS

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER NO. 84-14, DATED JANUARY 26, 1984

This letter provides an errata to All County Letter (ACL) 84-14, dated January 26, 1984. In issuing the modified NA 290 and 990 an error was made to the State Hearing Section of the forms. In addition, the letter did not consistently refer to the December 1, 1981 date regarding the computation of net non-exempt income in accordance with MPP Section 50-011.522. Attached are copies of the affected pages containing the necessary corrections. Please replace the pages contained in ACL 84-14 with the pages attached to this letter.

In addition, this letter transmits the Spanish translation of the modified NA 290, NA 990, Zapata v. Woods Continuation Page, the notice of action explanations, and the exemplars as shown in Attachment VI.

If there are questions, please contact Joe Carleton at (916) 322-5387.

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

Attachment I

NA 290 and NA 990 Changes

Because there is currently no Notice of Action (NOA) form which is compatible with actions taken on claims for retroactive benefits, the Department plans to have counties alter the current NA 290 (for manual counties) and NA 990 (for computer counties) to suit those needs until a new form can be printed and approved. The changes to the forms are minor:

FRONT:

1. The effective date of the action has been omitted from the NA 290 because action taken on claims for retroactive benefits do not affect a recipient's current eligibility or benefits. Please note that the NOA explanations detail the disposition of each claim.

2. The State Hearing section of both the NA 290 and NA 990 has been altered in two ways. Because the disposition of the claim for retroactive benefits has no effect on current eligibility and grant amount, the aid paid pending clause does not apply and has been deleted. Additionally, because there is no effective date of the action, wording dealing with the time frames for filing for a state hearing has been amended to clarify that a hearing request must be made within 90 days from the date the NOA is mailed.

BACK:

The current NA Back 3 will be used with the modified Front.

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

Notice of Action

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker.

Case Name :
Case Number :
Worker :
Phone :
Date :

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. Effective ////////////////////// the following action is being taken:

Regulations. This action is required by State regulations which are available for review at the county welfare department: Manual of Policies and Procedures (MPP) Section(s) _____

Medi-Cal — California Administrative Code Title 22, Section(s) _____

State Hearing. If you are dissatisfied with this action, you must ask for a State Hearing within 90 days from the date this notice is mailed. Read the back for important information about your right to appeal this action.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEL. 10/82 **NA990 N**
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE:_____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS.

TELEPHONE:
CASE NAME:

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, You must ASK FOR A STATE HEARING within 90 days from the date this notice is mailed. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990N (REV. 1782)

BUDGET COPY

|__| The following action(s) have been taken:

|__| Disallowance of deduction(s). (See page ___)

|__| Denial of a portion of your claim. (See copy of the Notice(s) of Action Attachment)

|__| Denial of inclusion of a person in the Assistance Unit. (See page ___)

|__| Amount of overpayment being adjusted. (See copy of the Notice of Action attached)

MPP Sections 50-011.5 and 50-011.6

Notes on Completing the Notice

(1) Fill in the period(s) for which the claim is approved and the amount of the payment being sent.

(2) Complete the computation of the MAP for the number of individuals to be included in the Assistance Unit for the approved claim period.

(3) Complete the computation for the amount of back payment. This notice may not be able to stand alone. Continuation pages would be required to show the computation of the net nonexempt income. It may be necessary to use more than one continuation page to reflect the net nonexempt income when the approved claim period goes beyond December 1, 1981. Clearly number all pages.

(4) Check the appropriate box(es) regarding other actions taken or being taken which affect the amount of the back payment. It will be necessary to provide either the Notice of Action being issued or a copy of the notice sent as an attachment in order to document the statement checked. (Note: When the box concerning the amount of an overpayment being adjusted is checked, the attached copy of the notice could include the Demand Notice or any other Notice of Action showing the amount of the outstanding overpayment.)

III. Net Nonexempt Income Computation for Income Received Before December 1, 1981

		(1) Name	(2) Name	(3) Name
Total Earned Income from _____ to _____	=	$	$	$
Total Earned Income from _____ to _____		$	$	$
Total Earned Income from _____ to _____		$	$	$
No. of Months for Which the Earnings Covered	:	[ ]	[ ]	[ ]
Disregard: $30 (number of months X $30)	−	$	$	$
Subtotal	=	$	$	$
Disregard: One-third of subtotal	−	$	$	$
Inc. Tax, Soc. Security and Disability Ins.	−	$	$	$
Work-Related Expenses	−	$	$	$
Child Care Expenses	−	$	$	$
Other Countable Income: _____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
Court-Ordered Child Support Paid	−	$	$	$
Net Nonexempt Income	=	$	$	$

Total Net Nonexempt Income (Total of Columns 1+2+3)....$_____

IV. Net Nonexempt Income Computation for Income Received on or After December 1, 1981.

		(1) Name	(2) Name	(3) Name
Total Earned Income from _____ to _____	=	$	$	$
Total Earned Income from _____ to _____		$	$	$
Total Earned Income from _____ to _____		$	$	$
Inc. Tax, Soc. Security and Disability Ins.	−	$	$	$
Standard Work Expense Disregard	−	$	$	$
Dependent Care Disregard	−	$	$	$
No. of Mos. $30 & 1/3 Disregard Allowable	:	[ ]	[ ]	[ ]
Disregard: $30 (number of months X $30)	−	$	$	$
Subtotal	=	$	$	$
Disregard: One-third of the Portion of the Subtotal Allowable (Subtotal divided by Total No. Months which the Earnings Covered X the Number of Months $30 and 1/3 is Allowable)	−	$	$	$
Other Countable Income: _____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
Court-Ordered Child Support Paid	−	$	$	$
Net Nonexempt Income	=	$	$	$

Total Net Nonexempt Income (Total of Columns 1+2+3)....$_____

Total Net Nonexempt Income before December 1981(from Page _____) $_____

Grand Total Net Nonexempt Income $_____

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

Notice of Action

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker.

Case Name : Attachment VI A
Case Number : Exemplar - Manual
Worker : Counties
Phone :
Date :

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. ~~Effective ____________________ the following action is being taken:~~

Zapata v. Woods, Back AFDC Payment Denied. Your request for back AFDC payment has been denied for the period from January 1980 through November 30, 1980, because: your eligibility to receive a back AFDC payment stopped when your child(ren) reached the age of 21. According to our records John Doe reached the age of 21 on December 21, 1979. An AFDC child's age limit for the period specified above was 21 years of age.

Regulations. This action is required by State regulations which are available for review at the county welfare department: Manual of Policies and Procedures (MPP) Section(s) 50.011.422

Medi-Cal — California Administrative Code Title 22, Section(s) ____________

State Hearing. If you are dissatisfied with this action, you must ask ~~**your aid may continue unchanged if you ask**~~ **for a State Hearing** within ~~**before the effective date of the action**~~**. Read the back for important information about your right to appeal this action.**
90 days from the date this notice is mailed.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

NA990 N
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

ATTACHMENT VI B
EXEMPLAR - COMPUTER
COUNTIES

ZAPATA V. WOODS, BACK AFDC PAYMENT DENIED. YOUR REQUEST FOR BACK AFDC PAYMENT HAS BEEN DENIED FOR THE PERIOD FROM JANUARY 1980 THROUGH NOVEMBER 30, 1980, BECAUSE: YOUR ELIGIBILITY TO RECEIVE A BACK AFDC PAYMENT STOPPED WHEN YOUR CHILD(REN) REACHED THE AGE OF 21. ACCORDING TO OUR RECORDS JOHN DOE REACHED THE AGE OF 21 ON DECEMBER 21, 1979. AN AFDC CHILD"S AGE LIMIT FOR THE PERIOD SPECIFIED ABOVE WAS 21 YEARS OF AGE.

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) 50-011.422.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, YOU MUST ASK FOR A STATE HEARING WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990 N (REV. 1/80)

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

Notice of Action

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker.

Case Name :
Case Number :
Worker :
Phone :
Date :

Attachment VI A
Exemplar - Manual
Counties

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. Effective ~~/////////////////////~~ the following action is being taken:

Zapata v. Woods - Need For Information/Proof. Your claim for a back AFDC payment cannot be processed because you have not provided necessary information/proof. You must provide the information/proof listed below on or before April 13, 1984 in order to have your claim properly processed.

If we do not receive the information/proof by the deadline indicated above, that portion of your claim for which we need the information/proof may be denied.

You will receive another notice explaining any action which may be taken as a result of your response to this request.

Period	Information/Proof Needed
From January 1980 through November 30, 1983	The signature of John Doe is missing from the claim form. We must have him sign the form in order for you to receive a back payment including him. Please have him sign the copy of the claim form attached, in the space indicated.

If you have any questions or need assistance in providing the information/proof described above, please contact your worker.

Regulations. This action is required by State regulations which are available for review at the county welfare department: Manual of Policies and Procedures (MPP) Section(s) 50-011.47

Medi-Cal — California Administrative Code Title 22, Section(s) _____

State Hearing. If you are dissatisfied with this action, ~~your aid may continue unchanged if you ask~~ you must ask for a State Hearing ~~before the effective date of the action~~ within 90 days from the date this notice is mailed. Read the back for important information about your right to appeal this action.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEL. 10 82 NA990 N
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL D ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) D ELEGIBILIDAD.

ATTACHMENT VI B
EXEMPLAR - COMPUTER COUNTIES

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. ~~Effective / / the following action is being taken:~~

ZAPATA V. WOODS - NEED FOR INFORMATION/PROOF. YOUR CLAIM FOR A BACK AFDC PAYMENT CANNOT BE PROCESSED BECAUSE YOU HAVE NOT PROVIDED NECESSARY INFORMATION/PROOF. YOU MUST PROVIDE THE INFORMATION/PROOF LISTED BELOW ON OR BEFORE APRIL 13, 1984 IN ORDER TO HAVE YOUR CLAIM PROPERLY PROCESSED.

IF WE DO NOT RECEIVE THE INFORMATION/PROOF BY THE DEADLINE INDICATED ABOVE, THAT PORTION OF YOUR CLAIM FOR WHICH WE NEED THE INFORMATION/PROOF MAY BE DENIED.

YOU WILL RECEIVE ANOTHER NOTICE EXPLAINING ANY ACTION WHICH MAY BE TAKEN AS A RESULT OF YOUR RESPONSE TO THIS REQUEST.

PERIOD	INFORMATION/PROOF NEEDED
FROM JANUARY 1980 THROUGH NOVEMBER 30, 1983	THE SIGNATURE OF JOHN DOE IS MISSING FROM THE CLAIM FORM. WE MUST HAVE HIM SIGN THE FORM IN ORDER FOR YOU TO RECEIVE A BACK PAYMENT INCLUDING HIM. PLEASE HAVE HIM SIGN THE COPY OF THE CLAIM FORM ATTACHED, IN THE SPACE INDICATED.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR NEED ASSISTANCE IN PROVIDING THE INFORMATION/PROOF DESCRIBED ABOVE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) 50-011.47.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, YOU MUST ASK FOR A STATE HEARING WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990 N (REV. 1/84)

State of California
Health and Welfare Agency

Department of Social Services

Notice of Action

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker.

Case Name :
Case Number :
Worker :
Phone :
Date :

Attachment VI A
Exemplar - Manual
Counties

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. ~~Effective ..... the following action is being taken:~~

Zapata v. Woods, Back AFDC Payment Approval. Your back AFDC payment has been approved for the period from January 1977 through May 1978, in the amount of $1,158.00.

Computation of Back Payment

1) Maximum Aid Payment for 1 person from 1/77 to 6/77 ($166 x 6 mos) = $ 996

2) Maximum Aid Payment for 1 person from 7/77 to 5/78 ($175 x 11 mos) = $1,925

Total Maximum Aid Payment (1) + (2) ..... = $2,921

Total Net Nonexempt Income (see page 2) ..... - $1,763

Total Back Aid ..... = $1,158

Overpayment Adjustment ..... - $ 0

Total Back Payment ..... = $1,158

The following actions have been or are being taken that affect the amount of back AFDC payment you are receiving:

[X] No other action has been taken.

[ ] The following action(s) have been taken:

[ ] Disallowance of deduction(s). (See page __)

[ ] Denial of a portion of your claim. (See copy of the Notice of Action attached.)

[ ] Denial of inclusion of a person into the Assistance Unit (see page __).

[ ] Amount of Overpayment being adjusted (see copy of the Notice of Action attached).

Regulations. This action is required by State regulations which are available for review at the county welfare department: Manual of Policies and Procedures (MPP) Section(s) 50-011.5 and 50-011.6

Medi-Cal — California Administrative Code Title 22, Section(s) _____

State Hearing. If you are dissatisfied with this action, ~~your aid may continue unchanged if you ask~~ you must ask for a State Hearing ~~before the effective date of the action.~~ within 90 days from the date this notice is mailed. Read the back for important information about your right to appeal this action.

Notice of Action—Continued

Case Name :
Case Number :
Date of Notice :

Net Nonexempt Income Computation For Income Received Before December 1, 1981

		(1) Name	(2) Name	(3) Name
		Mary Doe		
Total Earned Income from 1/77 to 11/77	=	$3,200	$	$
		$	$	$
		$	$	$
Number of months from which the earnings covered:		[11]	[ ]	[ ]
Disregard: $30 (Number of months x $30)	-	$ 330	$	$
Subtotal	=	$2,870	$	$
Disregard: 1/3 of Subtotal	-	$ 957	$	$
Inc. Tax, Soc. Sec. and Disability Ins.	-	$ 360	$	$
Work-related Expenses	-	$ 0	$	$
Child Care Expenses	-	$ 0	$	$
Other Countable Income: Interest from Savings	+	$ 10	$	$
Unemployment Insurance Benefits	+	$ 200	$	$
	-	$	$	$
Court Ordered Child Support Paid	-	$ 0	$	$
Net Nonexempt Income	+	$1,763	$	$

Total Net Nonexempt Income (Total of Columns 1 + 2 + 3) $1,763

Zapata v. Woods - Continuation Page.

State Hearing. Read the back of Page 1 for important information about your right to appeal this action.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES NA990 N

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF TH PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) ELEGIBILIDAD.

ATTACHMENT VI B
EXEMPLAR - COMPUTER COUNTIES

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. Effective _____, the following action is being taken:

ZAPATA V. WOODS, BACK AFDC PAYMENT APPROVAL. YOUR BACK AFDC PAYMENT HAS BEEN APPROVED FOR THE PERIOD FROM JANUARY 1977 THROUGH MAY 1978, IN THE AMOUNT OF $1,158.00.

COMPUTATION OF BACK PAYMENT

1)	MAXIMUM AID PAYMENT FOR 1 PERSON FROM 1/77 TO 6/77 ($166 X 6 MOS) =	$ 996
2)	MAXIMUM AID PAYMENT FOR 1 PERSON FROM 7/77 TO 5/78 ($175 X 11 MOS) =	$1,925
	TOTAL MAXIMUM AID PAYMENT (1) + (2) ..... =	$2,921
	TOTAL NET NONEXEMPT INCOME (SEE PAGE 2) ..... -	$1,763
	TOTAL BACK AID ..... =	$1,158
	OVERPAYMENT ADJUSTMENT ..... -	$ 0
	TOTAL BACK PAYMENT ..... =	$1,158

THE FOLLOWING ACTIONS HAVE BEEN OR ARE BEING TAKEN THAT AFFECT THE AMOUNT OF BACK AFDC PAYMENT YOU ARE RECEIVING:

|X| NO OTHER ACTION HAS BEEN TAKEN.

|_| THE FOLLOWING ACTION(S) HAVE BEEN TAKEN:

- |_| DISALLOWANCE OF DEDUCTION(S). (SEE PAGE ___)
- |_| DENIAL OF A PORTION OF YOUR CLAIM. (SEE COPY OF THE NOTICE OF ACTION ATTACHED.)
- |_| DENIAL OF INCLUSION OF A PERSON INTO THE ASSISTANCE UNIT (SEE PAGE ___).
- |_| AMOUNT OF OVERPAYMENT BEING ADJUSTED (SEE COPY OF THE NOTICE OF ACTION ATTACHED).

Regulations. This action is required by State regulations which are available for review at the county welfare department: Manual of Policies and Procedures (MPP) Section(s) 50-011.5 and 50-011.6

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, YOU MUST ASK FOR A STATE HEARING WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NAPPO N (REV. 1/77)

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE: _____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS

TELEPHONE:
CASE NAME:

NOTICE OF ACTION - CONTINUED

NET NONEXEMPT INCOME COMPUTATION FOR INCOME RECEIVED BEFORE DECEMBER 1, 1981

		(1) NAME MARY DOE	(2) NAME	(3) NAME
TOTAL EARNED INCOME FROM 1/77 to 11/77	=	$3,200	$	$
		$	$	$
		$	$	$
NUMBER OF MONTHS FROM WHICH THE EARNINGS COVERED:		[11]	[ ]	[ ]
DISREGARD: $30 (NUMBER OF MONTHS x $30)	-	$ 330	$	$
SUBTOTAL	=	$2,870	$	$
DISREGARD: 1/3 OF SUBTOTAL	-	$ 957	$	$
INC. TAX, SOC. SEC. AND DISABILITY INS.	-	$ 360	$	$
WORK-RELATED EXPENSES	-	$ 0	$	$
CHILD CARE EXPENSES	-	$ 0	$	$
OTHER COUNTABLE INCOME: INTEREST FROM SAVINGS	+	$ 10	$	$
UNEMPLOYMENT INSURANCE BENEFITS	+	$ 200	$	$
	-	$	$	$
COURT ORDERED CHILD SUPPORT PAID	-	$ 0	$	$
NET NONEXEMPT INCOME	+	$1,763	$	$

TOTAL NET NONEXEMPT INCOME (TOTAL OF COLUMNS 1 + 2 + 3) $1,763

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, You must within 90 days ASK FOR A STATE HEARING BEFORE THE EFFECTIVE DATE OF THIS ACTION. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION. from the date this notice is mailed.

NA990'N (REV. 1/82)

BUDGET COPY

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

Página 1 de _____

Notificación de Acción

Si tiene cualquier pregunta o desea más información respecto a esta acción, por favor comuníquese con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a) :
Teléfono :
Fecha :

Descripción de la Acción, Cantidad, Razón(es), Comentarios.

Regulaciones. Esta acción es requerida por las regulaciones estatales, las cuales pueden ser revisadas en el departamento de bienestar del condado; Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), Secciones _____

Medi-Cal - Código Administrativo de California, Título 22, Secciones _____

Audiencia con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, debe pedir una Audiencia con el Estado dentro de 90 días de la fecha de correo de este aviso. Lea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

NA 290 (8/82) SP Cash Aid/MC-General Notice

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departame. ɔ de Servicios Sociales

Página _____ de _____

Notificación de Acción - Continúa

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Fecha de la Notificación:

Audiencia con el Estado. Lea el reverso de la Página 1, el cual contiene información importante sobre su derecho a apelar esta acción.

Attachment II

Denials

All denial actions will appear on the changed NA 290 or NA 990 (Attachment I.)

Purpose and Nature of the Notice

Use this notice to deny all or a part of a claim because the claimant failed to meet the requirements of MPP Section(s) 50-011.313, .315, .41, .421, .422, .423, .424, .425, .426, .427, and/or .43.

Form Content

Se niega el pago atrasado de AFDC de Zapata vs. Woods. Su petición para el pago atrasado de AFDC ha sido negada por el período desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

porque:

Examples of the reason for denial include, but are not limited to, the following:

a. Usted no califica para pagos basados en la decisión de Zapata porque cuando hicimos la negación/descontinuación original de sus beneficios de AFDC, la razón no fue solamente que su(s) hijo(s) estaba(n) recibiendo SSI.

Sección 50-011.41 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP).

b. Su reclamación no cae dentro del período retroactivo de Zapata vs. Woods.

Sección 50-011.41 del MPP.

c. No presentó su reclamación antes de que se venciera la fecha final de registro, la cual era el 30 de abril de 1984. Según nuestros archivos, su reclamación fue presentada el _____ (fecha).

Sección 50-011.313 del MPP.

d. Sus hijos no fueron privados de cuidado o sostenimiento paterno/materno debido a que el otro padre/madre no había fallecido, ni usted ni el otro padre/madre que vivía en el hogar tenía una enfermedad, defecto o impedimento físico o mental, que reducía o eliminaba su capacidad para cuidar o sostener a sus hijos, usted y el otro padre/madre que vivía en el hogar estaban trabajando un promedio de más de 100 horas al mes, y ni usted ni el otro padre/madre que vivía en el hogar estuvo físicamente ausente del hogar por más tiempo que un breve período.

Sección 50.011.421 del MPP.

e. Su elegibilidad para recibir un pago atrasado de AFDC terminó cuando su(s) hijo(s) cumplió(eron) la edad de _____. Según nuestros archivos, _____ cumplió la edad
(nombre)
de _____ el _____. La edad límite de un
(fecha)
hijo para recibir AFDC durante el período especificado arriba era de _____ años de edad.

Sección 50-0]].422 del MPP.

f. _____ tenía recursos de más de
(nombre)
$_____, el cual era el límite de recursos, los cuales no fueron tomados en consideración en la evaluación de recursos de SSI del (los) niño(s). Según nuestros archivos, los recursos contables son:

Recurso	Valor	Recurso	Valor
	$		$

Sección 50-011.424 del MPP.

g. La cantidad bruta de los ingresos de su familia (sin incluir la cantidad de SSI recibida por su(s) hijo(s)) era mayor del 150% del Criterio Mínimo Básico de Cuidado Adecuado (MBSAC) para el período de tiempo especificado arriba. Según nuestros archivos, la cantidad de ingresos brutos recibidos en el período especificado arriba era de $ _____. Esta cantidad es mayor que la cantidad del 150% del MBSAC, el cual se calcula de la manera siguiente:

(1) Cantidad del 150% del MBSAC para

_____ persona(s) desde __/__/__
(fecha)
hasta __/__/__ ($ _____ x _____ meses) = $ _____
(fecha)

(2) Cantidad del 150% del MBSAC para

_____ persona(s) desde __/__/__
(fecha)

hasta __/__/__ ($ _____ x _____ meses) = $ _____.

Total del 150% del MBSAC (1) + (2) = $ _____.

Secciones 50-011.423 y 50-011.46 del MPP.

h. Usted no proporcionó la información/el comprobante que le pedimos el _____ antes de la fecha de corte especificada
(fecha)
en la petición. Sin esta información/comprobante, no podemos establecer si califica para recibir un pago atrasado de Zapata para el periodo especificado arriba.

(Vea la copia adjunta de la "Petición para Informacion/Comprobante.")

Secciones 50-011.43 y 50-011.47 del MPP.

i. Usted no cooperó para obtener la información/el comprobante que se necesita para tramitar su reclamacion.

(Vea la copia adjunta de la "Petición para Información/Comprobante.")

Secciones 50-011.315 y 50-011.47 del MPP.

Notes on Completing the Notice

(1) Fill in the dates which the denial is affecting. These dates may encompass the entire claim period or a portion thereof. In the event that more than one portion of the claim period is being denied, for whatever reason(s), a separate denial must be sent for each portion being denied.

(2) You will need to attach additional pages, as appropriate, to provide the substantiation for the reason of denial. These additional pages may include, but are not limited to: computation sheets; copy of the Request for Additional Information/Proof; or other documents supporting the reason for the denial. Clearly number all pages.

(3) When the denial is for only a portion of the claim period, the NA 290 or NA 990 must contain the following statement:

"El balance de su reclamación se está tramitando. Usted va a recibir otros avisos informándole sobre el resto de su reclamación."

Attachment III

Claims Which Cannot Be Processed

The explanation will appear on the revised NA 290 or NA 990 (Attachment I)

Purpose and Nature of the Notice

Use this notice to request additional/missing information/verification needed in order to process the claim pursuant to MPP Section 50-011.47.

Form Content

Se necesita Información/Comprobante en Zapata vs. Woods. Su reclamación para un pago atrasado de AFDC no puede tramitarse porque usted no proporcionó la información/comprobante necesario. Usted debe proporcionar la información/comprobante indicado a continuación antes de o el dia _____ (fecha) para que su reclamación sea tramitada apropiadamente.

Si no recibimos la información/comprobante para la fecha que se acaba de indicar, se negará la parte de su reclamo para la cual necesitamos la información/comprobante. Usted va a recibir otro aviso explicándole cualquier acción que sea tomada como resultado de su respuesta a esta petición.

Período		Información/Comprobante Necesitado
Desde _____	hasta _____	_____
Desde _____	hasta _____	_____
Desde _____	hasta _____	_____
Desde _____	hasta _____	_____

Si tiene cualquier pregunta o necesita asistencia para proporcionar la información/comprobante que se describe, por favor comuníquese con su trabajador(a).

Sección 50-011.47 del MPP

Notes on Completing the Notice

(1) Fill in the date establishing the deadline for submission of the requested information/proof. Indicate the period(s) of time for which the information/proof is needed. Specify exactly what information/proof is requested and why.

(2) When the request is being sent to obtain complete information, attach a copy of the claim form (TEMP 1587) with the item(s) needing completion indicated in order to help the claimant understand what is being requested. For example, if the request is based on the missing signature of the second parent, the explanation should read as follows:

"Hace falta la firma de _____ en la forma de reclamación.
(nombre)
Dicha persona tiene que firmar la forma para que usted pueda recibir un pago atrasado que la incluya. Por favor pídale que firme la copia de la forma de reclamación adjunta en el espacio indicado."

(3) When the request is being sent to obtain missing or incomplete verification, attach a copy of the claim form (TEMP 1587) with the item(s) requiring verification indicated. In addition, the NA 290 or NA 990 must contain the following statement:

"Si usted no puede proporcionar el comprobante necesitado, explique las razones por las cuales no está a su disposición en la Sección 7 de la forma de reclamación adjunta. Agregue hojas adicionales si es necesario."

Attchment IV

Approval

The approval will appear on the revised NA 290 or NA 990 (Attachment I).

Purpose and Nature of the Notice

Use this notice to approve all or a part of a claim.

Form Content

Aprobación del Pago Atrasado de AFDC por Zapata vs. Woods. Su pago atrasado de AFDC ha sido aprobado por el período que comprende desde _____ hasta _____, por la cantidad de $ _____.

Computation of Back Payment

(1) Pago Máximo de Asistencia por _____ persona(s) desde ___/___/___ (fecha)
hasta ___/___/___ (fecha) ($ _____ x _____ meses.)

(2) Pago Máximo de Asistencia para _____ persona(s) ___/___/___ (fecha)
hasta ___/___/___ (fecha) ($ _____x _____) meses.)

(3) Pago Máximo de Asistencia por _____ persona(s) desde ___/___/___ (fecha)
hasta ___/___/___ (fecha) ($ _____x _____ meses.)

(4) Pago Máximo de Asistencia por _____ persona(s) desde ___/___/___ (fecha)
hasta ___/___/___ (fecha) ($ ____ x _____ meses.)

Total del pago Máximo de Asistencia (1) + (2) + (3) + (4)	= $_____.
Total del Ingreso Neto no Exento (Vea la página _____)	- $_____.
Total de Asistencia Atrasada	= $_____.
Ajuste por Pago Excesivo	- $_____.
Total del Pago Atrasado	= $_____.

Las siguientes acciones se han tomado o se están tomando, las cuales afectan la cantidad del pago atrasado de AFDC que usted está recibiendo.

☐ No se ha tomado ninguna otra acción.

☐ Las siguientes acciones has sido tomadas:

☐ Inadmisión de deducción(es). (Vea la página _____)

☐ Negación de una parte de su reclamación. (Vea la copia de la página que se adjunta a la Notificación de Acción)

☐ Negación de la inclusión de una persona en la Unidad de Asistencia (Vea la página _____).

☐ Cantidad del pago excesivo que está siendo ajustada. (vea la copia de la Notificación de Acción que se adjunta).

MPP Sections 50-011.5 and 50-011.6

Notes on Completing the Notice

(1) Fill in the period(s) for which the claim is approved and the amount of the payment being sent.

(2) Complete the computation of the MAP for the number of individuals to be included in the Assistance Unit for the approved claim period.

(3) Complete the computation for the amount of back payment. This notice may not be able to stand alone. Continuation pages would be required to show the computation of the net nonexempt income. It may be necessary to use more than one continuation page to reflect the net nonexempt income when the approved claim period goes beyond January 1, 1982. Clearly number all pages.

(4) Check the appropriate box(es) regarding other actions taken or being taken which affect the amount of the back payment. It will be necessary to provide either the Notice of Action being issued or a copy of the notice sent as an attachment in order to document the statement checked. (Note: When the box concerning the amount of an overpayment being adjusted is checked, the attached copy of the notice could include the Demand Notice or any other Notice of Action showing the amount of the outstanding overpayment.)

Attachment V

Continuation Page - Net Nonexempt Income Computation

The continuation message will appear on the Zapata v. Woods continuation page (Attachment I) and must be used with a Notice of Action. The continuation cannot stand alone.

Purpose and Nature of this Page.

Use this page to show the calculation of the net nonexempt income of the Assistance Unit. This page will be used in conjunction with either the Denial (Attachment II) or Approval (Attachment IV) Notice.

Form Content:

I. Disallowance of Deductions from Earnings.

Pago Atrasado de AFDC por Zapata vs. Woods - Deducción por Inadmisión de Ingresos. Las siguientes deduciones de las ganancias de _____ (nombre) no han sido permitidas al calcular la cantidad de ingresos netos no exentos debido a:

Periodo	Deducción No Admitida	Cantidad
De __/__ a __/__	_____	$_____
De __/__ a __/__	_____	$_____
De __/__ a __/__	_____	$_____
De __/__ a __/__	_____	$_____
De __/__ a __/__	_____	$_____

Examples of the reason for disallowance of deduction(s) include, but are not limited to, the following:

a) La información/comprobante que se proporcionó en su forma de reclamo no fue suficiente para permitir la deducción indicada a continuación y usted no proporcionó la información/comprobante adicional/que falta (select appropriate term) antes del día _____. (Vea la forma de Necesidad de Información/Comprobante de Zapata vs.Woods con fecha del _____.)

Sección 50-011.521(f) del MPP.

b) No podemos permitir los gastos relacionados con el trabajo indicados enseguida desde el 1 de diciembre de 1981 hasta el 31 de enero de 1984 debido a un cambio en la ley que ya no permite que se deduzcan los gastos de los ingresos.

Sección 50-011.522 del MPP.

c) Para los ingresos recibidos después del 1 de diciembre de 1981, la deducción de $30 y un tercio de los ingresos se limita a cuatro meses debido a un cambio en la ley.

Sección 50-011.522 del MPP.

II. Negación de la Inclusión de una Persona en la Unidad de Asistencia de Zapata vs. Woods.

No podemos incluir a _____ en la Unidad de
(nombre)
Asistencia porque:

☐ Dicha persona no firmó la forma de reclamación y usted no proporcionó dicha firma antes de la fecha de vencimiento, la cual es _____. (Vea la forma adjunta, Zapata vs. Woods -
(fecha)
Necesidad de Información/Comprobante con fecha del _____.)

☐ Dicha persona no tiene derecho a que se le incluye en la Unidad de Asistencia como padrastro/madrastra desempleado/a (que trabaja menos de 100 horas al mes).

☐ Dicha persona no tiene derecho a que se le incluya en la Unidad de Asistencia para poder cuidar a los niños debido a que usted podía cuidarlos.

Su pago atrasado de AFDC se basará en una Unidad de Asistencia cuyo tamaño consistirá en una sola persona.

Sección 50-011.45 del MPP.

III. Cálculo de Ingresos Net No Exentos para Ingresos Recib os Antes del 1 de diciembre de 1981.

		(1) Nombre	(2) Nombre	(3) Nombre
Ingreso Total Ganado de _____ a _____	=	$	$	$
Ingreso Total Ganado de _____ a _____		$	$	$
Ingreso Total Ganado de _____ a _____		$	$	$
Número de meses cubiertos por las ganancias:		[ ]	[ ]	[ ]
Deducción: $30 (No. de meses X $30)		$	$	$
Subtotal	=	$	$	$
Deducción: un tercio del subtotal	-	$	$	$
Impuestos sobre ingresos, seguro social y seguro de incapacidad	-	$	$	$
Gastos relacionados con el trabajo	-	$	$	$
Gastos por cuidado de niños	-	$	$	$
Otros ingresos contables: _____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
Sostenimiento a Hijos Pagado por Orden de la Corte	-	$	$	$
Ingresos Netos No Exentos	=	$	$	$

Total de Ingresos Netos no Exentos (Total de las columnas 1+2+3).... $_____

IV. Cálculo de Ingresos Netos No exentos para Ingresos Recibidos el o después del 1 de diciembre de 1981.

		Nombre	Nombre	Nombre
Ingreso Total Ganado de _____ a _____		$	$	$
Ingreso Total Ganado de _____ a _____		$	$	$
Ingreso Total Ganado de _____ a _____		$	$	$
Impuestos sobre ingresos, seguro social y seguro de incapacidad	-	$	$	$
Deducción Ordinaria por Gastos de Trabajo	-	$	$	$
Deducción por Cuidado de Personas a su Cargo	-	$	$	$
No. de meses en los que se permitió la deducción de $30 y 1/3	:	$	$	$
Deducción: $30 (No. de meses X $30)	-	$	$	$
Subtotal	=	$	$	$
Deducción: un tercio de la parte del subtotal permitida (el subtotal se divide entre el No. total de meses cubiertos por las ganancias X el No. de meses en que se dedujeron los $30 y 1/3)	-	$	$	$
Otros Ingresos Contables: _____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
_____	+	$	$	$
Sostenimiento a Hijos Pagado por Orden de la Corte	-	$	$	$
Ingresos Netos No Exentos	=	$	$	$

Total de Ingresos Netos No Exentos (Total de las columnas 1+2+3)... $_____

Total de Ingresos Netos No Exentos antes de diciembre de 1981 (de la página _____) $_____

Suma Total de Ingresos Netos No Exentos $_____

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

Página 1 de _____

Notificación de Acción

Si tiene cualquier pregunta o desea más información respecto a esta acción. por favor comuníquese con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a) :
Teléfono :
Fecha :

Attachment VI A
Exemplar - Manual
Counties

Descripción de la Acción, Cantidad, Razón(es), Comentarios.

Negación del Pago Atrasado de AFDC, por Zapata vs. Woods. Su petición para un pago atrasado de AFDC ha sido negado para el período que comprende desde enero de 1980 hasta el 30 de noviembre de 1980 porque: su elegibilidad para recibir un pago atrasado de AFDC terminó cuando sus hijos cumplieron 21 años de edad. Según nuestros archivos John Doe, cumplió la edad de 21 años el 21 de diciembre de 1979. El límite de edad de un niño para AFDC para el período especificado arriba era de 21 años de edad.

Regulaciones. Esta acción es requerida por las regulaciones estatales, las cuales pueden ser revisadas en el departamento de bienestar del condado; Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), Secciones _____

Medi-Cal - Código Administrativo de California, Título 22, Secciones _____

Audiencia con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, debe pedir una Audiencia con el Estado dentro de 90 días de la fecha de correo de este aviso. Vea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

NA 290 (8/82) SP Cash Aid/MC-General Notice

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEL. 10/82 **NA990 N**
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE:_____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS

TELEPHONE:
CASE NAME:

ZAPATA VS. WOODS, NEGACIÓN DEL PAGO ATRASADO DE AFDC. SU PETICIÓN PARA UN PAGO ATRASADO DE AFDC HA SIDO NEGADA PARA EL PERÍODO QUE COMPRENDE DESDE ENERO DE 1980 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 1980, PORQUE:
SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR UN PAGO ATRASADO DE AFDC TERMINÓ CUANDO SUS HIJOS CUMPLIERON LA EDAD DE 21 AÑOS. SEGUN NUESTROS ARCHIVOS, JOHN DOE CUMPIÓ LOS 21 AÑOS EL 21 DE DICIEMBRE DE 1979. EL LÍMITE DE EDAD PARA QUE UN NIÑO RECIBA AFDC PARA EL PERÍODO QUE SE ESPECIFICÓ ARRIBA ERA DE 21 AÑOS DE EDAD.

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG. You must ASK FOR A STATE HEARING WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990 N (REV. 10/82)

BUDGET COPY

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

Página 1 de _____

Notificación de Acción

Si tiene cualquier pregunta o desea más información respecto a esta acción, por favor comuníquese con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a) :
Teléfono :
Fecha :

Attachment VI A
Exemplar - Manual
Counties

Descripción de la Acción, Cantidad, Razón(es), Comentarios.

Zapata vs. Woods - Necesidad de Información/Comprobante. Su reclamación para un pago atrasado de AFDC no puede ser tramitada porque usted no ha proporcionado la información/comprobante que se necesita. Usted debe proporcionar la información/comprobante que se indica a continuación el o antes del 13 de abril de 1984 para que se pueda tramitar apropiadamente su reclamo.

Si no recibimos la información/el comprobante antes de la fecha de vencimiento indicaba arriba, esa parte de su reclamo para la cual necesitamos la información/el comprobante puede ser negada.

Usted recibirá otra notificación explicándole cualquier acción que pueda ser tomada como resultado de su respuesta a esta petición.

Período	Información/Comprobante que se necesita
Desde enero de 1980 hasta el 30 de noviembre de 1983	Hace falta la firma de John Doe en la forma de reclamo. Tenemos que tener dicha firma para que usted pueda recibir un pago atrasado en el cual se le incluya a él/ella. Por favor haga que firme la copia de la forma de reclamación adjunta, en el espacio indicado.

Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para proporcionar la información/comprobante que se describe arriba, por favor comuníquese con su trabajador(a).

Regulaciones. Esta acción es requerida por las regulaciones estatales, las cuales pueden ser revisadas en el departamento de bienestar del condado; Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), Secciones 50-011.47

Medi-Cal - Código Administrativo de California, Título 22, Secciones _____

Audiencia con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, debe pedir una Audiencia con el Estado dentro de 90 días de la fecha de correo de este aviso. Vea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

NA 290 (8/82) SP Cash Aid/MC-General Notice

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEL. 10/82 NA990 N
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE:_____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS:

TELEPHONE:
CASE NAME:

Descripción de la Acción, Cantidad, Razon(es), Comentarios.

ZAPATA VS. WOODS - NECESIDAD DE INFORMACIÓN/COMPROBANTE. SU RECLAMACIÓN PARA UN PAGO ATRASADO DE AFDC NO PUEDE SER TRAMITADA PORQUE USTED NO HA PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN/COMPROBANTE QUE SE NECESITA. USTED TIENE QUE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN/COMPROBANTE QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN EL O ANTES DEL 13 DE ABRIL DE 1984 PARA QUE SU RECLAMACIÓN SEA TRAMITADA ADECUADAMENTE.

SI NO RECIBIMOS LA INFORMACIÓN/COMPROBANTE PARA LA FECHA QUE SE ACABA DE INDICAR, LA PARTE DE SU RECLAMO PARA LA CUAL NECESITAMOS LA INFORMACIÓN/COMPROBANTE PUEDE SER NEGADA.

USTED VA A RECIBIR OTRA NOTIFICACIÓN EXPLICANDO CUALQUIER ACCIÓN QUE PUEDA SER TOMADA COMO RESULTADO DE SU RESPUESTA A ESTA PETICIÓN.

PERÍODO	INFORMACIÓN/COMPROBANTE QUE SE NECESITA
DE ENERO DE 1980 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1983	HACE FALTA LA FIRMA DE JOHN DOE EN LA FORMA DE RECLAMO. TENEMOS QUE TENER DICHA FIRMA PARA QUE USTED PUEDA RECIBIR UN PAGO ATRASADO EN EL CUAL SE LE INCLUYA A ÉL/ELLA. POR FAVOR HAGA QUE FIRME LA COPIA DE LA FORMA DE RECLAMACIÓN ADJUNTA, EN EL ESPACIO INDICADO.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA O NECESITA AYUDA PARA PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN/COMPROBANTE QUE SE DESCRIBE ARRIBA, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR(A).

REGULACIONES. ESTA ACCIÓN ES REQUERIDA POR LAS REGULACIONES ESTATALES, LAS CUALES PUEDEN SER REVISADAS EN EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO. MANUAL DE PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS (MPP), SECCIÓN 50-011.47..

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, You must ASK FOR A STATE HEARING [illegible]. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990 N (REV. 1/84)

BUDGET COPY

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

Página 1 de _____

Notificación de Acción

Si tiene cualquier pregunta o desea más información respecto a esta acción. por favor comuníquese con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a) :
Teléfono :
Fecha :

Attachment VI A
Exemplar - Manual
Counties

Descripción de la Acción, Cantidad, Razón(es), Comentarios.

Zapata vs. Woods, Aprobación del Pago Atrasado de AFDC. Su pago atrasado de AFDC ha sido aprobado para el período comprendido desde enero de 1977 hasta mayo de 1978, por la cantidad de $1,158.00.

Cálculo del Pago Atrasado

1) Pago Máximo de Asistencia para 1 persona desde 1/77 hasta 6/77 ($166 x 6 meses)=$ 996
2) Pago Máximo de Asistencia para 1 persona desde 7/77 hasta 5/78 ($175 x 11 meses)=$1,925

Total del Pago Máximo de Asistencia (1) + (2) .....=$2,921
Total de ingresos Netos No Exentos (vea la página 2) .....=$1,763
Total de Asistencia Atrasada .....=$1,158
Ajuste del Pago Excesivo .....=$ 0
Total del Pago Atrasado .....=$1,158

Las siguientes acciones han sido tomadas o se están tomando, las cuales afectan la cantidad del pago atrasado de AFDC que usted está recibiendo:

☐ No se ha tomado ninguna otra acción.

☐ Se ha(n) tomado la(s) siguiente(s) acción(es):

☐ Inadmisión de la(s) deducción(es). (Vea la página _____)

☐ Negación de una parte de su reclamación. (Vea la copia de la Notificación de Acción que se adjunta.)

☐ Negacion de la inclusión de una persona en la Unidad de Asistencia (Vea la página _____).

☐ Cantidad del pago excesivo que se está ajustando (Vea la copia de la Notificación de Acción que se adjunta).

Regulaciones. Esta acción es requerida por las regulaciones estatales, las cuales pueden ser revisadas en el departamento de bienestar del condado; Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), Secciones 50-011.5 y 50-011.6

Medi-Cal - Código Administrativo de California, Título 22, Secciones _____

Audiencia con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, debe pedir una Audiencia con el Estado dentro de 90 días de la fecha de correo de este aviso. Vea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

NA 290 (8/82) SP Cash Aid/MC-General Notice

Notice of Action—Continued

Case Name :
Case Number :
Date of Notice :

Cálculo de los Ingesos Netos no Exentos para los Ingresos Recibidos Antes de diciembre de 1981

		NOMBRE Mary Doe	NOMBRE	NOMBRE
Ingresos Totales Ganados desde 1/77 hasta 11/77....=		$3,200	$	$
		$	$	$
		$	$	$
Número de meses cubiertos por las ganancias:		[11]	[ ]	[ ]
Deducción: $30 (Número de meses x $30)	-	$ 330	$	$
Subtotal	=	$2,870	$	$
Deducción: 1/3 del subtotal	-	$ 957	$	$
Impuestos sobre ingresos, seguro social y seguro de incapacidad	-	$ 360	$	$
Gastos relacionados con el trabajo	-	$ 0	$	$
Gastos por cuidado de niños	-	$ 0	$	$
Otros Ingresos Contables: Interés por Ahorros	+	$ 10	$	$
Beneficios del Seguro contra Desempleo	+	$ 200	$	$
	-	$	$	$
Sostenimientos a Hijos Pagado por Orden de la Corte	-	$ 0	$	$
Ingresos Netos No Exentos	+	$1,763	$	$

Total de Ingresos Netos No Exentos (Total de las columnas 1+2+3).....$1,763

Zapata v. Woods - continuation page

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DEL. 10/82 **NA990 N**
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE_____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS

TELEPHONE:
CASE NAME:

Description of the Action, Amount, Reason(s), Comments. Effective _____, the following action is being taken:

ZAPATA VS. WOODS, APROBACIÓN DEL PAGO ATRASADO DE AFDC. SU PAGO ATRASADO DE AFDC HA SIDO APROBADO PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO DESDE ENERO DE 1977 HASTA MAYO DE 1978, POR LA CANTIDAD DE $1,158.00.

CÁLCULO DEL PAGO ATRASADO

1) PAGO MÁXIMO DE ASISTENCIA PARA 1 PERSONA DESDE 1/77 HASTA 6/77 ($166 x 6 meses) =$ 996

2) PAGO MÁXIMO DE ASISTENCIA PARA 1 PERSONA DESDE 7/77 HASTA 5/78 ($175 x 11 meses)=$1,925

TOTAL DEL PAGO MÁXIMO DE ASISTENCIA (1) + (2) .....=$2,921

TOTAL DE INGRESOS NETOS NO EXENTOS (VEA LA PÁGINA 2).....-$1,763

TOTAL DE ASISTENCIA ATRASADA.....=$1,158

AJUSTE DEL PAGO EXCESIVO.....-$ 0

TOTAL DEL PAGO ATRASADO.....=$1,158

LAS SIGUIENTES ACCIONES HAN SIDO TOMADAS O SE ESTÁN TOMANDO, LAS CUALES AFECTAN LA CANTIDAD DEL PAGO ATRASADO DE AFDC QUE USTED ESTÁ RECIBIENDO:

☐ NO SE HA TOMADO NINGUNA OTRA ACCIÓN.

☐ SE HA(N) TOMADO LA(S) SIGUIENTE(S) ACCIÓN(ES):

- ☐ INADMISIÓN DE LA(S) DEDUCCIÓN(ES). (VEA LA PÁGINA _____)
- ☐ NEGACIÓN DE UNA PARTE DE SU RECLAMACIÓN. (VEA LA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN QUE SE ADJUNTA.)
- ☐ NEGACIÓN DE LA INCLUSIÓN DE UNA PERSONA EN LA UNIDAD DE ASISTENCIA (VEA LA PÁGINA _____).
- ☐ CANTIDAD DEL PAGO EXCESIVO QUE SE ESTÁ AJUSTANDO (VEA LA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN QUE SE ADJUNTA).

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG. You must ASK FOR A STATE HEARING WITHIN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. READ THE BACK FOR IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.

NA990 N (REV. 1/80)

BUDGET COPY

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY

COUNTY OF

DHL 10/82 NA990 N
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR WANT MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT YOUR WORKER.

IF YOU WANT A SPANISH TRANSLATION OF THIS PAPER, CALL YOUR ELIGIBILITY WORKER

SI QUIERE UD UNA TRADUCCION EN ESPANOL DE ESTE PAPEL, LLAME A SU TRABAJADOR (A) DE ELEGIBILIDAD.

DATE: _____ STATE NUMBER:

ELIGIBILITY WORKER:
ADDRESS

TELEPHONE:
CASE NAME:

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN - CONTINUACIÓN

CALCULO DE INGRESOS NETOS NO EXENTOS PARA INGRESOS RECIBIDOS ANTES DE ENERO DE 1982

		Nombre MARY DOE	Nombre	Nombre
TOTAL DE INGRESOS GANADOS DE 1/77 a 11/77.....	=	$3,200	$	$
		$	$	$
		$	$	$
NÚMERO DE MESES CUBIERTOS POR LAS GANANCIAS:		(11)	( )	( )
DEDUCCIÓN: $30 (NO. DE MESES X $30)	-	$330	$	$
SUBTOTAL	=	$2,870	$	$
DEDUCCIÓN: 1/3 DEL SUBTOTAL	-	$957	$	$
IMPUESTOS SOBRE INGRESOS, SEGURO SOCIAL Y SEGURO DE INCAPACIDAD	-	$360	$	$
GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO	-	$ 0	$	$
GASTOS POR CUIDADO DE NIÑOS	-	$ 0	$	$
OTROS INGRESOS CONTABLES : INTERÉS POR AHORROS	+	$10	$	$
BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO	+	$200	$	$
	-	$	$	$
SOSTENIMIENTO A HIJOS PAGADO POR ORDEN DE LA CORTE	-	$ 0	$	$
INGRESOS NETOS NO EXENTOS	+	$1,763	$	$

TOTAL DE INGRESOS NETOS NO EXENTOS (Total de las columnas 1+2+3).....$1,763

REGULATIONS. THIS ACTION IS REQUIRED BY STATE REGULATIONS WHICH ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTION(S) _____.

STATE WELFARE REGULATIONS ARE AVAILABLE FOR REVIEW AT THE LOCAL OFFICE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. WITHIN NINETY
STATE HEARING. IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG. You must ASK FOR A STATE HEARING
IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR RIGHT TO APPEAL THIS ACTION.
(90) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED.

BUDGET COPY