STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5330

June 1, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-57

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: PROVIDING NOTICE OF COST OF LIVING INCREASE IN AFDC, RCA/ECA

REFERENCE:

This letter transmits a mass change Recipient Information Notice which contains language that counties must use to notify recipients of a change in grant amounts due to a cost of living increase. This language must be used in order to comply with the Turner v. McMahon Consent Decree (All County Welfare Directors Letter of July 20, 1983).

The language in this notice is designed for this specific action. The portions of the notice language which require information which is not yet known, or which may vary depending upon individual case or county circumstances are set off in parentheses. Counties must retype the notice using specific information where parentheses are shown, e.g., in the third paragraph where (has/has not) is shown, counties must choose either has or has not and type the correct word. No other changes are permitted. The table included in the notice shows the current Maximum Aid Payment (MAP) amount with space to fill in the new MAP amount and the specific amount of the increase. These amounts will be provided to you as soon as they become established through legislative and administrative action.

Copies of English, Spanish, Vietnamese, Chinese and Laotian translated notices are attached. A copy of the notice translated into Cambodian will follow. If you have any questions concerning the translated versions of the notice, please contact the Language Services Unit at (916) 323-9562.

If you have any program questions, please contact Kay Poletti of the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 322-5330.

Kyle S. McKinsey

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

GEN 654 (9/79)

County of Departme of Social Services

COST-OF-LIVING AID PAYMENT INCREASE

Your cash aid for (month), 1984, includes and will continue to include a (number) percent cost-of-living increase.

(This increase also applies to (month(s)). Those who got aid then will get an increase for that time as well. We will be mailing those checks out very soon.)

If there are other changes which affect your (month) aid payment, you have received a separate notice which (has/has not) included the new maximum aid payment.

Of course, the amount of your increase depends on your special case. Remember the size of your family determines the most you can get. See table below:

MAXIMUM AID PAYMENT (MAP)

Family Size	Old MAP	New MAP	Increase	Family Size	Old MAP	New MAP	Increase
1	$258			6	$ 802		
2	424			7	880		
3	526			8	959		
4	625			9	1,036		
5	713			10 or more	1,114		

If you have questions or want more information about this action, please contact your worker. If you think we made a mistake in computing your increase, you may ask for a hearing. You must do so within ninety days of the postmark of this notice. To get a hearing, write:

(Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814)

or call our toll free number: 1-800-952-5253. If you are deaf, call TDD 1-800-952-8349.

ເຂດເມືອງ

ກົມສົງຄົມສົງເຄາະ

ເພີ່ມຄ່າຂອງການຢູ່ກິນ

ເງິນຊີວິດຂອງທ່ານໃນເດືອນ , 1984 , ປະຈຸບັນແລະຕໍ່ໄປຈະຮ່ວມມີຈຳນວນ ເປີເຊັນ ເພີ່ມຕົ້ນ ຂອງຄ່າການຢູ່ກິນ.

(ການເພີ່ມຕົ້ນນີ້ ພ້ອມໃຫ້ເດືອນ . ທ່ານຜູ້ໃດໄດ້ຮັບເງິນສົງເຄາະໃນເດືອນໃດກໍຈະໄດ້ຮັບຄ່າ ເພີ່ມຕົ້ນ ຂອງເດືອນນັ້ນພ້ອມ. ໃບເຊັກຈະໄດ້ຜ່ານຂອງການ ໃຫ້ທ່ານທັນທີ.)

ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃດໃນເງິນສົງເຄາະ ຂອງທ່ານ ຂອງເດືອນ . ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບ ໃບລາຍງານ ໃບ ທີ ມ/ບ່ມ ພ້ອມຄ່າຈ່າຍສູງສຸດ ຂອງ ເງິນສົງເຄາະ.

ຕາມຫັນມະດາ, ຈຳນວນ ຄ່າ ເພີ່ມ ຕົ້ນ ຂອງ ທ່ານ ຈະ ອີງ ຕາມ ແຕ່ ລະ ກ່ວ ມ ພ ເ ດ ຂ ອ ງ ທ່ ານ. ໃ ຫ້ ເ ຂົ້ ຂ ໃ ຈ ໄ ວ້ ວ່ ນ, ຈ ຳ ນ ວ ນ ຫ ວ ດ ນ ໃ ນ ຄ ອ ບ ຄ ວ ຂ ອ ງ ທ່ ນ ຈ ຳ ກ ດ ເ ງ ນ ສ ວ ນ ຫ ຼ ຍ ທ ີ ທ່ ນ ໄ ດ້ ຮ ບ.

ເ ບ່ ງ ຕ າ ຕ ະ ຣ າ ງ ທ ງ ລ ມ :

ຄ່ າ ຈ ່ ຍ ເ ງ ນ ສ ງ ເ ຄ ະ ສ ູ ງ ສ ຸ ດ (MAP)

ຫ ວ ດ ນ ໃ ນ ຄ ອ ບ ຄ ວ	MAP ເ ກ ່ າ	MAP ໃ ຫ ່	ເ ພ ີ ່ ມ ຕ ົ ນ	ຫ ວ ດ ນ ໃ ນ ຄ ອ ບ ຄ ວ	MAP ເ ກ ່ າ	MAP ໃ ຫ ່	ເ ພ ີ ່ ມ ຕ ົ ນ
1	$ 258			6	$ 802		
2	424			7	880		
3	526			8	959		
4	625			9	1,036		
5	713			10 ຫ ຼ ື ຕ ່ າ ຂ ຶ ້ ນ ໄ ປ	1,114		

ຖ້ ທ່ ນ ມ ີ ຄ ່ າ ຖ ມ ຫ ຼ ື ຢ ເ ກ ຣ ີ ຕ ມ ກ ວ ດ ກ ບ ຣ ຍ ກ ນ ນ ້ ໃ ຫ ້ ຕ ດ ຕ ່ ນ ຳ ພ ະ ນ ກ ງ ນ ຖ ບ ນ ຊ ຂ ອ ງ ທ ່ ນ. ຖ ້ ທ ່ ນ ຄ ດ ວ ່ ນ ມ ຄ ວ ນ ພ ດ ພ ດ ໃ ນ ກ ນ ໄ ລ ່ ເ ງ ນ ເ ພ ີ ່ ມ ຕ ົ ນ ໃ ຫ ້ ທ ່ ນ, ທ ່ ນ ສ ະ ມ ດ ເ ອ ນ ຂ ໍ ກ ນ ຮ ບ ຟ ັ ງ. ທ ່ ນ ຕ ອ ງ ປ ະ ຕ ິ ບ ດ ໃ ນ ເ ວ ລ ນ 90 ມ ື ຫ ຼ ັ ງ ຈ ກ ໄ ດ ້ ຮ ບ ໃ ບ ຣ ຍ ງ ນ. ຢ ເ ກ ເ ອ ນ ຂ ໍ ກ ນ ຮ ບ ຟ ັ ງ ນ ້ , ຂ ຽ ນ ເ ຖ ິ ງ :

(ຫ ົ ວ ໜ ້ າ ກ ນ ມ ະ ກ ນ
ກ ມ ສ ງ ຄ ມ ສ ງ ເ ຄ ະ ແ ຮ ງ ຄ ຖ
744 P street, Mail Station 6-100
Sacramento, Ca 95814)

ຫ ຼ ື ໂ ທ ຟ ຣ ີ ນ ້ ເ ບ : 1-800-952-5253. ຖ ້ ທ ່ ນ ເ ປ ັ ນ ຄ ນ ຫ ູ ຫ ນ ວ ກ ໂ ທ TDD 1-800-952-8349

CONDADO DE DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

AUMENTO DE COSTO DE LA VIDA EN EL PAGO DE ASISTENCIA

Su asistencia en efectivo para, de 1984, incluye y continuará incluyendo un aumento de por ciento para el costo de la vida.

(Este aumento también corresponde a . Esas personas que recibían asistencia en aquel tiempo recibirán un aumento para ese tiempo también. Enviaremos esos cheques dentro de poco.)

Si hay otros cambios que afecten su pago de asistencia para , ha recibido notificación por separado que [ ]ha/[ ]no ha incluido el nuevo pago máximo de asistencia.

Por supuesto, la cantidad de su aumento depende de su caso especial. Recuerde que el tamaño de su familia determina el máximo que puede recibir. Vea la tabla abajo:

PAGO MÁXIMO DE ASISTENCIA (MAP)

Tamaño de la Familia	MAP Antiguo	MAP Nuevo	Aumento	Tamaño de la Familia	MAP Antiguo	MAP Nuevo	Aumento
1	$ 258			6	$ 802		
2	424			7	880		
3	526			8	959		
4	625			9	1,036		
5	713			10 o más	1,114		

Si tiene cualesquier preguntas o quiere más información respecto a esta acción, por favor póngase en contacto con su trabajador(a). Si cree que hicimos un error al calcular su aumento, puede solicitar una audiencia. Debe hacerlo dentro de los 90 días de la fecha postal de este aviso. Para pedir una audiencia, escriba a:

(Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814)

o llame al número gratuito: 1-800-952-5253. Si es sordo(a), llame al TDD 1-800-952-8349.

TĂNG TRỢ CẤP VÌ PHỤ CẤP ĐẮT ĐỎ

Trợ cấp tiền mặt của ông/bà trong tháng năm 1984, bao gồm và sẽ tiếp tục bao gồm phần trăm phụ cấp đắt đỏ.

(Phụ cấp này cũng áp dụng cho tháng . Người nhận trợ cấp trong thời gian đó cũng sẽ được phụ cấp cho thời gian đã nói. Chúng tôi sẽ gởi ngân phiếu phụ cấp đến ông/bà nay mai.)

Nếu có những thay đổi khác ảnh hưởng đến trợ cấp tháng của ông/bà, ông/bà đã nhận một thông báo riêng biệt và thông báo này ( ) đã/( ) đã không bao gồm trợ cấp tối đa mới.

Đương nhiên, khoản phụ cấp của ông/bà được tăng tùy theo trường hợp đặc biệt của ông/bà. Nhớ rằng số người trong gia đình sẽ ấn định số trợ cấp tối đa ông/bà có thể nhận. Xin xem bản chiết tính dưới đây:

TRỢ CẤP TỐI ĐA (MAP)

Số Người Trong Gia Đình	MAP Cũ	MAP Mới	Phụ Cấp	Số Người Trong Gia Đình	MAP Cũ	MAP Mới	Phụ Cấp
1	$258			6	$ 802		
2	424			7	880		
3	526			8	959		
4	625			9	1,036		
5	713			10 hoặc nhiều hơn	1,114		

Nếu ông/bà có thắc mắc hoặc cần thêm chi tiết về biện pháp này, xin liên lạc với Thẩm Định Viên của mình. Ông/Bà có thể yêu cầu một buổi điều giải nếu nghĩ rằng chúng tôi đã chiết tính sai phụ cấp của ông/bà. Ông/Bà phải yêu cầu trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên dấu bưu điện của thông báo này. Để có buổi điều giải, xin gởi thư đến:

(Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814)

hoặc gọi điện thoại miễn phí số: 1-800-952-5253. Nếu ông/bà điếc, xin gọi số TDD 1-800-952-8349.

郡名　　社會服務處

生活費補助款增額事宜

自 1984 年_____月起，你的現金補助將包含百分之_____的生活費增加額，以後也會有同樣的增加額。

（這項增加額也適用於_____月份。在那些月份中得到補助者，也會得到增加額。本辦事處會儘快寄出那些月份的增額支票。）

假如有影響你_____月份補助款的變更事項，你應該已經收到一份包括/尚未包括新近最高補助款的通知。

當然，你所得到的增加額，視你自己的特殊個案而定。請記住，你家庭人口的多寡，決定你能得到多少補助。請參考下列對照表：

最高補助款（簡稱 MAP）

家中人口	舊的最高補助款	新的最高補助款	增加	家中人口	舊的最高補助款	新的最高補助款	增加
1	$258			6	$ 802		
2	424			7	880		
3	526			8	959		
4	625			9	1,036		
5	713			10 或以上	1,114		

假如你對這項決定有問題或是需要更多的資料，請與你的工作員連絡。假如你認為我們算錯你的增加額，你可以請求聽証。你必須在此份通知郵戳日期九十（90）天之內申請。要求聽証時，請寫信到：

(Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814)

或是撥對方付費號碼：1-800-952-5253. 假如你耳聾，請撥聾者專用電話：1-800-952-8349.

Cost-of-Living Aid Payment Increase - Chinese