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

May 9, 1996

ALL COUNTY LETTER NO. 96-24

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

[X] Current State Law
[ ] Federal Law or Regulation Change
[ ] Court Order
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: PROVIDING NOTICE OF CASH AID COST-OF-LIVING ADJUSTMENT (COLA) IN AID TO FAMILIES WITH DEPENDENT CHILDREN (AFDC), REFUGEE CASH ASSISTANCE (RCA), ENTRANT CASH ASSISTANCE (ECA) AND FOOD STAMPS

REFERENCES: ACL 93-34, dated May 26, 1993, ACL 94-34, dated May 5, 1994, ACL 95-20, dated May 11, 1995

This is to inform you that current law (W&I Code Sections 11452 and 11453) provides for an AFDC Cost-of-Living Adjustment (COLA) for Fiscal Year 1996/97. The COLA affects only the Minimum Basic Standard of Adequate Care (MBSAC) and the derivative tables (In-Kind Income and 185% of MBSAC).

Unless there is independent action in the current session of the Legislature to override the provisions of W&I Code Sections 11452 and 11453, the MBSAC values will be increased by 0.36 percent effective July 1, 1996. The AFDC Payment Standards table (Attachment I) is provided to assist you in implementing the changes. The new MBSAC amounts will be used prospectively beginning July 1, 1996. The chart also reflects figures from All County Letter (ACL) 96-13 which implements a reduction in the Maximum Aid Payment amount used in cash assistance programs statewide by 2.3% effective June 1, 1996. Attachment II gives Food Stamp Information and describes how to treat food stamp cases when the household receives an AFDC increase due to the COLA.

Notice of Action (NOA) Language

Attachments III A-C contain English and Spanish versions of the NOAs informing AFDC recipients whose cash aid changes due to the increase of the MBSAC level. Copies of the NOA in Cambodian, Chinese, Lao and Vietnamese will be sent to the County Forms Coordinators under separate cover by the Language Services Bureau.

Assistance Payment Demonstration Project (APDP)
California Work Pays Demonstration Project (CWPDP)
Research Counties (Los Angeles, San Bernardino, Alameda, San Joaquin)

Cases assigned to experimental status will be subject to the MBSAC COLA increase. Cases in control status will not be subject to the MBSAC COLA increase. It is recommended that the Food Stamp Mass Change notice ((TEMP NA 2) Attachment IV) not be sent to cases in control status. However, if this is not possible, the county may add the following language to the notice: "If you are a member of the control group of the Assistance Payments Demonstration Project (now called the California Work Pays Demonstration Project), these changes don't apply to you."

Contacts

For further information regarding the AFDC Program contact Alison Garcia (916) 654-0989 (CALNET 464-0989). For Food Stamp Program information, contact Alan Rowe (916) 653-5208 (CALNET 453-5208), and for the APDP/CWPDP project, contact Leslie Raderman at (916) 657-2357 (CALNET 437-2357).

Sincerely,

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare Programs Division

ATTACHMENT I

AFDC PAYMENT STANDARDS
Effective July 1, 1996

Assistance Unit Size	Maximum Aid Payment Exempt**	Maximum Aid Payment Non-Exempt**	MBSAC	185% of MBSAC	In-Kind Income				80% of MAP Exempt Assistance Units**	80% of MAP Non-Exempt Assistance Units**
					Housing	Utilities	Food	Clothing		
1	326	293	360	666	163	34	90	27	260	234
2	535	479	591	1,093	218	39	192	53	428	383
3	663	594	734	1,357	238	42	246	79	530*	475
4	788	707	870	1,609	250	44	302	105	630	565
5	899	806	993	1,837	250	44	365	133	719	644
6	1,010	905	1,116	2,064	250	44	424	159	808*	724
7	1,109	994	1,226	2,268	250	44	473	188	887*	795
8	1,209	1,083	1,336	2,471	250	44	517	210	967	866
9	1,306	1,170	1,448	2,678	250	44	568	240	1,044*	936
10	1,403	1,257	1,573	2,910	250	44	614	263	1,122*	1,005
More than 10	1,403	1,257	Add $14 for each extra person							

Reference 44-315.311 44-207.113 44-115.311----------44-402.1 and 44-211.531

*Rounded down to the next lower whole dollar to stay within the 185% and 80% limits.
**New MAP amounts and exemption standards effective on June 1, 1996.

FOOD STAMP INFORMATION

The following describes how to treat the AFDC COLA supplemental payment received by Food Stamp households:

For monthly reporting households subject to retrospective budgeting, if the County Welfare Department (CWD) sends a COLA supplemental payment in the month of July for the month of July, but did not have time to prospectively budget the supplemental payment, the CWD must retrospectively budget the July supplement in September. [M.S. 63-503.232(c)(5)(A)]

However, if the July supplement is not sent until August, it is considered a non-recurring lump sum payment for Food Stamp Program purposes, and counted as a resource in the month of August [M.S. 63-502.2(j)]. This provision applies to retrospectively budgeted households as well as prospectively budgeted households.

Food Stamp Mass Change Notice Language

Attachment IV is the mass change notice (TEMP NA 2) language which counties are to use to inform households that food stamps may be reduced due to the AFDC increase. A reproducible copy of the TEMP NA 2 containing English, Spanish, Cambodian, Chinese, Lao and Vietnamese is attached. To request a camera-ready copy of the TEMP NA 2 containing all of the above mentioned languages, please contact forms management at (916) 657-1907, or CALNET 437-1907.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells you how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of July 1, 1996, the county is changing your monthly cash aid from $_____ to $ _____.

Here is why:

As of July 1, State Law makes the Basic Need standard go up by 0.36 percent. See Section B, Line 1 on this page for your new Basic Need amount.

Your new cash aid amount is figured on this page.

Monthly Cash Aid Amount

Section A. Countable Income, Month of _____

Total Earned Income	$	_____
Work Expense Disregard	-	_____
$30 and 1/3 Disregard	-	_____
Dependent Care Disregard	-	_____
Other Countable Income — Sources:		
.....	+	_____
.....	+	_____
Court Ordered Support You Paid	-	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B. Your Cash Aid, Month of _____

1.	Basic Need, _____ Persons	$	_____
2.	Special Needs	+	_____
3.	Net Countable Income from Section A	-	
4.	Basic Need Subtotal	=	[ ]
5.	Maximum Aid, _____ Persons	$	_____
6.	Special Needs	+	
7.	Maximum Aid subtotal	=	[ ]
8.	**Full Month Aid Subtotal** (Lowest Amount on Line 4 or 7)	=	_____
9.	Line 8 Prorated for Part of Month	=	_____
10.	Overpayment Adjustment	-	_____
11.	**Monthly Cash Aid Amount** (Line 8 or 9 less Line 10)	=	_____

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 44-315.3.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS: This message is to be sent to all clients whose cash aid is changing on July 1, 1996 because of the 0.36% increase in MBSAC on that date required by State law.

- Fill in the the old and new aid amounts.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir del 1º de julio de 1996, el condado cambiará su asistencia monetaria mensual de $ _____ a $ _____.

La razón es la siguiente:

A partir del 1º de julio, las leyes estatales aumentarán el Criterio de Necesidades Básicas un 0.36 por ciento. Vea el renglón 1 de la Sección B de esta página para enterarse de su nueva cantidad para necesidades básicas.

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

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MPP 44-325.3.

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos ganados	$	_____
Deducción por gastos de trabajo	–	_____
Deducción de $30 y 1/3	–	_____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	–	_____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes):		
_____	+	_____
_____	+	_____
Mantenimiento ordenado por la corte que Ud. pagó	–	_____
Ingresos netos contables	=	_____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1.	Necesidades básicas, _____ personas	$	_____
2.	Necesidades especiales	+	_____
3.	Ingresos netos contables de la Sección A	–	
4.	Subtotal de necesidades básicas	=	[ ]
5.	Asistencia máxima, _____ personas	$	_____
6.	Necesidades especiales	+	
7.	Subtotal de asistencia máxima	=	[ ]
8.	**Subtotal de asistencia del mes completo** (Cantidad menor del renglón 4 ó 7)	=	_____
9.	Renglón 8 prorrateado para parte del mes	=	_____
10.	Ajuste por pago excesivo	–	_____
11.	**Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Renglón 8 ó 9 menos el renglón 10)	=	_____

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____