

MESSAGE:

رفضت المقاطعة طلبك للحصول على معونة نقدية بتاريخ _____ .

وفيما يلي بيان الأسباب:

لا يمكنك الحصول على المعونة النقدية إذا كان صافي دخل أسرته المحتسب يساوي أو يتجاوز معيار الاحتياجات المحدد من الولاية. معيار الاحتياجات لحجم عائلتك هو _____ دولار.

احتياجات أسرته ودخلها موضحة في هذه الصفحة.

إذا كنت تتلقى الأجر كل أسبوع أو كل أسبوعين، فإليك طريقتنا في حساب دخلك الشهري:

أولاً، نضيف كل الدخل الذي حصلت عليه في الشهر ونقسمه على إجمالي عدد الدفعات التي حصلت عليها. ثم، يضرب هذا المبلغ في متوسط عدد الدفعات في الشهر.

- إذا كنت تحصل على مبلغ كل أسبوع، فأنت بذلك قد تحصل على 4 أو 5 مبالغ كل شهر. 4.33 هو متوسط عدد الدفعات في الشهر.
- إذا كنت تحصل على مبلغ كل أسبوعين، فأنت بذلك قد تحصل على 2 أو 3 مبالغ كل شهر. 2.167 هو متوسط عدد الدفعات في الشهر.

فيما يلي المعلومات الخاصة بك:

الدخل المبلغ عنه لشهر _____

_____ = الدخل من العمل للحساب الخاص

_____ + الدخل المكتسب

_____ + الدخل غير المكتسب

_____ = إجمالي الدخل للشهر

Medi-Cal: لا يُوقف هذا الإشعار مخصصات Medi-Cal التي تتلقاها أو يغيرها. استمر في استخدام بطاقتك (بطاقتك التعريفية البلاستيكية للمخصصات). ستتلقى إشعارًا آخر لإعلامك بشأن أي تغييرات تطرأ على مخصصاتك الصحية.

CalFresh: لا يُوقف هذا الإشعار مخصصات CalFresh التي تتلقاها أو يغيرها. ستتلقى إشعارًا منفصلاً لإعلامك بشأن أي تغييرات تطرأ على مخصصات CalFresh التي تتلقاها.

إن الحصول على Medi-Cal أو CalFresh أو كليهما هما الاستثناء الوحيد الذي لا يحتسب ضمن المهلة الزمنية المحددة للمعونة النقدية.

INSTRUCTIONS: Use to deny cash aid when the family's income (AU + Non-AU members) is less than MBSAC and the net non-exempt income is equal to or more than Maximum Aid Payment (MAP). Use on NA 213A.

Complete the following:

- Date of application
- AU size
- MAP for AU size
- MM/YYYY of application
- Total Self-Employment Income
- Total Other Earned Income
- Total Unearned Income
- Sum of Self-Employment, Other Earned and Unearned Income