

Auto ID No. :
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.147, 42-302, 42-302.21
42-712, 82-832

Use Form No. : NA 530
Original Date : 11-01-02, New
Revision Date :

MESSAGE:

С _____ числа - даты последнего извещения о
лимите времени, округ определил, что вы,
_____, всего использовали _____
месяцев вашего 60-ти месячного лимита времени на
получение льгот денежной помощи программы
CaIW RKs, на который вы имеете право в течение жизни.

До _____ числа вы _____,
использовали все 60 месяцев вашего лимита времени
на получение льгот денежной помощи программы
CaIW RKs, на который вы имели право в течение жизни.
Вы не можете продолжать получать денежную помощь.
Округ останавливает денежную помощь на вашу семью
по следующей причине:

- Ваш ребенок более не проживает с вами.
- Ваш ребенок получает помощь от программы

Причина:

С даты последнего извещения вы получили льготы
программы CaIW RKs:

с _____ по _____ = _____ мес.

Не учтенные месяцы: - _____ мес.

Использовано доп. месяцев _____ мес.

Итого: кол-во всех использ. месяцев: _____ мес.

Если вы были освобождены от лимита времени, этот(и)
месяц(ы) не учитываются в 60-месячный лимит
времени программы CaIW RKs. Месяцы, не учтенные в
60-ти месячный лимит времени получения льгот
программы CaIW RKs, показаны на следующей
странице.

- На последней странице указано, как алименты на
ребенка были учтены при расчете месяцев,
которые были исключены.
- У вас также могут быть месяцы, которые
исключены из-за удержания алиментов на детей в
будущем. Округ сообщит вам о таких месяцах,
если ваша семья по прежнему получает льготы
программы CaIW RKs.
- В вашей семейной группе, получающей помощь
(AU) алименты на ребенка не удерживались.

Следующие _____ месяцы не были включены в 60-ти месячный лимит времени на получение льгот по программе CalW RKS:

Год _____ январь февраль март апрель май июнь июль август сентябрь октябрь ноябрь декабрь

Год _____ январь февраль март апрель май июнь июль август сентябрь октябрь ноябрь декабрь

Instructions: Use at 60th month on aid to inform an adult recipient that s/hi reached the 60 month time limit and the family is no longer eligible because there is no eligible child in the home.

Complete the following:

- Date of last time limit NOA.
- Name of the adult recipient.
- Total numbers of month of aid used, as reported on previous time limit NOA.
- Date that 60 months were used.
- Name of the program.
- Period(s) of time the family was eligible to receive aid (excludes the period of discontinuance and suspense months, but includes zero basic grant (ZBG) months), since the last time limit NOA.
- Number of month that did not count toward the time limit, (i.e. exemptions, ZBG months, and sanctioned months), since last time limit NOA.
- Number of additional months of aid used since last time limit NOA.
- Total number of month (60 months)
- Check appropriate box for child support time limit exemption, use addendum for child support exemptions if applicable.
- The year and months that did not count on page two (use continuation page NA 270.0)