

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-107.141, 40-171, 40-173,
42-302, 42-302.21, 42-712, and
82-833

Use Form No. : NA 530, attach NA 531
Original Date : 11-01-02, new
Revision Date :

MESSAGE:

С _____ числа округ утвердил денежную помощь и медицинскую помощь программы Medi-Cal для некоторых членов вашей семьи. Первый день денежной помощи - _____. Сумма денежной помощи за первый месяц - \$_____.

В помощи было отказано _____
и _____

Причина:

_____ числа, в день, когда вы получили последнее извещение о лимите времени, округ определил, что вы использовали все 60 месяцев вашего лимита времени на получение льгот денежной помощи программы CalW RKs, на который вы имели право в течение жизни. Вы не можете продолжать получать денежную помощь.

Сумма вашей денежной помощи рассчитана на следующей странице.

Instructions: Use to approve cash aid and deny any member(s) of the AU who is a CalWORKs timed-out adult.

Complete the following:

- Date of the notification.
- First day of cash aid.
- First month's cash aid amount.
- Name of adult(s) that is timed-out.
- Date of previous NOA that indicated 60 months were used.
- Use NA 531 to show the cash grant amount without CalWORKs timed-out adult.