

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 44-207.2

Use Form No. : NA 213A
Original Date : 08-01-20
Revision Date :

MESSAGE:

Tinanggihan ng County ang iyong aplikasyon para sa tulong na pera noong _____.

Narito ang dahilan:

Hindi ka maaaring makatanggap ng tulong na pera kung ang mabibilang na netong kita ng iyong pamilya ay katumbas ng o mahigit sa pamantayan sa pangangailangan na itinakda ng estado. Ang pamantayan sa pangangailangan para sa laki ng iyong pamilya na ____ ay \$_____.

Malalaman ang mga pangangailangan at kita ng iyong pamilya sa pahinang ito.

Kapag sumusuweldo ka kada linggo o kada dalawang linggo, narito ang kung paano namin malalaman ang iyong buwanang kita:

Una, pagsasama-samahin namin ang lahat ng kitang nakuha mo sa buwan at hahatiin sa pamamagitan ng kabuuang bilang ng mga kabayaran natanggap mo. Pagkatapos, imultiply namin ang halagang iyon sa karaniwang bilang ng mga kabayaran sa isang buwan.

- Kung sumusuweldo ka kada linggo, maaari kang mabayaran ng 4 o 5 beses sa isang buwan. 4.33 ay ang karaniwang bilang ng mga kabayaran sa isang buwan.
- Kung sumusuweldo ka kada dalawang linggo, maaari kang mabayaran ng 2 o 3 beses sa isang buwan. 2.167 at ang karaniwang bilang ng mga kabayaran sa isang buwan.

Narito ang iyong impormasyon:

Kitang Iniulat para sa buwan ng _____

Kabuuang Kita Mula sa Sariling Kabuhayan (Self-Employment) = _____

Kitang Pinagtrabahuhan + _____

Kitang Hindi Pinagtrabahuhan + _____

Kabuuang Kita para sa buwan = _____

Medi-Cal: HINDI pinahihinto o binabago ng abisong ito ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. **Patuloy na gamitin ang iyong (mga) Benefits Identification Card.** Makakatanggap ka ng isa pang abisong magpapaalam sa iyo ng tungkol sa anumang mga pagbabago sa iyong mga benepisyo sa kalusugan.

CalFresh: HINDI pinahihinto o binabago ng abisong ito ang iyong mga benepisyo sa CalFresh. Makakatanggap ka ng isang hiwalay na abisong magpapaalam sa iyo ng tungkol sa anumang mga pagbabago sa iyong mga benepisyo sa CalFresh.

Ang pagtanggap lamang ng Medi-Cal at/o CalFresh ay HINDI ibibilang laban sa mga limit sa panahon sa tulong na pera sa iyo.

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