

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814



May 11, 1995

ALL-COUNTY LETTER NO. 95-20

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

- State Law Change
- Federal Law or Regulation Change
- Court Order
- Clarification Requested by One or More Counties
- Initiated by CDSS

SUBJECT: PROVIDING NOTICE OF COST-OF-LIVING ADJUSTMENT INCREASE IN AFDC, REFUGEE CASH ASSISTANCE, ENTRANT CASH ASSISTANCE AND POSSIBLE DECREASE IN FOOD STAMPS

REFERENCES: ACL 94-34, dated May 5, 1994
ACL 93-34, dated May 26, 1993

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 1995/1996. The COLA affects only the Minimum Basic Standard of Adequate Care (MBSAC) and the derivative tables (In-Kind Income and 185 percent 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 0.93 percent effective July 1, 1995. Attachment I provides the AFDC Payment Standard table to assist you in implementing the changes.

Food Stamps

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.

Notice of Action (NOA) Language

Attachments IIA and IIB are the NOAs in English and Attachment IIC is in Spanish 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.

Food Stamp Mass Change Notice Language

Attachment III 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. Mass change requirements should be implemented to effect the July 1, 1995 change. The TEMP NA 2 may be used for the purpose of informing clients of a possible change in food stamps. A reproducible copy of the TEMP NA 2 containing English, Spanish, Cambodian, Chinese, Hmong, 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 Shirley Lu Kung at (916) 654-1277, or CALNET 464-1277.

Assistance Payment Demonstration Project (APDP)

California Work Pays Demonstration Project (CWDPDP)

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 TEMP NA 2 **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

If you have any questions, please contact the following staff: AFDC Program: Alison Garcia (916) 654-0989 or CALNET 464-0989. Food Stamp Program: Alan Rowe (916) 653-5208 or CALNET 453-5208. APDP/CWPD: Leslie Raderman (916) 657-2357 or CALNET 437-2357.

Sincerely,



BRUCE WAGSTAFF
Acting Deputy Director
Welfare Programs Division

AFDC PAYMENT STANDARDS EFFECTIVE JULY 1, 1995

Assistance Unit Size	Maximum Aid Payment	MBSAC	185% of MBSAC	IN-KIND INCOME				80% of MAP
				Housing	Utilities	Food	Clothing	
1	299	358	662	161	34	90	27	239
2	490	588	1,087	217	39	191	52	392
3	607	730	1,350	237	42	244	79	485*
4	723	866	1,602	248	44	301	105	578
5	824	988	1,827	248	44	363	133	659
6	926	1,111	2,055	248	44	422	157	740*
7	1,017	1,220	2,257	248	44	470	187	813*
8	1,108	1,329	2,458	248	44	515	209	886
9	1,197	1,441	2,665	248	44	565	239	957*
10	1,286	1,565	2,895	248	44	612	261	1,028*
More than 10	1,286	Add \$14 for each extra person						

Reference

44-315.311

44-207.113

44-115.311

44-402.1

44-211.531

*Rounded down to the next lower whole dollar to stay within the 185% and 80% limits.

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.

As of July 1, 1995, the county is changing your monthly cash aid from \$ _____ to \$ _____.

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	= <input type="text"/>
5. Maximum Aid, _____ Persons	\$ _____
6. Special Needs.....	+ _____
7. Maximum Aid subtotal.....	= <input type="text"/>
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)	= _____

Here is why:

As of July 1, State Law makes the Basic Need standard go up by 0.93 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.

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: _____

Noa Msg Doc No.: Page 2 of 2
Effective Date : 07-01-95
Revision Date :

INSTRUCTIONS: This message is to be sent to all clients whose cash aid is changing on July 1, 1995 because of the 0.93% increase in MBSAC on that date required by State law.

o Fill in the old and new aid amounts.

file : wplshaw/l.m.docs/m 95.04.28

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: _____

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(s) : _____
 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 el reverso 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 1995, el condado cambiará su asistencia monetaria mensual de \$ _____ a \$ _____.

La razón es la siguiente:

A partir del 1º de julio de 1995, las leyes estatales aumentarán el Criterio de Necesidades Básicas un 0.93 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.

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables en el mes de _____

Total de ingresos ganados..... \$ _____
 Dedución por gastos de trabajo..... - _____
 Dedución de \$30 y 1/3..... - _____
 Dedución 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 asist. monetaria en el 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 de todo el mes
 (Cantidad menor renglón 4 o 7) = _____
 9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes = _____
 10. Ajuste por pago excesivo - _____
 11. Cantidad mensual de asistencia monetaria
 (Renglón 8 o 9 menos el renglón 10) = _____

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