

State of California
Department of Social Services

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

Noa Msg Doc No.: M44-207M Page 1 of 2

Action : Deny

Issue: Income

Title: Financial Eligibility

Use Form No. : NA 213A

Original Date : 08-01-20

Revision Date :

MESSAGE:

Округ відмовив у задоволенні Вашої заяви про готівкову допомогу від _____.

Це відбулось тому, що:

Ви не можете отримати готівкову допомогу, якщо чистий дохід Вашої родини, який зараховується, дорівнює або є більшим за прожитковий мінімум, визначений штатом. Прожитковий мінімум для Вашої родини з ____ чоловік складає \$_____.

Потреби та доходи Вашої родини підраховано на цій сторінці.

Коли ви отримуєте заробітну плату щотижня або через тиждень, ми підраховуємо Ваш місячний дохід таким чином:

Спершу ми додаємо весь дохід, який Ви отримали за місяць, і ділимо на загальну кількість виплат, які Ви отримали. Потім ми множимо цю суму на середню кількість виплат за місяць.

- Якщо Ви отримуєте заробітну плату щотижня, Ви можете отримувати її 4 або 5 разів на місяць. 4,33 є середньою кількістю виплат на місяць.
- Якщо Ви отримуєте заробітну плату через тиждень, Ви можете отримувати її 2 або 3 рази на місяць. 2,167 є середньою кількістю виплат на місяць.

Далі надається Ваша інформація:

Дохід, про який звітано за _____ місяць

Дохід від самозайнятості = _____

Трудовий дохід + _____

Нетрудовий дохід + _____

Загальний місячний дохід = _____

Ukrainian

Medi-Cal: Це повідомлення НЕ змінює і НЕ припиняє Вашу допомогу Medi-Cal. **Продовжуйте користуватись своєю(їми) пластиковою(ими) ідентифікаційною(ими) карткою(ами) учасника(ів) програми (Benefits Identification Card[s]).** Ви отримаєте інше повідомлення, в якому буде пояснено будь-які зміни щодо Вашого медичного забезпечення.

CalFresh: Це повідомлення НЕ змінює і НЕ припиняє Вашу допомогу CalFresh. Ви отримаєте інше повідомлення, в якому буде пояснено будь-які зміни щодо Вашої допомоги CalFresh.

Отримання лише Medi-Cal та/або CalFresh НЕ враховується до ліміту часу отримання готівкової допомоги.

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