

Action : Deny

Issue: Income

Title: Financial Eligibility

Auto ID No.:

Source :

Issued by :

Reg Cite : 44-207.2

Use Form No. : NA 213A

Original Date : 08-01-20

Revision Date :

MESSAGE:

当郡は、_____日付の現金支援申請を却下致しました。

その理由は、次のとおりです。

あなたの家族の非所得及び適切な所得除外項目を差引後の所得が州の設定したニーズ基準値を超えている場合、現金支援を受けることはできません。あなたの家族数の____名に係るニーズの基準値は_____ドルです。

あなたの家族のニーズ及び所得は、このページにおいて計算されています。

毎週又は隔週に支払いを受領される場合、月当たりの所得は次のように計算されることになります：

まず、当該月に受領された全ての所得を加算したうえで、支払いを受領した回数で割ります。次に、導かれた金額に1か月当たりの平均支払い回数を乗じます。

- もし支払いを毎週受領される場合、1か月間に4又は5回の支払い受領されることになります。1か月間当たりの平均支払い回数は、4.33となります。
- もし支払いを隔週受領される場合、1か月間に2又は3回の支払いを受領されることになります。1か月間当たりの平均支払い回数は、2.167となります。

ここに、あなたに係る情報があります：

_____月の申告所得

自営業収入 = _____

勤労所得 + _____

不労所得 + _____

当該月の総所得 = _____

Medi-Cal (メディ-カル) : この通知により、あなたのメディーカルの給付が停止又は変更されることはありません。あなたの**プラスチック製の給付身分証明カードを引き続きご使用ください。** 医療給付について何らかの変更がある場合は、その内容をお知らせする別途の通知を受領されることとなります。

CalFresh (カルフレッシュ) : この通知により、あなたのカルフレッシュの給付が停止又は変更されることはありません。カルフレッシュの給付について何らかの変更がある場合は、その内容をお知らせする別途の通知を受領されることとなります。

メディーカルの給付及びカルフレッシュの給付の双方又は何れか一方のみを受ける場合、現金支援の時間制限には算入されません。

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