

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M20-003 Page 1 of 1
Action : Discontinue
Issue: SFIS
Title: Duplicate Aid Match

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 20-003; 20-005.1; 40-105.3

Use Form No. : NA 290
Original Date : 07/01/01
Revision Date : New

MESSAGE:

Начиная с _____ числа, округ
останавливает получаемую вами на вас и
вашу семью денежную помощь.

Причина:

- [] По нашей информации вы уже получаете
денежную помощь в _____
округе.
- [] По нашей информации вы уже запросили
денежную помощь под другим именем.
- [] Другое:

Вы и ваша семья можете продолжать получать
Medi-Cal, если денежная помощь, получаемая
вами остановится и у вас есть:

- Доход от работы, бизнес, который вы открыли
или увеличение зарплаты.
Вы начали получать или увеличилась сумма
получаемых вами алиментов на ребенка/супругу/а.
- Пожалуйста, заполните и отправьте приложенную
форму **Transitional Medi-Cal (TMC)**.

INSTRUCTIONS: Use to discontinue cash aid after a SFIS duplicate aid match has been
verified.

File: tmallinU/mseries/20003

(Russian)