

Auto ID No.:

Source :

Issued by :

Reg Cite : 44-207.2

Use Form No. : NA 213A

Original Date : 08-01-20

Revision Date :

MESSAGE:

El Condado ha denegado su solicitud, con fecha de _____, para asistencia monetaria.

La razón es la siguiente:

No puede recibir asistencia monetaria si los ingresos contables netos de su familia equivalen o sobrepasan el estándar de necesidad establecido por el Estado. El estándar para su familia, que consta de _____ miembros, es \$_____.

Las necesidades e ingresos de su familia figuran en esta página.

Cuando se le paga cada semana o cada dos semanas, calculamos sus ingresos mensuales de la siguiente forma:

Primero, sumamos todos los ingresos que se le pagaron en ese mes y dividimos el total entre el número de pagos que recibió. Luego, multiplicamos esa cantidad por el número promedio de pagos mensuales.

- Si se le paga cada semana, podría recibir pagos 4 o 5 veces al mes. El número promedio de pagos mensuales es 4.33.
- Si se le paga cada dos semanas, podría recibir pagos 2 o 3 veces al mes. El número promedio de pagos mensuales es 2.167.

Esta es su información:

Ingresos reportados para el mes de _____

Ingresos de trabajo por cuenta propia = _____

Ingresos provenientes del trabajo + _____

Ingresos no provenientes del trabajo + _____

Total de ingresos mensuales = _____

Medi-Cal: Este aviso NO discontinúa ni modifica sus beneficios de Medi-Cal. **Siga usando su tarjeta(s) plástica de identificación de beneficios.** Si hay algún cambio en sus beneficios de salud, recibirá otro aviso.

CalFresh: Este aviso NO discontinúa ni modifica sus beneficios de CalFresh. Si hay algún cambio en sus beneficios de CalFresh, recibirá otro aviso.

El recibir beneficios solamente de Medi-Cal y/o CalFresh NO afectará de forma negativa los límites de tiempo relacionados con su asistencia monetaria.

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