STATE OF CALIFORNIA--HEALTH AND WELFARE AGENCY PETE WILSON, Governor

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2941

April 12, 1996

Medi-Cal Eligibility Branch Information Letter No.: I-96-09

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons

TRANSMISSION OF TINOCO NOTICES OF ACTION

Ref: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) No. 96-09

This will transmit a "camera-ready original" of each of the Tinoco Notices of Actions (NOAs). Counties will issue these NOAs, per the instructions in ACWDL No. 96-09, to persons in cases evaluated for Tinoco benefits under the aforementioned ACWDL. Please find enclosed an English and Spanish camera-ready copy of each NOA: the MC 239, Tinoco NOA 1, and of the MC 239, Tinoco NOA 2. Counties may use these camera-ready originals to make copies, or as a template for the counties' own "automated" NOAs, at the counties' discretion.

Please direct questions or comments regarding this ACWDL to Dave Rappolee of my staff at (916) 657-0163.

Sincerely,

Original signed by

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

NOTICE OF ACTION

County of: _____

County name and address:

Notice Date:

Case Name:

Case Number:

Worker Name:

Addressee:

Telephone:

Address:

The county has determined that your share of cost has decreased as a result of the fact that Medi-Cal now counts your case's state disability insurance (SDI) as earned income.

Your share of cost has been changed to $_____ from $_____ for _____.

Your new SOC was determined as follows:

Gross income:	$_____
Net nonexempt income:	$_____
Maintenance need:	$_____
Excess income:	$_____
Share of cost:	$_____

You will receive a reimbursement of $_____.

Questions? Ask your worker.

If you do not understand English, ask your worker.

ប្រើសិនជាមិនយល់នូវភាសាអង់គ្លេស សូមទាក់ទងវត្ថើអ្នក

ຖ້າຫາກ ທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດ, ເຊີນທ່ານຖາມ ເວີ້ເກີ ຂອງທ່ານ.

如你不懂英語，請問你的資格審查員 (WORKER)

Si no entiende el inglés, hable con su trabajador(a)

Nếu quí vị không hiểu tiếng Anh, xin hỏi nhân viên xã-hội

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: 50653.5(B), 50781, 50782, 50783.

NOTIFICACION DE ACCION

Condado de: _____

Nombre y dirección del Condado:

Fecha de la Noticia:

Nombre del Caso:

Número del Caso:

Nombre del Trabajador:

Señas:

Teléfono:

Dirección:

El condado ha determinado que su parte del costo ha disminuído debido al hecho de que Medi-Cal cuenta ahora con el Seguro del Estado contra Incapacidad (State Disability Insurance-SDI) de su caso como ingresos ganados.

Su parte del costo ha cambiado de _____ a _____ para _____.

Así fue determinado su nuevo SOC:

Ingresos Brutos:	$ _____
Ingresos Netos no Exentos:	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse:	$ _____
Exceso Ingreso:	$ _____
Parte del Costo:	$ _____

Recibirá un reembolso de $ _____.

Si tiene preguntas, hable con su trabajadora(a).

Audiencia con el Estado: Si usted piensa que esta acción no es justa, puede pedir una audiencia. El reverso de esta hoja le indica cómo.

Regulaciones: Estas regulaciones son válidas; usted las puede repasar en su oficina del Bienestar (Welfare): 50653.5 (B), 50781, 50782, 50783.

NOTICE OF ACTION

County of: _____

County name and address:

Notice Date:

Case Name:

Case Number:

Worker Name:

Telephone:

Address:

Addressee:

You do not qualify for a reimbursement under Tinoco. This is because:

☐ 1. Your case did not have enough medical expenses to meet your case's recalculated SOC (see below).

☐ 2. The $90 deduction was fully applied to your other earned income and you qualified for no other AFDC MN/MI deduction.

☐ 3. Other. Please explain: _____

_____

_____

_____

To be completed by the county if number one above is checked:

Your SOC has been changed to $_____ from $_____ for _____.

Your new SOC was determined as follows:

Gross income:	$_____
Net nonexempt income:	$_____
Maintenance need:	$_____
Excess income:	$_____
Share of cost:	$_____

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: 50781, 50782, 50783.

Questions? Ask your worker.

If you do not understand English, ask your worker.

ប្រើសិនជាមិនយល់នូវភាសាអង់គ្លេស សូមទាក់ទងវត្ថើអ្នក

ຖ້າຫາກ ຫ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດ, ເຊີນຫ່ານຖາມ ເວີ້ເກີ ຂອງຫ່ານ.

如你不懂英語，請問你的資格審查員 (WORKER)

Si no entiende el inglés, hable con su trabajador(a)

Nếu quí vị không hiểu tiếng Anh, xin hỏi nhân viên xã-hội

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how.

NOTIFICACION DE ACCION

Nombre y dirección del condado:

Señas:

Condado de: _____

Fecha de la Noticia:

Nombre del Caso:

Número del Caso:

Nombre del Trabajador:

Teléfono:

Dirección:

Usted no es elegible para un reembolso bajo el programa Tinoco porque:

- ☐ 1. Su caso no tuvo suficientes pagos médicos para ser equivalentes al SOC que fue calculado de nuevo para su caso (vea abajo).
- ☐ 2. La deducción de $90 fue aplicada a sus otros ingresos ganados y no calificó usted para otra deducción de tipo AFDC MN/MI.
- ☐ 3. Otra razón. Explique: _____

Si aparece una cruz en la casilla 1, el condado tiene que completar lo siguiente:

Su SOC ha cambiado de $_____ a $_____ para_____.

Así fue calculado su nuevo SOC:

Ingresos Brutos:	$_____
Ingresos Netos no Exentos:	$_____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$_____
Exceso Ingreso:	$_____
Parte del Costo (SOC)	$_____

Regulaciones: Estas regulaciones son válidas; usted las puede repasar en su oficina del Bienestar (Welfare): 50781, 50782, 50783.

Si tiene preguntas, hable con su trabajador(a).

Audiencia con el Estado: Si usted piensa que esta acción no es justa, puede pedir una audiencia. El reverso de esta hoja le explica cómo.