採取行動通知
60 個月時間限制（續）

郡

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

通知日期：_____
案件姓名：_____
號碼：_____

成人達到 CalWORKS 60 個月的時間限制 - 停止

可計算的淨收入

營業總收入 . . . . . $ _____
業務開銷：
a. 40% 標準規定 . . . . . - _____
或
b. 實際支出 . . . . . - _____
自己是雇主所得的淨收入 . . . . . = _____

基於殘障的非賺得的總收入
(補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . $ _____
減免額$225 . . . . . - _____
非免除基於殘障的非賺得收入 . . . . . = _____
或
$225減免額未使用金額 . . . . . = _____

全部賺得收入 . . . . . $ _____
自己是雇主所得的淨收入 (如上所示) . . . . . + _____
小計 . . . . . = _____
$225減免額未使用金額 (如上所示) . . . . . - _____
小計 . . . . . = _____
減免賺得收入 50% . . . . . - _____
小計 . . . . . = _____

非免除基於殘障的非賺得收入
(如上所示). . . . . + _____
其他非免除收入 (補助單位 + 非補助單位
成員) _____ . . . . . + _____
_____ + _____

由郡政府收取的子女贍養費，已算入最高家庭
補助額的子女除外(為了計算經濟上是否
合乎資格) + _____

(A) 可計算的淨收入 . . . . . = _____

最高補助付款

給 _____ 人的最高補助額
(補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . $ _____
特殊需要 (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . + _____

(B) 最高補助金額 . . . . . = _____

免除月份

以下 _____ 個月沒有算入你加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計畫（CalWORKs）60個月的時限中：

_____ 年 - 一月 二月 三月 四月 五月 六月
七月 八月 九月 十月 十一月 十二月

_____ 年 - 一月 二月 三月 四月 五月 六月
七月 八月 九月 十月 十一月 十二月