CalWORKS - ПРОСЬБА О ВСПОМОГАТЕЛЬНОМ ПЛАТЕЖЕ В СВЯЗИ С УМЕНЬШЕНИЕМ ДОХОДА

ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕНЬГИ, ЕСЛИ ОКРУГ УЧИТЫВАЕТ ВАШ ДОХОД ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СУММЫ ВАШЕЙ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ВАШ ДОХОД ПОНИЗИЛСЯ ИЛИ ПРЕКРАТИЛСЯ.

- Вы должны пользоваться этой формой для запроса дополнительных денег.
- Вы можете получить дополнительные деньги только, если ваш доход, не денежная помощь, понизился или остановился. Вы не можете использовать эту форму для получения дополнительных денег на другие нужды, как например: рождение ребенка, одежда для детей, возвращающихся в школу, или для переезда.
- Вы должны просить помощь в том месяце, когда вам нужна помощь, не раньше или позже.
- Вы должны заполнить и сдать отдельную форму в течение каждого месяца, когда округ учитывает доход, который понизился или остановился.

Округ должен определить ваше право на дополнительные деньги в течение 7 рабочих дней, начиная с даты, когда эта форма была получена. Если вам не нужна форма на этот месяц, сохраните ее на другой раз.

Вопросы? Обратитесь к работнику.
Имя работника: Телефон: ( )

1. Заполните следующее:

НАЗВАНИЕ ДЕЛА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

2. Дайте объяснение о доходе, который понизился или остановился. Заполните ниже:

Какой доход изменился?	Когда?	Почему изменился?

3. Приложите доказательства изменения дохода (Извещение о прекращении работы, Извещения от Социального страхования, Извещения от страховки по инвалидности/безработице, Декларации и т.п.). Если у вас нет доказательств, укажите работодателя или агентство, к которым можно обратиться:

РАБОТОДАТЕЛЬ/АГЕНТСТВО	ТЕЛЕФОН
	( )

АДРЕС

4. Укажите деньги, которые вы рассчитываете получить в этот месяц _____. (ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ)

(Не указывайте сумму вашего пособия.)

ДОХОД	ИСТОЧНИК ДОХОДА
Заработок до вычетов $	
Другой доход $	

ЗАЯВЛЕНИЕ

- Я понимаю, что заявления сделанные мной в этой форме могут быть расследованы и проверены, включая контакт с лицами, указанными выше, работодателем или агентством.
- Сознавая свою ответственность по законам Соединенных Штатов Америки и Калифорнии, я заявляю, что заявления сделанные мной в этой форме правдивы и правильны, насколько мне известно.
- Я разрешаю округу получить любое подтверждение дохода и обстоятельств, необходимых для рассмотрения этой просьбы. Это разрешение действительно в течение 30 дней со дня подписи.

ПОДПИСЬ	ДАТА ПОДПИСИ
ПОДПИСЬ СУПРУГА(И) ИЛИ ДРУГОГО СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСИ
ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЯ ( )

Указание номера Социального страхования (SSN) на этой форме добровольно. SSN будет использован для опознавания вас и вашей информации. Если мы не можем опознать вас, вы можете не получить дополнительные деньги.

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

DATE POSTMARKED	SUPPLEMENTAL MONTH
CASE NUMBER	WORKER NAME/NUMBER

A. ACTUAL GRANT AMOUNT (RISP Month) $

B. RISP MONTH ESTIMATED NET INCOME

1. Total Disability-Based Unearned Income (Income of AU and Non-AU Members) $_____
2. $225 Disregard - _____
3. Subtotal Nonexempt Disability Based Income (B1 minus B2) (Enter positive amounts in B9) (Enter negative amounts in B5) = _____
4. Gross Earned Income (AU and Non-AU) $_____
5. Remainder of $225 Income Disregard _____- (Enter amount from line B3 if negative)
6. Subtotal Earned Income (B4 minus B5) = _____
7. 50% Earned Income Disregard (B6 divided by 2) - _____
8. Subtotal (B6 minus B7) (Net Nonexempt Earned Income) = _____
9. Nonexempt Unearned Disability Based Income (Enter amount from line B3 if positive) + _____
10. Other Countable Income of Family
    _____ + _____
    _____ + _____
11. Net Nonexempt Income of Family (Sum total of B8, B9 and B10) $_____

C. RISP MONTH AVAILABLE INCOME

1. Actual Grant Amount (Enter from A) $_____
2. O/P adjustment (if used in actual grant computation) + _____
3. Special Need (if used in actual grant computation) - _____
4. Child/Spousal Support Disregard + _____
5. Net Nonexempt Income (Enter from B11) + _____
6. Penalties (Such as 25% Non-Co-op, school attendance, and immunization)
   _____ + _____
   _____ + _____
7. Total Available Income $_____

D. RISP PAYMENT

1. 80% of AU MAP $ _____
2. Total Available Income (Enter from C7) - _____
3. RISP Payment $ _____

☐ APPROVED ☐ DENIED

WORKER SIGNATURE	DATE