

採取行動通知

48個月時間限制(續)

郡

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

成年人達到CalWORKS 48個月的時間限制

通知日期 : _____
案件名稱 : _____
````號碼 : \_\_\_\_\_

#### 每月的現金補助金額

##### A 欄. 可計算的收入, \_\_\_\_\_ 月份

1. 自僱收入 ..... \$ \_\_\_\_\_
  2. 自僱開支:
    - a. 40% 標準規定 ..... - \_\_\_\_\_
    - 或
    - b. 實際支出 ..... - \_\_\_\_\_
  3. 自僱所得的淨收入 ..... = \_\_\_\_\_
  4. 基於殘障的非賺得總收入 (DBI)  
(補助單位+非補助單位成員) ..... \$ \_\_\_\_\_
  5. 減免額 DBI \$225 (如果 #4 是高過 \$225) ..... - \_\_\_\_\_
  6. 非豁免基於殘障的非賺得收入 ..... = \_\_\_\_\_
  - 或
  7. 減免額 DBI 未使用金額 ..... = \_\_\_\_\_
  8. 自僱所得的淨收入 (如上所示) ..... + \_\_\_\_\_
  9. 其它賺得總收入 ..... + \_\_\_\_\_
  10. \$225 裏未使用的金額 (從 #7) ..... - \_\_\_\_\_
  11. 小計 ..... = \_\_\_\_\_
  12. 減免額賺得收入的50% ..... - \_\_\_\_\_
  13. 小計 ..... = \_\_\_\_\_
  14. 非豁免基於殘障的非賺得收入 (從 #6) ..... + \_\_\_\_\_
  15. 小計 ..... = \_\_\_\_\_
  16. 其它非豁免收入 (補助單位+非補助單位成員) ..... + \_\_\_\_\_
- 可計算的淨收入 ..... = \_\_\_\_\_

##### B 欄. 你的現金補助, \_\_\_\_\_ 月份

1. 給 \_\_\_\_\_ 人的最高補助額  
(補助單位+非補助單位成員) ..... \$ \_\_\_\_\_
2. 特殊需要 (補助單位+非補助單位成員) ..... + \_\_\_\_\_
3. A 欄可計算的淨總收入 (如上) ..... - \_\_\_\_\_
4. 小計 ..... = \_\_\_\_\_
5. 給 \_\_\_\_\_ 人的最高補助額 (僅是補助單位)  
(不包括 MFG, 或被懲罰人士) ..... \$ \_\_\_\_\_
6. 特殊需要 (僅是補助單位) ..... + \_\_\_\_\_
7. 最高補助額小計 ..... = \_\_\_\_\_
8. 整個月補助的小計  
(在第 4 或第 7 行最低的金額) ..... = \_\_\_\_\_
9. 第 8 行的部份月份按比例分配 ..... = \_\_\_\_\_
10. 調整額: 25% 子女撫養費罰款 ..... - \_\_\_\_\_
  - 其它罰款 ..... - \_\_\_\_\_
  - 超額付款 ..... - \_\_\_\_\_
  - Cal-Learn 罰款 ..... - \_\_\_\_\_
  - 學校獎金 (\$100 或 \$500) ..... + \_\_\_\_\_
11. 每月現金補助金額  
(在第 8 或第 9 行調整後的金額) ..... \$ \_\_\_\_\_

#### 豁免月份

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劃  
(CalWORKs) 48 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 |