

NOTIFICAÇÃO

(continuação)

CONDADO DE _____

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

Data da Notificação _____
Embalagens _____
Nome _____
Número _____

Emissão Excessiva Mês e Ano

Parte 1 – ELEGIBILIDADE POR RENDIMENTO BRUTO

A. RENDIMENTO BRUTO NÃO GANHO NÃO ISENTO

1. Auxílios de Tesouraria	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Segurança Social, UIB, DIB, Pensões	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Auxílio a Crianças/Matrimonial	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Bolsas de Estudo, Doações, Empréstimos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Outro	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Rendimento Não Ganho Bruto não Declarado	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Rendimento Não Ganho Bruto (A1+A2+A3+A4+A5+A6)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Menos Suporte a Crianças Pago (inserir remanescente em B7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. Total Rendimento Não Ganho Bruto (A7 – A8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

B. RENDIMENTO BRUTO GANHO NÃO ISENTO

1. Salário Bruto, Ordenados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Trabalhador Independente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Pensão de Formação	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Rendimento Ganho Bruto (B1+B2+B3)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Rendimento Ganho Bruto não Declarado	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Rendimento Ganho Bruto Ajustado (B4+B5) (incluindo rendimento não declarado)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos Remanescente de Suporte a Crianças Pago (se não for usado na totalidade na Secção A)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Total Rendimento Ganho Bruto (B6-B7) (se for um montante negativo, insira zero)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

C. TESTE DE RENDIMENTO

Não apresentado para famílias com um membro idoso/deficiente. (MPP 63-503.323)

1. Agregado Familiar	_____	_____	_____	_____
2. Rendimento Bruto Máximo Permitido do quadro	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Total Rendimento Bruto Mensal Calculável (A9+B8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Rendimento Bruto elegível? (C3 é inferior ou igual a C2?)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA

D. EMISSÃO EXCESSIVA DE RENDIMENTO BRUTO (SE C4 FOR NÃO)

1. Montante Emitido Anteriormente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Benefício Correcto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Emissão Excessiva Total CalFresh (D1-D2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Menos Benefícios Perdidos Não Recuperados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos Pagamento Recebido	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (D3-D4-D5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos Compensação por Trabalho Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (D6-D7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Parte 2 – ELEGIBILIDADE POR RENDIMENTO LÍQUIDO

(Esta secção calcula-se apenas se C4 for Sim.)

E. RENDIMENTO BRUTO NÃO GANHO NÃO ISENTO (A9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
---	----------	----------	----------	----------

F. RENDIMENTO BRUTO GANHO NÃO ISENTO

1. Rendimento Ganho Bruto (incluindo rendimento não declarado) (B4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Rendimento Ganho Bruto Ajustado (80% de F1)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Rendimento Ganho Bruto não Declarado	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Total Rendimento Ganho Calculável (F2+F3)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos Remanescente de Suporte a Crianças Pago (B7) (se não for usado na totalidade na Secção A)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Total Rendimento Ganho Bruto (F4-F5) (se for um montante negativo, insira zero)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

G. TOTAL RENDIMENTO BRUTO NÃO ISENTO (E+F6)

H. STANDARD/DEPENDENTE DE CUIDADOS/SEM-ABRIGO ASILO/DEDUÇÃO

1. Dedução Standard	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Despesas Médicas em Excesso (Apenas calcular despesas médicas para famílias com membros idosos/deficientes.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Dependente de Cuidados (100% dos custos)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Dedução de Asilo de Sem-Abrigo	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Total Deduções (H1+H2+H3+H4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Total Rendimento Ajustado (G-H5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Emissão Excessiva Mês e Ano**I. DEDUÇÕES DE ASILO**

1. Custo Total Habitação	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Total Pensão Serviços	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Total Custos de Asilo (I1+I2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Custos de Asilo Permitidos (50% de H6)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Custos de Asilo em Excesso (I3-I4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Pensão Máximo para Asilo (inserir montante indicado em I5 para famílias com membros idosos/deficientes)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Dedução de Asilo Permitida (menor de I5 ou I6) (inserir montante indicado em I5 para famílias com membros idosos/deficientes.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

J. RENDIMENTO LÍQUIDO MENSAL CALCULÁVEL (H6-I7)

\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
----------	----------	----------	----------

K. TESTE DE RENDIMENTO LÍQUIDO

1. Agregado Familiar	_____	_____	_____	_____
2. Rendimento Líquido Máximo Permitido do quadro	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Rendimento Líquido elegível? (Se J for menos ou igual a K2?)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			

L. EMISSÃO EM EXCESSO DE RENDIMENTO LÍQUIDO

1. Montante Emitido/Autorizado Anteriormente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Benefício Correcto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Emissão Excessiva Total CalFresh (L1-L2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Menos Benefícios Perdidos Não Recuperados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos Pagamento Recebido	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (L3-L4-L5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos Compensação por Trabalho Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (L6-L7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARTE 3 – ELEGIBILIDADE DE RECURSOS**M. RECURSOS CONTÁVEIS**

1. Total Recursos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Nível Máximo Recursos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Recurso Elegível? (Se M1 for menos ou igual a M2?)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			

N. EMISSÃO EXCESSIVA DE RECURSOS (SE M3 FOR NÃO)

1. Montante Emitido/Autorizado Anteriormente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Benefício Correcto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Emissão Excessiva Total CalFresh (N1-N2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Menos Benefícios Perdidos Não Recuperados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos Pagamento Recebido	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (N3-N4-N5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos Compensação por Trabalho Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (N6-N7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARTE 4 – ELEGIBILIDADE NÃO FINANCEIRA**O. AGREGADO FAMILIAR**

1. Agregado Familiar Anterior	_____	_____	_____	_____
2. Agregado Familiar Correcto	_____	_____	_____	_____

P. EMISSÃO EXCESSIVA NÃO FINANCEIRA

1. Montante Emitido/Autorizado Anteriormente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Benefício Correcto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Emissão Excessiva Total CalFresh (P1-P2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Menos Benefícios Perdidos Não Recuperados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos Pagamento Recebido	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (P3-P4-P5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos Compensação por Trabalho Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Quantidade de Emissão Excessiva a Recolher (P6-P7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____