ИЗВЕЩЕНИЕ
(Продолжение)

ОКРУГ

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

Дата извещения : _____
Дело
Название : _____

Номер : _____

Вы сообщили следующий доход за квартал

Месяц _____ [ ]

Месяц _____ [ ]

Месяц _____ [ ]

Сумма месячной денежной помощи

Раздел А. Учитываемый доход за месяц _____

1. Общий доход от предприятия . . . . . $ _____
2. Расходы предприятия:
   a. Стандартные 40% . . . . . - _____
   ИЛИ
   b. Реальные . . . . . - _____
3. Чистый доход от работы на себя . . . . . = _____
4. Суммарный незаработанный доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . $ _____
5. Скидка $225 (если #4 больше, чем $225) . . . . . - _____
6. Учитываемый доход по нетрудоспособности . . . . . = _____
   ИЛИ
7. Неиспользованная скидка DBI (до $112) . . . . . = _____
8. Чистый доход от работы на себя (сверху) . . . . . + _____
9. Весь остальной заработанный доход . . . . . + _____
10. Неиспользованная сумма $225 (с линии 7) или $112 (смотря, что меньше) . . . . . - _____
11. Промежуточный итог . . . . . = _____
12. Скидка с заработанного дохода 50% . . . . . - _____
13. Промежуточный итог . . . . . = _____
14. Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии 6) . . . . . + _____
15. Промежуточный итог . . . . . = _____
16. Остальной учитываемый доход (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . + _____

Чистый исчисляемый доход . . . . . = _____

Раздел В. Ваша денежная помощь, месяц _____

1. Максимальная помощь на _____ лиц (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . $ _____2.

Особые потребности (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . + _____

3. Чистый учитываемый доход из раздела А (сверху) . . . . . - _____
4. Промежуточный итог . . . . . = _____
5. Максимальная помощь на _____ лиц (Только группа, получающая помощь) (За исключением оштрафованных лиц или MFG) . . . . . $ _____
6. Особые потребности (Только группа, получающая помощь) + _____
7. Промежуточный итог максимальной помощи . . . . . = _____
8. **Промежуточный итог помощи на полный месяц** (Наименьшая сумма с линии 4 или 7) . . . . . = _____
9. Линия 8 с пропорционально пересчитанная на часть месяца = _____
10. Поправка: 25% Штраф(ы) на алименты на ребенка . . . . . - _____
    Другие штрафы . . . . . - _____
    Переплата . . . . . - _____
    Сокращение гранта только на ребенка (5%, 10%, 15%) - _____
    Школьный бонус ($100 или $500) . . . . . + _____
10. **Месячная сумма денежной помощи** (Линия 8 или 9 с поправкой) . . . . . $ _____