

ИЗВЕЩЕНИЕ (Продолжение)

ОКРУГ _____

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

Дата извещения _____
Дело _____
Название _____
Номер _____

ДОХОД СЕМЬИ

Год и месяц переплаты _____

Часть А. Учитываемый доход за месяц _____

1. Общий доход от своего бизнеса \$ _____
 2. Расходы от своего бизнеса:
 - a. Стандартная скидка 40% - _____
 - ИЛИ
 - b. Реальные расходы - _____
 3. Чистый доход от своего бизнеса = _____
 4. Общий доход по нетрудоспособности (DBI)
(Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . \$ _____
 5. Скидка \$225 DBI (если #4 больше, чем \$225) - _____
 6. Учитываемый доход по инвалидности = _____
 - ИЛИ
 7. Неиспользованная сумма скидки DBI = _____
 8. Чистый доход от своего бизнеса (сверху) + _____
 9. Общий остальной заработанный доход + _____
 10. Неиспользованная сумма \$225 (с #7) - _____
 11. Промежуточный итог = _____
 12. Скидка с заработанного дохода 50% - _____
 13. Промежуточный итог = _____
 14. Учитываемый доход по инвалидности
(с #6) + _____
 15. Промежуточный итог = _____
 16. Остальной учитываемый доход
(Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . + _____
- Чистый учитываемый доход** = _____

Часть В. Ваша денежная помощь за месяц _____

1. Максимальная сумма помощи _____ 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 части А (сверху) - _____
4. Промежуточный итог = _____
5. Максимальная сумма помощи _____ лиц (Только группа
получающая помощь) (исключая MFG или оштрафованных лиц) \$ _____
6. Особые потребности (Только группа получающая помощь) + _____
7. Промежуточный итог максимальной суммы помощи = _____
8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц**
(Наименьшая сумма со строки 4 или 7) = _____
9. Строка 8 пропорционально части месяца = _____
10. **Корректировки:** штраф 25% за алименты на ребенка - _____
Другие штрафы - _____
Переплата - _____
Штрафы программы Cal-Learn - _____
Поощрение за школу (\$100 или \$500) + _____
11. **Ежемесячная сумма денежной помощи**
(Строка 8 или 9 откорректированные) \$ _____

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социальной помощи: MPP 44-100; 44-314; 44-315, SB 1041 (Chapter 47, Statutes of 2012).