

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

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

48-МЕСЯЧНЫЙ ЛИМИТ ВРЕМЕНИ (Продолжение)

СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ИСПОЛЬЗОВАЛ 48 МЕСЯЦЕВ ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ CalWORKS

Дата извещения : _____
Название : _____
Дела : _____
Номер Дела : _____

Сумма месячной денежной помощи

Секция А. Исчисляемый доход за месяц _____

1. Доход от работы на себя \$ _____
 2. Расходы от работы на себя:
 - a. 40% Стандартные - _____
ИЛИ
 - b. Реальные - _____
 3. Чистый доход от работы на себя = _____
 4. Общий доход по нетрудоспособности (DBI)
(группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) ... \$ _____
 5. \$225 DBI Скидка (если #4 больше, чем \$225) - _____
 6. Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____
ИЛИ
 7. Неиспользованная скидка DBI (до \$112) = _____
 8. Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____
 9. Общий остальной учитываемый доход + _____
 10. Неиспользованная сумма со скидки \$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 учитываемый доход** = _____

Секция В. Ваша денежная помощь за месяц _____

1. Максимально разрешенная 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 Секции А (сверху) - _____
4. Промежуточный итог = _____
5. Максимально разрешенная помощь на _____ лиц
(только группа, получающая помощь (исключение: максимальная
помощь на семью или оштрафованные лица) \$ _____
6. Особые потребности (только группа, получающая помощь) + _____
7. Промежуточный итог от максимально разрешенной помощи .. = _____
8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц**
(наименьшая сумма с линии 4 или 7) = _____
9. Line 8 Prorated for Part of Month = _____
10. Корректировки: 25% штраф из-за алиментов на содержание детей .. - _____
Другие штрафы - _____
Переплата - _____
Поощрение за школу (\$100 или \$500) + _____
11. **Сумма месячной денежной помощи**
(Линия 8 или 9 скорректированная) \$ _____

НЕ УЧТЕННЫЕ МЕСЯЦЫ

Следующие месяцы _____ не были зачтены в 48-месячный лимит времени программы CalWORKS:

Год _____ -	Янв	Фев	Март	Апр	Май	Июнь
	Июль	Авг	Сент	Окт	Ноя	Дек

Год _____ -	Янв	Фев	Март	Апр	Май	Июнь
	Июль	Авг	Сент	Окт	Ноя	Дек