

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

(Continuación)

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____

Usted reportó los siguientes ingresos para el trimestre.

Mes _____	<input type="text"/>
Mes _____	<input type="text"/>
Mes _____	<input type="text"/>

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables, mes _____

1. Total de ingresos provenientes de un negocio propio \$ _____
 2. Gastos del negocio:
 - a. Estándar del 40% - _____
 - O
 - b. Gastos verdaderos - _____
 3. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia = _____
 4. Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (DBI) (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) \$ _____
 5. Deducción de \$225 por DBI (Si el #4 es más de \$225) . . - _____
 6. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos = _____
 - O
 7. Cantidad que no se usó de la deducción por DBI (hasta \$112) = _____
 8. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____
 9. Total de otros ingresos ganados + _____
 10. Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (del #7) o \$112 (la cantidad que sea menor) - _____
 11. Subtotal = _____
 12. Deducción del 50% por los ingresos ganados - _____
 13. Subtotal = _____
 14. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos (del #6) + _____
 15. Subtotal = _____
 16. Otros ingresos no exentos (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) + _____
- Ingresos netos contables** = _____

Sección B. Su asistencia monetaria, mes _____

1. Asistencia máxima para _____ personas (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) \$ _____
2. Necesidades especiales (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A (de arriba) . . - _____
4. Subtotal = _____
5. Asistencia máxima para _____ personas (sólo la unidad de asistencia) (excluyendo a personas sujetas a la regla sobre el MFG [pago máximo que una familia puede recibir] y personas que han sido sancionadas) \$ _____
6. Necesidades especiales (sólo la unidad de asistencia) . . + _____
7. Subtotal de asistencia máxima = _____
8. **Subtotal de asistencia del mes completo** (la cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos . . - _____
 - Otras sanciones - _____
 - Pago excesivo - _____
 - Recorte del pago "niños solamente" (5%, 10%, 15%) . . - _____
 - Bonificación escolar (\$100 o \$500) + _____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (línea 8 ó 9 después de los ajustes) \$ _____