

# NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

(Continuación)

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_

**Mes y año de la emisión excesiva**

**PARTE 1 - ELEGIBILIDAD POR INGRESOS BRUTOS**

**A. INGRESOS NO GANADOS, BRUTOS Y NO EXENTOS**

1. Asistencia monetaria	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Seguro Social, Desempleo (UIB), Incapacidad (DIB), pensiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Mantenimiento de hijos/esposa(o)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Becas, subvenciones, préstamos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Otros	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Ingresos no ganados brutos no reportados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Ingresos no ganados brutos (A1+A2+A3+A4+A5+A6)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Menos mantenimiento de hijos pagado (anote el resto en B7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. Total de ingresos no ganados brutos (A7-A8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**B. INGRESOS GANADOS, BRUTOS Y NO EXENTOS**

1. Salario/sueldo bruto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Trabajo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Asignación para entrenamiento	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Ingresos ganados brutos (B1+B2+B3)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Ingresos ganados brutos no reportados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Ingresos ganados, brutos y ajustados (B4+B5) (incluyendo ingresos no reportados)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos el resto del mantenimiento de hijos pagado (Si no se usó completamente en la Sección A)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Total de ingresos ganados brutos (B6-B7) (Si la cantidad es un número negativo, anote cero)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**C. PRUEBA DE INGRESOS BRUTOS**

No calculado para hogares con un miembro de edad avanzada/incapacitado. (MPP 63-503.323)

1. Tamaño del hogar	_____	_____	_____	_____
2. Máximo permitido de ingresos brutos de la lista	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Total de ingresos brutos mensuales contables (A9+B8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. ¿Elegible por ingresos brutos? (¿Es el C3 menos o igual al C2?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA

**D. EMISIÓN EXCESIVA POR INGRESOS BRUTOS (Si C4 es "No")**

1. Cantidad emitida anteriormente	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Beneficio correcto	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Total de la emisión excesiva de CalFresh (D1-D2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Menos beneficios perdidos no restablecidos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos pago recibido	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (D3-D4-D5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Menos beneficios a cambio de trabajo (Workfare) para contrabalancear	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (D6-D7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**PARTE 2 - ELEGIBILIDAD POR INGRESOS NETOS**

(Esta sección se calcula solamente si C4 es "Sí".)

**E. INGRESOS NO GANADOS, BRUTOS Y NO EXENTOS (A9)**

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

**F. INGRESOS GANADOS, BRUTOS Y NO EXENTOS**

1. Ingresos ganados brutos (no incluyendo ingresos no reportados) (B4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Ingresos ganados, brutos y ajustados (80% de F1)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Ingresos ganados, brutos y no reportados	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Total de ingresos ganados contables (F2+F3)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Menos el resto de mantenimiento de hijos pagado (B7) (Si no se usó completamente en la Sección A)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Total de ingresos ganados brutos (F4-F5) (Si la cantidad es un número negativo, anote cero)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**G. TOTAL DE INGRESOS BRUTOS Y NO EXENTOS (E+F6)**

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

**H. DEDUCCIÓN ESTÁNDAR/CUIDADO DE DEPENDIENTES/  
ALBERGUE PARA PERSONAS SIN HOGAR**

1. Dedución estándar	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Exceso de gastos médicos (Solamente se calcula el exceso de gastos médicos para hogares con miembros de edad avanzada/incapacitados.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Cuidado de dependientes (100% del costo)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Dedución por albergue para personas sin hogar	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Total de deducciones (H1+H2+H3+H4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Total de ingresos ajustados (G-H5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Mes y año de la emisión excesiva

I. DEDUCCIONES POR VIVIENDA

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Total del costo de vivienda, 2. Total de la cantidad permitida para serv. públicos y municipales, 3. Total del costo para alojamiento (I1+I2), 4. Cantidad permitida para el costo de alojamiento (50% de H6), 5. Exceso del costo de alojamiento (I3-I4), 6. Máximo de cantidad permitida para alojamiento (Anote la cantidad que aparece en I5 para hogares con un miembro de edad avanzada/incapacitado.), 7. Dedución permitida para alojamiento (I5 ó I6, lo que sea menos) (Anote la cantidad que aparece en I5 para hogares con un miembro de edad avanzada/incapacitado.)

J. INGRESOS NETOS MENSUALES CONTABLES (H6-I7)

K. PRUEBA DE INGRESOS NETOS

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Tamaño del hogar, 2. Máximo permitido de ingresos netos de la lista, 3. ¿Elegible por ingresos netos? (¿Es J menos o igual a K2?) with checkboxes for Sí, No, NA.

L. EMISIÓN EXCESIVA POR INGRESOS NETOS

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Cantidad emitida/autorizada anteriormente, 2. Beneficio correcto, 3. Total de la emisión excesiva de CalFresh (L1-L2), 4. Menos beneficios perdidos no restablecidos, 5. Menos pago recibido, 6. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (L3-L4-L5), 7. Menos beneficios a cambio de trabajo (Workfare) para contrabalancear, 8. Cantidad del pago excesivo que se tiene que devolver (L6-L7)

PARTE 3 - ELEGIBILIDAD POR RECURSOS

M. RECURSOS CONTABLES

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Total de recursos, 2. Nivel máximo de recursos, 3. ¿Elegible por recursos? (¿Es M1 menos o igual a M2?) with checkboxes for Sí, No, NA.

N. EMISIÓN EXCESIVA POR RECURSOS (Si M3 es "No")

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Cantidad emitida/autorizada anteriormente, 2. Beneficio correcto, 3. Total de la emisión excesiva de CalFresh (N1-N2), 4. Menos beneficios perdidos no restablecidos, 5. Menos pago recibido, 6. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (N3-N4-N5), 7. Menos beneficios a cambio de trabajo (Workfare) para contrabalancear, 8. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (N6-N7)

PARTE 4 - ELEGIBILIDAD POR RAZONES NO FINANCIERAS

O. MIEMBROS DEL HOGAR

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Tamaño anterior del hogar, 2. Tamaño correcto del hogar

P. EMISIÓN EXCESIVA POR RAZONES NO FINANCIERAS

Table with 4 columns for monetary values. Rows include: 1. Cantidad emitida/autorizada anteriormente, 2. Beneficio correcto, 3. Total de la emisión excesiva de CalFresh (P1-P2), 4. Menos beneficios perdidos no restablecidos, 5. Menos pago recibido, 6. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (P3-P4-P5), 7. Menos beneficios a cambio de trabajo (Workfare) para contrabalancear, 8. Cantidad de la emisión excesiva que se tiene que devolver (P6-P7)