

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-194

DATE

07-06-2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE NA 1239 (5/04) English and Spanish
Notice of Action - Continued - Quarterly Reporting Budget

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 5/04	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM- No Change Permitted Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:
Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788

Other:

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 5/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one sided.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

NOTICE OF ACTION

Continued

COUNTY OF _____

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

Notice Date : _____
 Case Name : _____
 Number : _____
 Worker Name : _____
 Number : _____
 Telephone : _____
 Address : _____

You reported the following income for the quarter.

Month _____

Month _____

Month _____

Monthly Cash Aid Amount for the Period _____ through _____

Section A. Countable Income

Total Self-Employment Income \$ _____
 Self-Employment Expenses:
 a. 40% Standard - _____
 OR
 b. Actual - _____
 Net Earnings from Self-Employment = _____

Total Disability-Based Unearned Income
 (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) \$ _____
 \$225 Disregard - _____
 Nonexempt Unearned Disability-Based Income = _____
 OR
 Unused Amount of \$225 Disregard = _____

Total Earned Income \$ _____
 Net Earnings from Self-Employment (from above) + _____
 Subtotal = _____
 Unused Amount of \$225 Disregard (from above) - _____
 Subtotal = _____
 Earned Income Disregard 50% - _____
 Subtotal = _____
 Nonexempt Unearned Disability-Based Income
 (from above) + _____
 Other Nonexempt Income (Assistance Unit + Non-
 Assistance Unit Members) + _____
 _____ + _____
Net Countable Income = _____

Section B. Your Cash Aid

1. Maximum Aid _____ Persons
 (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) .. \$ _____
 2. Special Needs (Assistance Unit + Non-Assistant
 Unit Members) + _____
 3. Net Countable Income from Section A - _____
 4. Subtotal = _____
 5. Maximum Aid _____ Persons (Assistance Unit only)
 (Excluding MFG, or Penalized Persons) \$
 6. Special Needs (Assistance Unit only) + _____
 7. Maximum Aid Subtotal = _____
 8. **Full Month Aid Subtotal for the Period**
 (Lowest Amount on Line 4 or 7) =
 9. Line 8 Prorated for Part of Month = _____
 10. Adjustments: 25% Child Support Penalty(ies) - _____
 Overpayment - _____
 Cal-Learn Penalty(ies) - _____
 Cal-Learn Bonus + _____
 11. **Monthly Cash Aid Amount for the Period**
 (Line 8 or 9 Adjusted) = _____
 12. Current Cash Aid Amount (If This Amount Is more
 Than #11, You Cash Aid Will Not Change) = _____

NOTIFICACION DE ACCION

Continuación

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación: _____
 Nombre del Caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

Usted reportó los siguientes ingresos para el trimestre.

Mes _____

Mes _____

Mes _____

Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período de _____ a _____

Sección A. Ingresos contables

Total de ingresos por un empleo por cuenta propia \$ _____
 Gastos de un empleo por cuenta propia:
 a. Estándar del 40% - _____
 0
 b. Gastos verdaderos - _____
 Ingresos netos de un empleo por cuenta propia = _____

Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad
 (Unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad) . . \$ _____
 Deducción de \$225 - _____
 Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos = _____
 0
 Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 = _____

Total de ingresos ganados \$ _____
 Ingresos netos de un empleo por cuenta propia (de arriba) + _____
 Subtotal = _____
 Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de arriba) - _____
 Subtotal = _____
 Deducción del 50% de los ingresos ganados - _____
 Subtotal = _____
 Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad
 no exentos (de la parte de arriba) + _____
 Otros ingresos no exentos (Unidad de asistencia + personas
 que no son parte de la unidad de asistencia) _____ + _____
 _____ + _____
Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria

1. Asistencia máxima para _____ personas
 (Unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad) \$ _____
 2. Necesidades especiales (Unidad de asistencia + personas
 que no son parte de la unidad) + _____
 3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____
 4. Subtotal = _____
 5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente)
 (Excluye a personas sancionadas o sujetas a las reglas sobre MFG*) \$
 6. Necesidades especiales (Unidad de asistencia solamente) + _____
 7. Subtotal de asistencia máxima = _____
 8. **Subtotal de asistencia del mes completo para el período**
 (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 _____
 Pago excesivo - _____
 Sanciones por Cal-Learn** - _____
 Cantidad adicional de Cal-Learn + _____
 11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período**
 (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____
 12. Cantidad actual de asistencia monetaria (Si esta cantidad
 es más que el #11, su asistencia monetaria no cambiará) = _____