

NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO PRAZO DE 48 MESES (NOTICE OF ACTION 48-MONTH TIME LIMIT) (Continuação)

MUNICÍPIO DE _____

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

Data da notificação: _____
Caso _____
Nome : _____
Número : _____

IDADE ADULTA ATINGIDA CalWORKs PRAZO DE 48 MESES

Valor de auxílio monetário mensal

Seção A. Renda contábil, mês de _____

1. Renda de trabalho autônomo \$ _____
 2. Despesas de trabalho autônomo:
 - a. 40% padrão - _____
 - OU
 - b. Real - _____
 3. Rendimentos líquidos do trabalho autônomo = _____
 4. Renda por invalidez não despendida (DBI) total
(Membros da unidade de auxílio + Membros que não
fazem parte da unidade de auxílio) \$ _____
 5. US\$ 225 DBI desconsiderado (se o nº 4 for superior
a US\$225) - _____
 6. Renda por invalidez não despendida não isenta = _____
 - OU
 7. Desconsiderar DBI não empregado = _____
 8. Rendimentos líquidos de trabalho autônomo
(mostrado acima) + _____
 9. Rendimentos diversos totais + _____
 10. Valor não empregado de US\$225 (do nº 7) - _____
 11. Subtotal = _____
 12. Rendimentos recebidos desconsiderando 50% - _____
 13. Subtotal = _____
 14. Renda por invalidez não despendida não isenta
(do nº 6) + _____
 15. Subtotal = _____
 16. Demais rendas não isentas (Membro da unidade de auxílio
+ Membro que não faz parte da unidade de auxílio) + _____
- Renda líquida contábil = _____**

Seção B. Seu auxílio monetário, mês de _____

1. Auxílio máximo _____ pessoas
(Membros da unidade de auxílio + Membros que não
fazem parte da unidade de auxílio) \$ _____
2. Necessidades especiais (Membros da unidade de auxílio
+ Membros que não fazem parte da unidade de auxílio) + _____
3. Renda líquida contábil da Seção A (acima) - _____
4. Subtotal = _____
5. Auxílio máximo _____ pessoas (somente unidade de
assistência) (Excluindo MFG ou pessoas penalizadas) \$ _____
6. Necessidades especiais (somente unidade de auxílio) + _____
7. Subtotal de auxílio máximo = _____
8. **Subtotal do auxílio do mês completo**
(Menor valor na linha 4 ou 7) = _____
9. Linha 8 proporcional à época do mês = _____
10. Ajustes: 25% de penalidades de pensão alimentícia - _____
Outras penalidades - _____
Pagamento excessivo - _____
Penalidades de Cal-Learn - _____
Bônus escolar (US\$100 ou US\$500) + _____
11. **Valor de auxílio monetário mensal**
(Linha 8 ou 9 ajustada) \$ _____

MESES ISENTOS

Os _____ meses a seguir não contam para o CalWORKs
Prazo de 48 meses:

Ano _____ -	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ano _____ -	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez