採取行動通知
48-個月時間限制（續）

郡

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

通知日期：_____
案件姓名：_____
號碼：_____

成人達到 CalWORKS
48-個月的時間限制 - 停止

A 部分．可計算的淨收入

1. 營業總收入 . . . . . $ _____
2. 業務開銷：
   a. 40% 標準規定 . . . . . - _____
   或
   b. 實際支出 . . . . . - _____
3. 自己是雇主所得的淨收入 . . . . . = _____
4. 基於殘障的非賺得的總收入(DBI)
   (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . $ _____
5. 減免額$225 (如果#4是多過$225) . . . . . - _____
6. 非豁免基於殘障的非賺得收入 . . . . . = _____
   或
7. 減免額未使用金額(高達$112) . . . . . = _____
8. 自己是雇主所得的淨收入(如上所示) . . . . . + _____
9. 其它賺得總收入 . . . . . + _____
10. $225減免額未使用金額 (從#7) 或 $112
    (以高者為準) . . . . . - _____
11. 小計 . . . . . = _____
12. 減免賺得收入 50% . . . . . - _____
13. 小計 . . . . . = _____
14. 非豁免基於殘障的非賺得收入(從#6) . . . . . + _____
15. 小計 . . . . . = _____
16. 其他非豁免收入 (補助單位 + 非補助單位
    成員) . . . . . + _____
17. 由郡政府收取的子女贍養費，已算入最高家庭
    補助額的子女除外 (為了計算經濟上是否合乎
    資格) . . . . . + _____

可計算的淨收入 . . . . . = _____

1. 給 _____ 人的最高補助額
   (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . $ _____
2. 特殊需要 (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . + _____
3. A部分可計算的淨總收入 . . . . . - _____

(B) 最高補助金額 . . . . . = _____

豁免月份

以下_____ 個月沒有算入你加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計畫（CalWORKs） 48個月的時限中：

_____ 年 - 一月 二月 三月 四月 五月 六月
七月 八月 九月 十月 十一月 十二月

_____ 年 - 一月 二月 三月 四月 五月 六月
七月 八月 九月 十月 十一月 十二月