

措置通知 (NOTICE OF ACTION) (続き)

郡名:

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

通知日:
ケース
氏名
番号

世帯所得

現金助成(Cash Aid)月額

セクションA 可算所得 _____月

1. 自営業総所得	\$ _____
2. 自営業必要経費	
a. 40% 標準	- _____
または	
b. 実際	- _____
3. 自営業純所得	= _____
4. 障害者ベース不労所得総額 (DBI) (支援対象者 + 非支援対象者)	\$ _____
5. 対象外\$225 DBI (No.4 が\$225を超えている場合)	- _____
6. 非免除障害者ベース不労所得	= _____
または	
7. 対象外未利用DBI	= _____
8. 自営業純所得 (上記から)	+ _____
9. 他の所得総額	+ _____
10. 未利用額\$225 (No.7から)	- _____
11. 小計	= _____
12. 対象外所得 50%	- _____
13. 小計	= _____
14. 非免除障害者ベース不労所得	
(No.6から)	+ _____
15. 小計	= _____
16. 他の非免除所得 (支援対象者+非 支援対象者)	+ _____
純可算所得	= _____

セクションB. 現金助成、月額 _____

1. 最大助成 _____人 (支援対象者 + 非支援対象者)	\$ _____
2. 養護 (支援対象者+非 支援対象者)	+ _____
3. セクションA (上記) からの純可算所得	- _____
4. 小計	= _____
5. 最大助成 _____人 (支援対象者のみ) (MFGまたは処罰対象者は除く)	\$ _____
6. 養護 (支援対象者のみ)	+ _____
7. 最大助成額小計	= _____
8. 助成月額小計 (ライン4またはライン7の最小金額)	= _____
9. ライン8 月一部比例配分	= _____
10. 調整: 25% Child Support (児童支援)	- _____
他の違反	- _____
過払い	- _____
Cal-Learn 違反	- _____
School Bonus (スクール・ボーナス) (\$100または\$500)	+ _____
11. 現金助成月額 (ライン8または9の調整後)	\$ _____

ルール: 以上のルールが適用されます。これらのルールの詳細についてはお近くの福祉事務所にお問い合わせください。MPP 44-100; 44-314; 44-315, SB 1041 (2012年法律第47章)