조치 통지서
48개월 기한
(NOTICE OF ACTION
48-MONTH TIME LIMIT)
(계속)

카운티:

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

통지 일자 : ____________
사례
이름 : ____________
번호 : ____________

CalWORKs 48개월 기한에 도달한 성인

월 현금 보조 금액

섹션 A. 가산 소득(Countable Income), 해당 월________:

1. 자영업 소득 . . . . $ __________
2. 자영업 관련 경비:
   a. 40% 기준 경비 . . . . -___________
      또는
   b. 실비. . . . . -___________
3. 자영업 순수입 . . . . = __________
4. 장애 기초 불로 소득 총액(DBI)
   (보조 대상 가구원 + 비보조 대상 가구원) . . . . $ __________
5. $225의 DBI 공제(4번이 $225보다 많은 경우. . . . . . . -___________
6. 비면제 장애 기초 불로 소득 . . . . = __________
   또는
7. 비사용 DBI 공제 . . . . = __________
8. 자영업 순수입(위에서) . . . . + __________
9. 기타 근로 소득 총액 . . . . + __________
10. $225 중 비사용 금액(7번에서). . . . . -___________
11. 소계 . . . . = __________
12. 근로 소득 공제 50% . . . . -__________
13. 소계 . . . . = _________
14. 비면제 장애 기초 불로 소득 (6번에서) . . . . + _________
15. 소계 . . . . = _________
16. 기타 비면제 소득(보조 대상 가구원 +
    비보조 대상 가구원). . . . . + _________

순 가산 소득(Net Countable Income) . . . . = __________

섹션 B. 현금 보조, 해당 월: ___________

1. 최대 보조금(Maximum Aid) _______ 명
   (보조 대상 가구원 + 비보조 대상 가구원). . . . . $ __________
2. 장애 지원금(보조 대상 가구원 + 비보조 대상가구원) + __________
3. 섹션 A의 순 가산 소득(위에서) . . . . -___________
4. 소계 . . . . = __________
5. 최대 보조금(Maximum Aid) _______ 명(보조 대상
   가구만 해당) (MFG 또는 처벌을 받은 개인 제외). . . . $ __________
6. 장애 지원금(보조 대상 가구만 해당) . . . . + __________
7. 최대 보조금 소계 . . . . = __________
8. **한 달 보조금(Full Month Aid) 소계**
   (4번 또는 7번중최저금액) . . . . = __________
9. 8번 항목에 대한 월 분할금 . . . . = __________
10. 조정 항목: 양육비에 대한 벌금 25% . . . . -___________
    기타 벌금. . . . . -___________
    초과 지불금 . . . . -___________
    Cal-Learn 벌금 . . . . -___________
    스쿨 보너스($100 또는 $500). . . . . + __________
11. **월 현금 보조 금액**
    (8번 또는 9번에 대해 조정 항목 적용) . . . . $ __________

<u>면제 개월</u>

다음______ 개월은 귀하의 CalWORKs 48개월 기한에 적용되지 <u>않습니다</u>

연도: ______ -	1월	2월	3월	4월	5월	6월
	7월	8월	9월	10월	11월	12월

연도: ______ -	1월	2월	3월	4월	5월	6월
	7월	8월	9월	10월	11월	12월