

# ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ \_\_\_\_\_

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

## (Продолжение)

**Сумма долга за переплату**

**(За переплату, которая произошла 7-1-2011 или позже )**

Дата извещения: \_\_\_\_\_

Название Дела : \_\_\_\_\_

Номер : \_\_\_\_\_

Имя Работника : \_\_\_\_\_

Номер : \_\_\_\_\_

**Год и месяц переплаты**

**Часть А. Учитываемый доход за месяц** \_\_\_\_\_

1. Общий доход от своего бизнеса . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
2. Расходы от своего бизнеса:				
а. Стандартная скидка 40% . . . . .	- _____	_____	_____	_____
ИЛИ				
б. Реальные расходы . . . . .	- _____	_____	_____	_____
3. Чистый доход от своего бизнеса . . . . .	= _____	_____	_____	_____
4. Общий доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
5. Скидка \$225 DBI (если #4 больше, чем \$225) . . . . .	- _____	_____	_____	_____
6. Учитываемый доход по инвалидности . . . . .	= _____	_____	_____	_____
ИЛИ				
7. Неиспользованная сумма скидки DBI (до \$112) . . . . .	= _____	_____	_____	_____
8. Чистый доход от своего бизнеса (сверху) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
9. Общий остальной заработанный доход . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
10. Неиспользованная сумма \$225 (с #7) или \$112 (выбирается меньшее) . . . . .	- _____	_____	_____	_____
11. Промежуточный итог . . . . .	= _____	_____	_____	_____
12. Скидка с заработанного дохода 50%. . . . .	- _____	_____	_____	_____
13. Промежуточный итог . . . . .	= _____	_____	_____	_____
14. Учитываемый доход по инвалидности (с #6) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
15. Промежуточный итог . . . . .	= _____	_____	_____	_____
16. Остальной учитываемый доход (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
<b>Чистый учитываемый доход . . . . .</b>	<b>= _____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>

**Часть В. Ваша денежная помощь за месяц** \_\_\_\_\_

1. Максимальная сумма помощи _____ лиц (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
2. Особые потребности (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
3. Чистый учитываемый доход из части А (сверху) . . . . .	- _____	_____	_____	_____
4. Промежуточный итог . . . . .	= _____	_____	_____	_____
5. Максимальная сумма помощи _____ лиц (Только группа получающая помощь) (исключая MFG или оштрафованных лиц) . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
6. Особые потребности (Только группа получающая помощь) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
7. Промежуточный итог максимальной суммы помощи . . . . .	= _____	_____	_____	_____
8. <b>Промежуточный итог помощи за полный месяц</b> (Наименьшая сумма со строки 4 или 7) . . . . .	= _____	_____	_____	_____
9. Строка 8 пропорционально части месяца . . . . .	- _____	_____	_____	_____
10. <b>Корректировки:</b> штраф 25% за алименты на ребенка . . . . .	- _____	_____	_____	_____
Другие штрафы . . . . .	- _____	_____	_____	_____
Переплата . . . . .	- _____	_____	_____	_____
Сокращение гранта только на ребенка (5%, 10%, 15%) . . . . .	- _____	_____	_____	_____
Поощрение за школу (\$100 or \$500) . . . . .	+ _____	_____	_____	_____
11. <b>Ежемесячная сумма денежной помощи</b> (Строка 8 или 9 откорректированные) . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
12. <b>Переплата</b>				
Денежная помощь выплаченная вам . . . . .	\$ _____	_____	_____	_____
Правильная сумма денежной помощи с корректировкой . . . . .	- _____	_____	_____	_____
<b>Промежуточный итог</b> . . . . .	<b>= _____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>
13. <b>Денежная помощь выплаченная вам . . . . .</b>	<b>\$ _____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>
Платежи алиментов, собранные для вас . . . . .	- _____	_____	_____	_____
<b>Промежуточный итог</b> . . . . .	<b>= _____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>
14. <b>Сумма переплаты за каждый месяц</b> (наименьшее из промежуточных итогов 12 или 13) . . . . .	= _____	_____	_____	_____

**ВСЕГО ПЕРЕПЛАЧЕНО (Все месяцы) \$ \_\_\_\_\_**

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социальной помощи: MPP 44-352, SB 72 (Chapter 8, Statutes of 2011).

**Слушание вашего дела администрацией штата:** Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. на обратной стороне первой страницы объясняется, как это сделать.