

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ _____

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

(Продолжение)

**Сумма задолженности за недоплату
(За недоплату, которая произошла 7-1-2011 или позже)**

Дата извещения: _____
Название _____
Дела : _____
Номер : _____
Имя _____
Работника : _____
Номер : _____

Год и месяц недоплаты

Сумма месячной денежной помощи

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)	+ _____	_____	_____	_____
Чистый учитываемый доход	= _____	_____	_____	_____

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. Промежуточный итог помощи за полный месяц (Наименьшая сумма со строки 4 или 7)	= _____	_____	_____	_____
9. Строка 8 пропорционально части месяца	= _____	_____	_____	_____
10. Корректировки: штраф 25% за алименты на ребенка	- _____	_____	_____	_____
Другие штрафы	- _____	_____	_____	_____
Переплата	- _____	_____	_____	_____
Сокращение гранта только на ребенка (5%, 10%, 15%)	- _____	_____	_____	_____
Поощрение за школу (\$100 or \$500)	+ _____	_____	_____	_____
11. Ежемесячная сумма денежной помощи (Строка 8 или 9 откорректированные)	\$ _____	_____	_____	_____
Недоплата				
Правильная сумма денежной помощи	\$ _____	_____	_____	_____
Денежная помощь выплаченная вам	= _____	_____	_____	_____
Промежуточный итог	= _____	_____	_____	_____
Сумма недоплаты за каждый месяц	= _____	_____	_____	_____

ВСЕГО НЕДОПЛАЧЕНО (Все месяцы) \$ _____

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социальной помощи: MPP 44-340, 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.