

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

(Continuación)

Cantidad de pago insuficiente que se debe
(Para pagos insuficientes que ocurrieron antes del 1/1/98)

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____

Mes y año del pago insuficiente: _____

(A) Ingresos brutos de la familia

_____	\$	_____	_____	_____	_____
_____	+	_____	_____	_____	_____
Total de ingresos brutos (1)	=	_____	_____	_____	_____
_____		_____	_____	_____	_____
Necesidad básica para _____ personas	\$	_____	_____	_____	_____
Necesidades especiales	+	_____	_____	_____	_____
Total de necesidades	=	_____	_____	_____	_____
_____	X	1.85	_____	_____	_____
185% de necesidades (2)	=	_____	_____	_____	_____

Si el (1) es más grande que el (2), no hubo ningún pago insuficiente, de manera que usted no es elegible para recibir uno en ese mes.

(B) Ingresos contables netos

Total de ingresos ganados	\$	_____	_____	_____	_____
Deducción por gastos de trabajo	-	_____	_____	_____	_____
\$30 y 1/3 de deducción (solamente la unidad de asistencia)	-	_____	_____	_____	_____
Subtotal	=	_____	_____	_____	_____
Deducción por cuidado de personas al cargo de otras (solamente la unidad de asistencia)	-	_____	_____	_____	_____
Otros ingresos contables (anote las fuentes)	+	_____	_____	_____	_____
_____	+	_____	_____	_____	_____
Orden judicial de mantenimiento de hijos/esposa(o) que se paga a personas que no viven en el hogar	-	_____	_____	_____	_____
Mantenimiento que se paga a otras personas que no viven en el hogar pero se reclaman como dependientes para fines de los impuestos federales (Solamente para la unidad que no recibe asistencia)	-	_____	_____	_____	_____
Ingresos contables netos	=	_____	_____	_____	_____

(C) Pago correcto de asistencia monetaria

Cantidad de necesidad básica (# de personas)	\$	()	()	()	()
Necesidades especiales	+	_____	_____	_____	_____
Ingresos contables netos	-	_____	_____	_____	_____
Subtotal A	=	_____	_____	_____	_____
Pago máximo de asistencia (MAP)	\$	_____	_____	_____	_____
Necesidades especiales	+	_____	_____	_____	_____
Subtotal B	=	_____	_____	_____	_____
Cantidad correcta de asistencia monetaria (La cantidad más baja del Subtotal A o B)	\$	_____	_____	_____	_____

(D) Pago insuficiente

Cantidad correcta de asistencia monetaria	\$	_____	_____	_____	_____
Asistencia monetaria pagada a usted	-	_____	_____	_____	_____
Pago insuficiente Subtotal C	=	_____	_____	_____	_____

Total de pago insuficiente (Subtotal C-Todos los meses) \$ _____

TOTAL DE BENEFICIOS RETROACTIVOS (Todos los meses) \$ _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes:

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de la página 1, se le explica cómo solicitarla.