

NOTICE OF FORM CHANGE NO.

DATE

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices

District Attorney

Private and Public Adoption Agencies

Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

ORDER UNIT	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM-	REQUIRED FORM-		
<input type="checkbox"/> No Change Permitted	<input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval		<input type="checkbox"/> Recommended Form
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY	
<input type="checkbox"/> Use until exhausted	<input type="checkbox"/> Destroy
USE NEW FORM	
<input type="checkbox"/> When supply available in DSS Warehouse	<input type="checkbox"/> Use new form effective _____
USE FORM IN ACCORDANCE WITH	
<input type="checkbox"/> All County Letter No.	
<input type="checkbox"/> Other (specify)	

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

NOTIFICACION DE ACCION LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES (Continuación)

CONDADO DE

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

Fecha de la notificación : _____
Caso : _____
Nombre : _____
Número : _____

ADULTO QUE LLEGO AL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKS¹

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos provenientes de un negocio \$ _____

Gastos del negocio:

a. Estándar del 40% - _____

b. Gastos verdaderos - _____

Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia . = _____

Total de ingresos basados en incapacidad/discapacidad no ganados (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ - _____

Deducción de \$225 - _____

Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad que no están exentos = _____

Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 = _____

Total de ingresos ganados \$ _____

Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____

Subtotal = _____

Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de la parte de arriba) - _____

Subtotal = _____

Deducción del 50% por ingresos ganados - _____

Subtotal = _____

Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad que no están exentos (de la parte de arriba) + _____

Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____

_____ + _____

_____ + _____

Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____

2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____

3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____

4. Subtotal =

5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas sancionadas o sujetas a la regla sobre el MFG*) ... \$ _____

6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) + _____

7. Subtotal de asistencia máxima =

8. **Subtotal de asistencia del mes completo** (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) ... = _____

9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____

10. Ajustes: Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos - _____

Pago excesivo - _____

Sanciones de Cal-Learn** - _____

Cantidad adicional (bonus) de Cal-Learn** . + _____

11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____

MESES EXENTOS

Los siguientes _____ meses no contaron hacia su límite de tiempo de 60 meses de CalWORKS:

Año _____ - enero february marzo abril mayo junio
julio agosto sept. oct. nov. dic.

Año _____ - enero february marzo abril mayo junio
julio agosto sept. oct. nov. dic.