

**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- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval		<input type="checkbox"/> Recommended Form
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> OTHER:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

## DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

## USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective \_\_\_\_\_

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

# NOTICE OF ACTION 60-MONTH TIME LIMIT (Continued)

COUNTY OF \_\_\_\_\_

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

Notice Date : \_\_\_\_\_  
Case Name : \_\_\_\_\_  
Number : \_\_\_\_\_

## ADULT REACHED CalWORKS 60-MONTH TIME LIMIT - DISCONTINUE

### Net Countable Income

Total Business Income ..... \$ \_\_\_\_\_  
Business Expenses:  
a. 40% Standard ..... - \_\_\_\_\_  
OR  
b. Actual ..... - \_\_\_\_\_  
Net Earnings from Self-Employment ..... = \_\_\_\_\_

Total Disability-Based Unearned Income  
(Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) ..... \$ \_\_\_\_\_  
\$225 Disregard ..... - \_\_\_\_\_  
Nonexempt Unearned Disability-Based Income ..... = \_\_\_\_\_  
OR  
Unused Amount of \$225 Disregard ..... = \_\_\_\_\_

Total Earned Income ..... \$ \_\_\_\_\_  
Net Earnings from Self-Employment (from above) ..... + \_\_\_\_\_  
Subtotal ..... = \_\_\_\_\_  
Unused Amount of \$225 Disregard (from above) ..... - \_\_\_\_\_  
Subtotal ..... = \_\_\_\_\_  
Earned Income Disregard 50% ..... - \_\_\_\_\_  
Subtotal ..... = \_\_\_\_\_

Nonexempt Unearned Disability-Based Income  
(from above) ..... + \_\_\_\_\_  
Other Nonexempt Income (Assistance Unit + Non-  
Assistance Unit Members) ..... + \_\_\_\_\_  
..... + \_\_\_\_\_

Child Support collected by the County, Except for  
Maximum Family Grant child (for financial eligibility  
only) ..... + \_\_\_\_\_

**(A) Net Countable Income** ..... = \_\_\_\_\_

### Maximum Aid Payment

Maximum Aid for \_\_\_\_\_ Persons  
(Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) ..... \$ \_\_\_\_\_  
Special Needs (Assistance Unit + Non-Assistance  
Unit Members) ..... + \_\_\_\_\_

**(B) Maximum Aid Payment** ..... = \_\_\_\_\_

### EXEMPT MONTHS

The following \_\_\_\_\_ months did not count toward your CalWORKs 60-month time limit:

Year \_\_\_\_\_ - Jan Feb Mar Apr May June  
July Aug Sept Oct Nov Dec

Year \_\_\_\_\_ - Jan Feb Mar Apr May June  
July Aug Sept Oct Nov Dec

# 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 CalWORKS\* - DESCONTINUACION

### Ingresos netos contables

Total de ingresos provenientes de un negocio ..... \$ \_\_\_\_\_  
Gastos del negocio:  
a. Estándar del 40% ..... - \_\_\_\_\_  
O  
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 ..... = \_\_\_\_\_  
O  
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) ..... + \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Mantenimiento de hijos cobrado por el Condado, excepto para un niño que se incluye en el pago máximo que una familia puede recibir (solo para la elegibilidad por razones económicas) ..... + \_\_\_\_\_

**(A) Ingresos netos contables** ..... = \_\_\_\_\_

### Pago máximo de asistencia

Asistencia máxima para \_\_\_\_\_ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... \$ \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... + \_\_\_\_\_

**(B) Pago máximo de asistencia** ..... = \_\_\_\_\_

### MESES EXENTOS

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

Año \_\_\_\_\_ - enero    feb.    marzo    abril    mayo    junio  
   julio    agosto    sept.    oct.    nov.    dic.

Año \_\_\_\_\_ - enero    feb.    marzo    abril    mayo    junio  
   julio    agosto    sept.    oct.    nov.    dic.