

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-264**

DATE

09-15-2004

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 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 NA 531 (6/04) English and Spanish  
Notice of Action - 60-Month Time Limit (Copntinued)

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 6/04	REPLACES 12/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" 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

Attached is a Reproducible Copy

Print Form: 8 1/2 x 11, one sided.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# 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

### Monthly Cash Aid Amount

**Section A. Countable Income, Month of** \_\_\_\_\_

Total Self-Employment Income ..... \$ \_\_\_\_\_

Self-Employment Expenses:

    40% Standard or Actual ..... - \_\_\_\_\_

Net Earnings from Self-Employment ..... = \_\_\_\_\_

  

Total Disability-Based Unearned Income  
(Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members +  
Timed Out Persons) ..... \$ \_\_\_\_\_

\$225 Disregard ..... - \_\_\_\_\_

Nonexempt Unearned Disability-Based Income ..... = \_\_\_\_\_

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 + Timed Out Persons) ..... + \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**Net Countable Income** ..... = \_\_\_\_\_

### 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

**Section B. Your Cash Aid, Month of** \_\_\_\_\_

- Maximum Aid \_\_\_\_\_ Persons  
(Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members Not  
Including Timed Out Persons) ..... \$ \_\_\_\_\_
- Special Needs (Assistance Unit + Non-Assistance  
Unit Members Not Including Timed Out Persons) ... + \_\_\_\_\_
- Net Countable Income from Section A ..... - \_\_\_\_\_
- Subtotal ..... =
- Maximum Aid \_\_\_\_\_ Persons (Assistance Unit only)  
(Excluding MFG and Penalized Persons) ..... \$ \_\_\_\_\_
- Special Needs (Assistance Unit only) ..... + \_\_\_\_\_
- Maximum Aid Subtotal ..... =
- Full Month Aid Subtotal**  
(Amount of Line 4 or 7, Whichever is Less) ..... = \_\_\_\_\_
- Line 8 Prorated for Part of Month ..... = \_\_\_\_\_
- 25% Child Support Penalty(ies) ..... - \_\_\_\_\_
- Overpayment ..... - \_\_\_\_\_
- Cal-Learn Penalty(ies) ..... - \_\_\_\_\_
- Cal-Learn Bonus ..... + \_\_\_\_\_
- Monthly Cash Aid Amount** ..... = \_\_\_\_\_

# 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<sup>1</sup>

### Cantidad mensual de asistencia monetaria

**Sección A. Ingresos contables del mes de** \_\_\_\_\_

Total de ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia \$ \_\_\_\_\_

Gastos de trabajo por cuenta propia:

Estandar del 40% o gastos verdaderos . . . . . - \_\_\_\_\_

Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia . . = \_\_\_\_\_

Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad (miembros de la unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia + personas que han llegado al límite de tiempo para recibir beneficios de CalWORKs) . . . \$ \_\_\_\_\_

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 + personas que han llegado al límite de tiempo para recibir beneficios de CalWORKs) + \_\_\_\_\_

+ \_\_\_\_\_

**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 excluyendo a las personas que han llegado al límite de tiempo para recibir beneficios de CalWORKs) \$ \_\_\_\_\_

2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia, excluyendo a las personas que han llegado al límite de tiempo para recibir beneficios de CalWORKs) . . . . . + \_\_\_\_\_

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. Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos . . . - \_\_\_\_\_

11. Pago excesivo . . . . . - \_\_\_\_\_

12. Sanciones de Cal-Learn\*\* . . . . . - \_\_\_\_\_

13. Cantidad adicional (*bonus*) de Cal-Learn . . . . . + \_\_\_\_\_

14. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** . . . . . = \_\_\_\_\_

### MESES EXENTOS

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

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

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