採取行動通知（續）

郡

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

通知日期: _____
案件名稱: _____
號碼: _____

你報告這季度的收入如下:

_____月份 [ ]

_____月份 [ ]

_____月份 [ ]

每月現金補助金額

A 欄. 可計算收入, _____ 月份

1. 自己是僱主的收入總金額 . . . . . $ _____
2. 自己是僱主的花費:
   a. 40% 標準 . . . . . - _____
   或
   b. 實際支出 . . . . . - _____
3. 得自自己是僱主的收入 . . . . . = _____
4. 基於殘障非賺得收入總金額 (DBI)
   (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . $ _____
5. 減免額 $225 (如果 #4 是多過 $225) . . . . . - _____
6. 非豁免基於殘障的非賺得收入 . . . . . = _____
   或
7. 減免額未使用金額 (高達 $112) . . . . . = _____
8. 得自自己是僱主的淨收入 (如上所示) . . . . . + _____
9. 其它賺得總收入 . . . . . + _____
10. $225 未使用金額 (從 #7) 或 $112 (以低者為準) . . . . - _____
11. 小計 . . . . . = _____
12. 減免賺得收入 50%. . . . . - _____
13. 小計 . . . . . = _____
14. 非豁免基於殘障的非賺得收入 (從 #6) . . . . . + _____
15. 小計 . . . . . = _____
16. 其它非豁免收入 (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . + _____

可計算的淨收入 . . . . . = _____

B 欄. 你的現金補助, _____ 月份

1. _____ 人的最高補助 (補助單位 + 非補助單位成員) $ _____
2. 特殊需要 (補助單位 + 非補助單位成員) . . . . . + _____
3. 得自 A 欄可計算的淨收入 (如上) . . . . . - _____
4. 小計 . . . . . = _____
5. _____ 人的最高補助 (只是補助單位)
   (MFG, 或受制裁人員除外) . . . . . $ _____
6. 特殊需要 (只是補助單位) . . . . . + _____
7. 最高補助小計 . . . . . = _____
8. **整個月補助小計**
   (第 4 或第 7 行最低金額) . . . . . = _____
9. 第 8 行按比例分攤部份的月份 . . . . . = _____
10. 調整額: 25% 子女撫養費罰款 . . . . . - _____
    其它罰款 . . . . . - _____
    超額付款 . . . . . - _____
    削減只是兒童的補助金(5%,10%,15%) . . - _____
    學校獎金 ($100 或 $500) . . . . . + _____
11. **每月現金補助金額**
    (第 8 行或第 9 行的被調整額) . . . . . $ _____