

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ _____

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

(Продолжение)

Сумма долга за переплату

(За переплату, которая произошла 7-1-2011 или позже)

Дата извещения: _____

Название Дела : _____

Номер : _____

Имя Работника : _____

Номер : _____

Год и месяц переплаты _____

Часть А. Учитываемый доход за месяц _____

1.	Общий доход от своего бизнеса	.....	\$	_____	_____	_____	_____
2.	Расходы от своего бизнеса:						
a.	Стандартная скидка 40%	.....	-	_____	_____	_____	_____
	ИЛИ						
b.	Реальные расходы	.....	-	_____	_____	_____	_____
3.	Чистый доход от своего бизнеса	.....	=	_____	_____	_____	_____
4.	Общий доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)	.....	\$	_____	_____	_____	_____
5.	Скидка \$225 DBI (если #4 больше, чем \$225)	.....	-	_____	_____	_____	_____
6.	Учитываемый доход по инвалидности	.....	=	_____	_____	_____	_____
	ИЛИ						
7.	Неиспользованная сумма скидки DBI (до \$112)	.....	=	_____	_____	_____	_____
8.	Чистый доход от своего бизнеса (сверху)	.....	+	_____	_____	_____	_____
9.	Общий остальной заработанный доход	.....	+	_____	_____	_____	_____
10.	Неиспользованная сумма \$225 (с #7) или \$112 (выбирается меньшее)	.....	-	_____	_____	_____	_____
11.	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
12.	Скидка с заработанного дохода 50%	.....	-	_____	_____	_____	_____
13.	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
14.	Учитываемый доход по инвалидности (с #6)	.....	+	_____	_____	_____	_____
15.	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
16.	Остальной учитываемый доход (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)	.....	+	_____	_____	_____	_____
	Чистый учитываемый доход	.....	=	_____	_____	_____	_____

Часть В. Ваша денежная помощь за месяц _____

1.	Максимальная сумма помощи _____ лиц (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)	.....	\$	_____	_____	_____	_____
2.	Особые потребности (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе)	.....	+	_____	_____	_____	_____
3.	Чистый учитываемый доход из части А (сверху)	.....	-	_____	_____	_____	_____
4.	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
5.	Максимальная сумма помощи _____ лиц (Только группа получающая помощь) (исключая MFG или оштрафованных лиц)	.....	\$	_____	_____	_____	_____
6.	Особые потребности (Только группа получающая помощь)	.....	+	_____	_____	_____	_____
7.	Промежуточный итог максимальной суммы помощи	.....	=	_____	_____	_____	_____
8.	Промежуточный итог помощи за полный месяц (Наименьшая сумма со строки 4 или 7)	.....	=	_____	_____	_____	_____
9.	Строка 8 пропорционально части месяца	.....	-	_____	_____	_____	_____
10.	Корректировки: штраф 25% за алименты на ребенка	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Другие штрафы	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Переплата	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Сокращение гранта только на ребенка (5%, 10%, 15%)	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Поощрение за школу (\$100 or \$500)	.....	+	_____	_____	_____	_____
11.	Ежемесячная сумма денежной помощи (Строка 8 или 9 откорректированные)	.....	\$	_____	_____	_____	_____
12.	Переплата						
	Денежная помощь выплаченная вам	.....	\$	_____	_____	_____	_____
	Правильная сумма денежной помощи с корректировкой	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
13.	Денежная помощь выплаченная вам	.....	\$	_____	_____	_____	_____
	Платежи алиментов, собранные для вас	.....	-	_____	_____	_____	_____
	Промежуточный итог	.....	=	_____	_____	_____	_____
14.	Сумма переплаты за каждый месяц (наименьшее из промежуточных итогов 12 или 13)	.....	=	_____	_____	_____	_____

ВСЕГО ПЕРЕПЛАЧЕНО (Все месяцы) \$ _____

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социальной помощи: MPP 44-352, SB 72 (Chapter 8, Statutes of 2011).

Слушание вашего дела администрацией штата: Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. на обратной стороне первой страницы объясняется, как это сделать.