

**CHƯƠNG TRÌNH CỦA CALIFORNIA TẠO CƠ HỘI VỀ VIỆC LÀM VÀ TRÁCH NHIỆM
ĐỐI VỚI CON EM (CalWORKs) – ĐƠN XIN CẤP KHOẢN BỔ TÚC VÌ LỢI TỨC BỊ GIẢM**

QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC CẤP THÊM TIỀN NẾU TY XÃ HỘI HIỆN CÓ TÍNH/KẾ ĐẾN LỢI TỨC ĐỂ
CHIẾT TÍNH TRỢ CẤP TIỀN MẶT CỦA QUÝ VỊ VÀ LỢI TỨC ĐÓ ĐÃ BỊ GIẢM HAY BỊ NGUNG.

- Quý vị phải dùng mẫu này để hỏi xin tiền trợ cấp bổ túc.
- Quý vị chỉ có thể được cấp trợ cấp bổ túc nếu lợi tức của quý vị, không kể trợ cấp tiền mặt, bị giảm hay bị ngưng. Quý vị không thể dùng mẫu này để xin tiền trợ cấp bổ túc vì những lý do khác chẳng hạn như việc sinh một đứa con, các nhu cầu về quần áo cho con em vào dịp tựu trường, hoặc quý vị cần chuyển đổi chỗ ở.
- Quý vị phải nộp đơn xin trong tháng mà quý vị cần trợ cấp bổ túc, không được xin trước hay sau tháng đó.
- Quý vị phải điền đầy đủ và gửi hoàn riêng một mẫu cho mỗi tháng mà Ty Xã Hội có tính/kết đến lợi tức mà lợi tức đó đã bị giảm hay bị ngưng.

Ty Xã Hội phải quyết định về sự hội đủ điều kiện để hưởng tiền trợ cấp bổ túc của quý vị trong vòng 7 ngày (ngày làm việc) sau ngày nhận được đơn xin đã điền đầy đủ. Nếu quý vị không cần đến mẫu này trong tháng này, xin giữ lại để sau này có khi dùng tới.

Nếu có thắc mắc? Xin hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị.

Tên nhân viên phụ trách hồ sơ: Điện thoại số: ()

1. Điền đầy đủ phần sau đây:

TÊN HỒ SƠ	SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA QUÝ VỊ
-----------	------------------------------

2. Giải thích rõ về lợi tức mà lợi tức đó đã bị giảm hay bị ngưng. Điền phần dưới đây:

Lợi tức gì bị thay đổi?	Vào khi nào?	Tại sao lợi tức đó đã bị thay đổi?

3. Đính kèm bằng chứng/chứng từ về sự thay đổi lợi tức (giấy báo cho nghỉ việc, các thông báo, tờ tường trình của Sở An Sinh Xã Hội [SSA], Phúc Lợi Bảo Hiểm Mất Năng Lực [DIB], Phúc Lợi Bảo Hiểm Thất Nghiệp [UIB], v.v...). Nếu quý vị không có bằng chứng/chứng từ, xin liệt kê tên sở làm hay cơ quan nào có thể liên lạc được:

TÊN SỞ LÀM/CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI ()
--------------------	----------------------

ĐỊA CHỈ

4. Liệt kê tiền quý vị dự trù sẽ nhận được của tháng này _____.
(Đừng liệt kê số trợ cấp của quý vị.) (THÁNG HIỆN TẠI)

LỢI TỨC	NGUỒN CỦA LỢI TỨC
Tiền làm ra được trước khi khấu trừ \$	
Lợi tức khác \$	

LỜI KHAI XÁC NHẬN

- Tôi hiểu rằng những lời khai tôi kê khai trong mẫu này là đối tượng cho việc điều tra và xác nhận, kể cả người, sở làm hay cơ quan để liên lạc được nêu tên ở trên.
- Tôi khai chịu trách nhiệm trước các hình phạt về tội khai gian theo luật pháp của Hoa Kỳ và của Tiểu Bang California rằng với tất cả sự hiểu biết của tôi, các lời khai tôi kê khai trong mẫu này là đúng sự thật và chính xác.
- Tôi chấp nhận để Ty Xã Hội được quyền thu thập bất kỳ sự xác nhận nào về lợi tức và về các tình huống cần thiết cho việc xem xét đơn xin này. Sự ủy quyền này có giá trị cho 30 ngày kể từ ngày ký.

CHỦ KÝ	NGÀY KÝ
--------	---------

CHỦ KÝ CỦA NGƯỜI PHỐI NGẦU HAY CỦA THÀNH NIÊN KHÁC NHẬN TRỢ CẤP	NGÀY KÝ
---	---------

SỐ ĐIỆN THOẠI ()	SỐ ĐIỆN THOẠI NHẮN TIN ()
----------------------	-------------------------------

Việc kê khai số SSN (Số An Sinh Xã Hội) của quý vị trong mẫu này là tự nguyện. Số SSN sẽ được dùng để nhận biết về quý vị và các hồ sơ của quý vị. Nếu chúng tôi không thể nhận biết về quý vị, có thể quý vị sẽ không được hưởng bất kỳ số tiền trợ cấp bổ túc nào.

PHẦN DÀNH ĐỂ TY XÃ HỘI ĐIỀN	
DATE POSTMARKED	SUPPLEMENTAL MONTH
CASE NUMBER	WORKER NAME/NUMBER
A. ACTUAL GRANT AMOUNT (RISP Month) \$	
B. RISP MONTH ESTIMATED NET INCOME	
1. Total Disability-Based Unearned Income (Income of AU and Non-AU Members)	\$ _____
2. \$225 Disregard	- _____
3. Subtotal Nonexempt Disability Based Income (B1 minus B2) (Enter positive amounts in B9) (Enter negative amounts in B5)	= _____
4. Gross Earned Income (AU and Non-AU)	\$ _____
5. Remainder of \$225 Income Disregard (Enter amount from line B3 if negative)	- _____
6. Subtotal Earned Income (B4 minus B5)	= _____
7. 50% Earned Income Disregard (B6 divided by 2)	- _____
8. Subtotal (B6 minus B7) (Net Nonexempt Earned Income)	= _____
9. Nonexempt Unearned Disability Based Income (Enter amount from line B3 if positive)	+ _____
10. Other Countable Income of Family	_____ + _____ _____ + _____
11. Net Nonexempt Income of Family (Sum total of B8, B9 and B10)	\$ _____
C. RISP MONTH AVAILABLE INCOME	
1. Actual Grant Amount (Enter from A)	\$ _____
2. O/P adjustment (if used in actual grant computation)	+ _____
3. Special Need (if used in actual grant computation)	- _____
4. Child/Spousal Support Disregard	+ _____
5. Net Nonexempt Income (Enter from B11)	+ _____
6. Penalties (Such as 25% Non-Co-op, school attendance, and immunization)	_____ + _____ _____ + _____
7. Total Available Income	\$ _____
D. RISP PAYMENT	
1. 80% of AU MAP	\$ _____
2. Total Available Income (Enter from C7)	- _____
3. RISP Payment	\$ _____
<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED	
WORKER SIGNATURE	DATE