

조치 통보

(계속)

카운터

통지 날짜 _____
케이스 이름 _____
번호 _____

초과 발행 달과 연도

파트 1 - 총 소득 자격

A. 비면제 총 불로 소득

1. 현금 보조	\$	\$	\$	\$
2. 사회 보장, UIB, DIB, 연금	\$	\$	\$	\$
3. 자녀/배우자 지원	\$	\$	\$	\$
4. 장학금, 보조금, 용자	\$	\$	\$	\$
5. 기타	\$	\$	\$	\$
6. 신고되지 않은 총 불로 소득	\$	\$	\$	\$
7. 총 불로 소득 (A1+A2+A3+A4+A5+A6)	\$	\$	\$	\$
8. 아동 지원 지급 (B7에 나머지를 입력하십시오)	\$	\$	\$	\$
9. 총 불로소득 합산 (A7-A8)	\$	\$	\$	\$

B. 비면제 총 근로 소득

1. 총 급여, 임금	\$	\$	\$	\$
2. 자영업	\$	\$	\$	\$
3. 트레이닝 수당	\$	\$	\$	\$
4. 총 근로 소득 (B1+B2+B3)	\$	\$	\$	\$
5. 신고되지 않은 총 근로 소득	\$	\$	\$	\$
6. 조정된 총 근로 소득 (B4+B5) (신고되지 않은 소득 포함)	\$	\$	\$	\$
7. 나머지 아동 지원 지급 (섹션 A에서 다 사용되지 않았을 경우)	\$	\$	\$	\$
8. 총 근로 소득 합산 (B6-B7) (적자일 경우 0을 입력하십시오)	\$	\$	\$	\$

C. 총 소득 테스트

노인/장애인 구성원이 있는 가구에 대해서는 알려지지 않음 (MPP 63-503.323)

1. 가구 사이즈				
2. 표에 나와있는 최대 순 수입	\$	\$	\$	\$
3. 셀 수 있는 총 월 수입 합산 (A9+B8)	\$	\$	\$	\$
4. 순 수입 자격이 있습니까? (C3가 C2보다 적거나 같습니까?)				

예 아니오 해당사항 없음 예 아니오 해당사항 없음 예 아니오 해당사항 없음 예 아니오 해당사항 없음

D. 순 수입 초과 발행

1. 전에 발행/승인 되었던 금액	\$	\$	\$	\$
2. 올바른 혜택	\$	\$	\$	\$
3. CalFresh 총 초과 발행 (D1-D2)	\$	\$	\$	\$
4. 복원되지 않은 잃은 혜택 제외	\$	\$	\$	\$
5. 받은 금액 제외	\$	\$	\$	\$
6. 회수될 초과 발행 금액 (D6-D4-D5)	\$	\$	\$	\$
7. 복지제도 상쇄 제외	\$	\$	\$	\$
8. 회수될 초과 발행 금액 (D6-D7)	\$	\$	\$	\$

파트 2 - 순 수입 자격

(C4가 예일 경우에만 이 섹션을 작성하십시오)

E. 비면제 총 불로 소득 (A9)

\$	\$	\$	\$
----	----	----	----

F. 비면제 총 근로 소득

1. 총 근로 소득 (신고되지 않은 수입 불포함) (B4)	\$	\$	\$	\$
2. 조정된 총 근로 소득 (F1의 80%)	\$	\$	\$	\$
3. 신고되지 않은 총 근로 소득	\$	\$	\$	\$
4. 셀 수 있는 총 근로 소득 (F2+F3)	\$	\$	\$	\$
5. 나머지 아동 지원 지급 (B7) (섹션 A에서 다 사용되지 않았을 경우)	\$	\$	\$	\$
6. 총 근로 소득 합산 (F4-F5) (적자일 경우 0을 입력하십시오)	\$	\$	\$	\$

G. 총 비면제 소득 합산 (E+F6)

H. 표준/디펜던트 케어/노숙자 쉼터/공제

1. 표준 공제	\$	\$	\$	\$
2. 초과 의료 비용 (노인/장애인 구성원이 있는 가구만 초과 의료 비용을 작성하십시오.)	\$	\$	\$	\$
3. 디펜던트 케어 (비용의 100%)	\$	\$	\$	\$
4. 노숙자 쉼터 공제	\$	\$	\$	\$
5. 총 공제 (H1+H2+H3+H4)	\$	\$	\$	\$
6. 총 조정된 수입 (G-H5)	\$	\$	\$	\$

초과 발행 달과 연도

I. 가구 공제

1. 총 주택 비용	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 총 유틸리티 수당	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. 총 주거 비용 (I1과 I2 합산)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. 허용 가구 비용 (H6의 50%)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. 초과 주거 비용 (I3-I4)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. 주거 최대 수당 (노인/장애인이 있는 가구에 해당하는 I5에 있는 금액을 적으시오)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. 허용 가구 공제 (I5나 I6보다 작은) (노인/장애인이 있는 가구에 해당하는 I5에 있는 금액을 적으시오.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

J. 셀 수 있는 순 월수입 (H6-I7)

\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
----------	----------	----------	----------

K. 순 수입 테스트

1. 가구 사이즈	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 표에 나와있는 최대 순 수입	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. 순 수입 자격이 있습니까? (J가 K2보다 적거나 같습니까?)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음			

L. 순 수입 초과 발행

1. 전에 발행/승인 되었던 금액	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 올바른 혜택	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. CalFresh 총 초과 발행 (L1-L2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. 복원되지 않은 잃은 혜택 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. 받은 금액 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. 회수될 초과 발행 금액 (L3-L4-L5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. 복지제도 상쇄 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. 회수될 초과 발행 금액 (L6-L7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

파트 3-자산 자격

M. 셀 수 있는 자산

1. 총 자산	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 최대 자산 레벨	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. 자산 자격이 있습니까? (M1이 M2보다 적거나 같습니까?)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음			

N. 자산 초과 발행 (M3가 아니오일 경우)

1. 전에 발행/승인 되었던 금액	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 올바른 혜택	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. CalFresh 총 초과 발행 (N1-N2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. 복원되지 않은 잃은 혜택 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. 받은 금액 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. 회수될 초과 발행 금액 (N3-N4-N5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. 복지제도 상쇄 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. 회수될 초과 발행 금액 (N6-N7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

파트 4-비재정 자격

O. 가구 구성

1. 전 가구 사이즈	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 현재 가구 사이즈	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

P. 비재정 초과 발행

1. 전에 발행/승인 되었던 금액	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. 올바른 혜택	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. CalFresh 총 초과 발행 (P1-P2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. 복원되지 않은 잃은 혜택 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. 받은 금액 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. 회수될 초과 발행 금액 (P3-P4-P5)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. 복지제도 상쇄 제외	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. 회수될 초과 발행 금액 (P6-P7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____