



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION
 Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
 Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
 Office of Procedures

POLICY BULLETIN #06-14-ELI
(This Policy Bulletin Replaces PD #01-09 and PB #02-231-ELI)

INCREASED STANDARD UTILITY ALLOWANCES

Date: February 6, 2006	Subtopic(s): Food Stamps
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff of increases to the Food Stamp (FS) Standard Utility Allowance (SUA) that went into effect on February 1, 2006.</p> <p>The SUA Level 1 was increased to \$577 from \$546 and Level 2 was increased to \$256 from \$248. The Level 3 SUA remains unchanged at \$33.</p>
Forms	<p>The forms listed below have been revised to reflect the updated SUA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA) (W-122A) • Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA (SSI/Aged/Disabled) (W-122AA) • Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) (W-122D) • Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (W-122DD)
System changes	<p>The Welfare Management System (WMS) budgeting system was programmed to reflect the changes, effective 2/1/06 at Job Centers and the 2/06 FS issuance period at NPA FS Sites.</p>
State mass notice	<p>A State notice was sent to all Food Stamp households that had an increase in entitlement due to the SUA changes.</p> <p>Samples of the State notice and the revised forms are attached.</p> <p>Center Directors and Food Stamp Office Site Managers must ensure that previous versions of the W-122A, W-122AA, W-122D and W-122DD are removed from circulation and recycled.</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
 Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
 send an e-mail to *FIA Call Center*

Copies of the older forms must be saved in the Director/Manager's office in the event a manual FS budget must be calculated for periods prior to 2/1/06. Copies of older FS budget worksheets may also be obtained from the FIA Call Center.

References:

GIS 06 TA – DC004
 ABEL Transmittal 05-7

Attachments:

OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps February 06/NYC

☐ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- W-122A** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA) (Rev. 2/1/06)
- W-122A (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA) (Spanish) (Rev. 2/1/06)
- W-122AA** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA (SSI/Aged/Disabled) (Rev. 2/1/06)
- W-122AA (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA (SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 2/1/06)
- W-122D** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) (Rev. 2/1/06)
- W-122D (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) (Spanish) (Rev. 2/1/06)
- W-122DD** Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 2/1/06)
- W-122DD (S)** Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 2/1/06)

NOTICE OF INTENT TO CHANGE FOOD STAMPS
FEBRUARY '06/NYC

Case Number:
Loc. Off./Unit/Worker:

General Telephone No. for
Questions or Help:

Dear Food Stamp Benefits Recipient:

This is to inform you that there will be changes to some items used to figure the amount of food stamp benefits a household gets. These changes are as a result of changes in Federal law, and adjustments to home heating cost information. These changes may increase the amount of food stamp benefits you get. The changes will take place beginning with your February, 2006 Food Stamps.

Some of the Standard Utility Allowances (SUA) have changed. Compare the new and old SUA amounts below:

	<u>NEW</u>	<u>OLD</u>
<u>Heat/Air Conditioning SUA</u> (if you pay for heat or air conditioning, receive or reasonably expect to receive HEAP)	\$577	\$546
<u>Utility SUA</u> If you don't pay for heat or air conditioning and don't receive or reasonably expect to receive HEAP, but do pay for other energy costs.)	\$256	\$248
<u>Telephone SUA</u> (if you only pay for a telephone)	\$33	\$33

Note: If you are currently receiving \$10.00 per month in food stamp benefits, or if you are a participant in the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) who receives \$30.00 or less per month in food stamp benefits, your food stamp benefits may not change.

The Regulations which allow us to do this are 18 NYCRR 387.10, 387.12 and 387.15.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
READ THE REVERSE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION – DO YOU THINK WE ARE WRONG?

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2:

1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors;
 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.
1. **CONFERENCE** (informal meeting with us) – If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.
 2. **STATE FAIR HEARING** – You have **90** days from the date of this notice to ask for a fair hearing.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING: You can ask for a fair hearing by:

Mail: Send a copy of the entire notice completed to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. I do not agree with the agency's action. (You may explain why you disagree below, but you do not have to include a written explanation.)

Phone: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL.)

Walk-In: Bring a copy of this entire notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, New York or 330 West 34th Street, NYC.

Fax: Fax a copy of the front and reverse of this notice to: (518) 473-6735 or

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, fax or walk-in, please write to ask for a fair hearing before the deadline.

WHAT TO EXPECT AT A FAIR HEARING: The State will send you a notice that tells you when and where the fair hearing will be held.

At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. You can bring a lawyer, a relative, a friend or someone else to help you do this. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give this person a letter to show the hearing officer that you want this person to represent you at the hearing.

At the hearing, you and your lawyer or other representative will have a chance to explain why we are wrong and a chance to give the hearing officer written papers that explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think we are wrong, you should bring any witnesses who can help you. You should also bring any papers you have, such as: pay stubs, leases, receipts, bills, doctor's statements.

At the hearing, you and your lawyer or other representative can ask questions of witnesses which we bring or which you bring to help your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you think you need a lawyer to help you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call, write or fax to us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax to us, we will send you free copies of other specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, or fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201.**

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the phone numbers on the **front** of this notice or write to us at the address on the **front** of this notice.

**PREAVISO DE CAMBIOS EN SUS PRESTACIONES DE CUPONES PARA ALIMENTOS
FEBRERO DEL 2006 / NYC**

Nº. de caso:
Oficina local/Unidad/Trabajador(a):

Nº de teléfono general
para hacer preguntas o pedir ayuda:

Estimado(a) beneficiario(a) de Cupones para Alimentos:

Por la presente le informamos que se modificarán algunos de los factores que se usan al calcular la cantidad de Cupones para Alimentos que un hogar recibe. Dichas modificaciones son el resultado de cambios en la ley federal, como también de ajustes a los costos de calefacción casera. Estos cambios podrían aumentar la cantidad de cupones que usted recibe. Usted verá el efecto de estos cambios comenzando con el cheque de prestaciones de cupones de febrero del 2006.

La asignación básica de servicios públicos (*SUA*), ha sido modificada. Compare a continuación la cantidad antigua con la nueva cantidad:

	<u>NUEVA</u>	<u>ANTIGUA</u>
<u>Calefacción / Aire acondicionado (SUA)</u> (si usted paga por calefacción o aire acondicionado, o recibe o espera recibir el subsidio HEAP)	\$577	\$546
<u>Servicios públicos SUA</u> (Si usted no paga por calefacción o aire acondicionado y no recibe ni espera recibir el subsidio <i>HEAP</i> , pero paga por otros servicios de energía)	\$256	\$248
<u>Teléfono - SUA</u> (si solamente paga gastos de teléfono)	\$33	\$33

Nota: si actualmente usted recibe \$10.00 mensuales en cupones para alimentos, o si usted es un participante del Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York (*NYSNIP*) y recibe menos de \$30.00 mensuales en cupones, es posible que la cantidad actual no cambie.

Conforme a Reglamentación 18 NYCRR 387.10, 387.12 y 387.15.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA ESTA DECISIÓN.
LEA A CONTINUACIÓN SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN.**

CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES - ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, solicite una revisión. Corregiremos nuestro error. Usted puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicite una reunión informal con nosotros

2. Solicite una audiencia imparcial estatal.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): Si cree que nuestra determinación es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, sírvase llamar para concertar una reunión. Llame al número de conferencias que aparece en el **anverso** de este aviso o escríbanos a la dirección que aparece en esa misma página. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** - Usted tiene **90 días** a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Maneras de solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: Envíe todas las partes de esta notificación a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

- Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión de la agencia. (Puede explicar a continuación por qué no está de acuerdo, aunque no tiene que incluir una explicación por separado).

Por teléfono: 800-342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

En persona: Traiga una copia de todas las partes de este aviso a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) al 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, NYC.

Por fax: Envíe por fax una copia del anverso y reverso de este aviso al: (518) 473-6735

Por internet: Rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York por teléfono, por fax o en persona, favor de solicitar por escrito una audiencia imparcial antes del vencimiento del plazo.

LO QUE SUCEDE EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: El Estado le enviará un aviso informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que nuestra decisión es incorrecta. Puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. Si no puede presentarse, puede enviar a otra persona en su representación. Si la persona que lo representará no es un abogado, debe entregarle a esta persona una carta, dirigida al funcionario de audiencias, en la que usted declara que desea que dicha persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar el porqué de nuestra equivocación, como también la oportunidad de presentar, ante el funcionario de audiencias, documentos que demuestren nuestra equivocación.

Con el fin de ayudarle a exponer el motivo de nuestra equivocación, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso. También, le sugerimos presentar documentos tales como: comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas, etc.

Durante la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a nuestros testigos, o a los que usted presente para avalar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad. Puede encontrar los nombres de otros abogados en las páginas amarillas, bajo «Abogados» (*"Lawyers"*).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos escribe o nos envía un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe o manda un fax, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación a la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al (718) 722-5012 o al número de fax (718) 722-5018 o mande una carta a: *HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201*.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: Si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en el **anverso** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.



Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA) – Part 1

Effective February 1, 2006
130% Gross Income Limitation Worksheet

Complete Part 1 before Part 2. If box 9(a) is checked (ineligible), case is ineligible. Do not complete Part 2. If box 9(b) is checked (eligible), complete Part 2.

Case Name		Case Number	Food Stamp Center Number F-
(A) Household Size	(B) Number Disqualified	(C) Number Eligible	

A. Income (do not round down amounts)

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Monthly Legally Obligated Child Support Payment		
7. Subtract line 6 from line 5		

B. 130% Gross Income Test

8. Enter maximum gross income amount for household size from table.	
9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8.	
(a) If amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp Benefits. Check ineligible. Do not complete Part 2.	<input type="checkbox"/> Ineligible
(b) If amount entered on line 7 is less than the amount entered on line 8, household meets 130% Gross Income Limitation. Check eligible box. Complete Part 2 on pages 2–3.	<input type="checkbox"/> Eligible

130% Gross Income Table	
Household Size	Monthly Gross Income
1	\$1,037
2	\$1,390
3	\$1,744
4	\$2,097
5	\$2,450
6	\$2,803
7	\$3,156
8	\$3,509
Each additional member	\$354

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA) – Part 2

Effective February 1, 2006

Do not complete Part 2 until you have completed the 130% Gross Income Test (see page 1).

Case Name	Case Number	Food Stamp Center Number F-
-----------	-------------	--------------------------------

A. Income (do not round down amounts)

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Income Exclusions (monthly legally obligated child support payment)		
7. Subtract line 6 from line 5	A.	

B. Deductions

8. 20% of line 3	\$	
9. Standard Deduction – Monthly: Select one below.		
a) 1–4-person household \$134		
b) 5-person household \$157		
c) 6+ person household \$179		
10. Monthly Dependent Care Costs (maximum \$300 per child/dependent under 2 years old or \$175 per child/dependent over 2 years old)		
11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$145 or actual expense, whichever is greater)		
12. Add lines 8, 9, 10, 11	B.	

C. Adjusted Income

13. Subtract B from A (line 12 from line 7)	C.	
--	-----------	--

D. Shelter Costs

14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
15. Other Monthly Expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
16. Monthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26 and 39 . Shelter codes 02, 06 and those listed in 16a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the standard combined utility and phone standard of \$256. All shelter codes except 02, 06 and those listed in 16a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA): Enter \$33.		
17. Add lines 14, 15 and 16b or 16c or 16d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

18. Enter D (Shelter Costs): Enter amount from line 17	\$	
19. Enter 1/2 of C (Adjusted Income): Enter 1/2 of amount on line 13		
20. Excess Shelter Costs: Subtract line 19 from line 18; if line 18 is less than line 19, enter zero (0).		
21. Maximum Shelter Deduction Allowed	\$ 400	00
22. Enter amount from line 20 or 21, whichever is less	E.	

F. Monthly Food Stamp Net Income

23. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 13	\$	
24. Enter E (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 22		
25. Monthly Net Food Stamp Income: Subtract line 24 from line 23	F.	
26. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129FIW-129FF	G.	
27. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).		
28. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 27 from line 26	H.	

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

SAMPLE



Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos (NPA) – Parte 1

Vigente el 1ro de febrero, 2006
Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

Llene la Parte 1 antes que la Parte 2. Si la casilla 9(a) es marcada (inelegible), el caso es inelegible. No llene la Parte 2. Si la casilla 9(b) es marcada (elegible), llene la Parte 2.

Nombre del Caso		Número del Caso	Núm. Centro Cupones de Alimentos F-
(A) Número de Miembros del Hogar	(B) Número de Miembros Inelegibles	(C) Número de Miembros Elegibles	

A. Ingreso (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$		
2. Ingreso Neto por Huésped/Inquilino o Huésped			
3. Sume líneas 1 + 2			
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial			
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:			
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:			
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:			
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c			
6. Pago Mensual de Manutención de Niños Obligado Por la Ley			
7. Reste la línea 6 de la línea 5			

B. Prueba del 130% del Ingreso Bruto

8. Anote la cantidad del ingreso bruto máximo de todos los miembros del hogar como se indica en la tabla.		
9. Compare la cantidad anotada en la línea 7 con la cantidad anotada en la línea 8.		
(a) Si la cantidad anotada en la línea 7 es mayor que la cantidad en la línea 8, el hogar no cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto y no es elegible para Beneficios de Cupones para Alimentos. Marque la casilla de inelegible. No llene la Parte 2.	<input type="checkbox"/>	inelegible
(b) Si la cantidad anotada en la línea 7 es menos que la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto. Marque la casilla de elegible. Llene la Parte 2 en las páginas 2-3.	<input type="checkbox"/>	Elegible

Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Mensual
1	\$ 1,037
2	\$ 1,390
3	\$ 1,744
4	\$ 2,097
5	\$ 2,450
6	\$ 2,803
7	\$ 3,156
8	\$ 3,509
Cada miembro adicional	\$ 354

Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos (NPA) – Part 2

Vigente el 1ro de febrero, 2006

No llene la Parte 2 hasta que haya llenado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (vea la página 1).

Nombre del Caso	Número del Caso	Núm. Centro Cupones para Alimentos F-
-----------------	-----------------	---------------------------------------

A. Ingreso (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Neto por Inquilino/Huésped o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 + 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Exclusiones de Ingresos (pago mensual de manutención de niños obligado por la ley)		
7. Reste la línea 6 de la línea 5	A.	

B. Deducciones

8. 20% de la línea 3	\$	
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione uno de abajo.		
a) hogar de 1–4 personas \$ 134		
b) hogar de 5 personas \$ 157		
c) hogar de más de 6 personas \$ 179		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Dependientes (máximo de \$200 por niño dependiente menor de 2 años o \$175 por niño dependiente mayor de 2 años de edad)		
11. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o gasto actual, el que sea mayor		
12. Sume las líneas 8, 9, 10 y 11	B.	

C. Ingreso Ajustado

13. Reste B de A (línea 7 menos línea 12)	C. \$	
---	-------	--

D. Gastos de Albergue

14. Alquiler o Hipoteca Actual Mensual Facturada a la Familia	\$	
15. Otros Gastos Mensuales (contribución inmobiliaria, seguros, instalación de servicios de electricidad, gas, etc.)		
16. Asignación Mensual Para Electricidad y Gas		
a. Anote cero (0) para códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. Para gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$577 conjunta para calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los siguientes códigos de albergue 01, 03, 20, 25, 26 y 39. Códigos de albergue 02, 06 y los códigos enumerados en 16a arriba no son elegibles para esta asignación si se provee documentación de gastos de servicios públicos.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin gastos de alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la cantidad fija de \$256 conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono. Todos los códigos de refugio excepto 02, 06 y los códigos enumerados en 16a arriba pueden recibir esta asignación si provee documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
d. Solamente para gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas): Anote \$33.		
17. Sume las líneas 14, 15 y 16b o 16c o 16d	D.	

E. Deduciones de Albergue en Exceso

18. Anote D (Gastos de Albergue): Anote la cantidad de la línea 17	\$	
19. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 13		
20. Gastos en Exceso de Albergue: Reste línea 19 de la línea 18; si la línea 18 es menos que la línea 19, anote cero (0).		
21. Dedución Máxima Permitida para Albergue	\$400	00
22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos	E.	

F. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

23. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad en la línea 13	\$	
24. Anote E (Dedución en Exceso para Albergue): Anote la cantidad en la línea 22		
25. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos: Reste la línea 24 de la línea 23	F.	
26. Porción de Cupones: Remítase a las tablas en los formularios W-129F/W-129FF	G.	
27. Cantidad de Recuperación: Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).		
28. Porción de Cupones menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 27 de la línea 26	H.	

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Date

SAMPLE



Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA (SSI/Aged/Disabled)*
Effective February 1, 2006

Case Name		Case Number	Food Stamp Center Number F-
(A) Household Size	(B) Number Disqualified	(C) Number Eligible	

A. Income (do not round down amounts)

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Income Exclusion (monthly legally obligated child support payments)		
7. Subtract line 6 from line 5	A.	

B. Deductions

8. 20% of line 3	\$	
9. Standard Deduction – Monthly: Select one.		
a) 1–4-person household \$134		
b) 5-person household \$157		
c) 6+-person household \$179		
10. Monthly Child/Dependent Care Costs (maximum \$200 per child/dependent under 2 years old or \$175 per child/dependent over 2 years old)		
11. Monthly Medical Expenses: Subtract \$35 from gross expense amount and enter the balance. If less than zero, enter "0."		
12. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater.		
13. Add lines 8, 9, 10, 11, 12	B.	

C. Adjusted Income

14. Subtract B from A (line 13 from line 7)	C.	\$	
---	----	----	--

*The household must contain at least one SSI/Aged (60 years of age or older) or disabled household member to use this form.

D. Shelter Costs

15. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
16. Other Monthly Expenses (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
17. Monthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26 and 39 . Shelter codes 02, 06 and those listed in 17a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the combined utility and phone standard of \$256. All shelter codes except codes 02, 06 and those listed in 17a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA): Enter \$33.		
18. Add lines 15, 16 and 17b or 17c or 17d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

19. Enter D (Shelter Costs): Enter amount from line 18	\$	
20. Enter 1/2 of D (Adjusted Income): Enter 1/2 of amount on line 18		
21. Excess Shelter Costs: Subtract line 20 from line 19. If line 19 is less than line 20, enter zero (0).	E.	

F. Monthly Food Stamp Net Income

22. Enter D (Adjusted Income): Enter the amount on line 20		
23. Enter E (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 21		
24. Monthly Net Food Stamp Income: Subtract line 23 from line 22	F.	
25. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129FW-129FF	G.	
26. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).		
27. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 26 from line 25	H.	

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date



Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos – NPA (SSI/Ancianos/Incapacitados)*

Vigente el 1ro de febrero, 2006

Nombre del Caso		Número del Caso	A/C Número de Centro F-
(A) Número de Miembros del Hogar	(B) Número de Miembros Inelegibles	(C) Número de Miembros Elegibles	

A. Ingreso (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Mensual Neto del Huésped/Inquilino o Huesped		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Exclusión de Ingreso (pago mensual de mantenimiento de que es obligado por la ley)		
7. Reste la línea 6 de la línea 5	A.	

B. Deducciones

8. 20% de la línea 3	\$	
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione una opción. a) Hogar de 1–4 personas \$134 b) Hogar de 5 personas \$157 c) Hogar de 6+ personas \$179		
10. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes (máximo \$200 por niño/dependiente menor de 2 años o \$175 por niño/dependiente mayor de 2 años de edad)		
11. Gastos Médicos Mensuales: Deduzca \$35 de la cantidad bruta y anote el balance. Si resulta menos de cero, anote "0."		
12. Anote la cantidad mayor de las dos siguientes: La Deducción Mensual (\$143) de Albergue para Desamparados o la cantidad que usted paga.		
13. Sume las líneas 8, 9, 10, 11, 12	B.	

C. Ingreso Ajustado

14. Reste B de la A (línea 13 de la línea 7)	C.	\$
--	----	----

* Este formulario se debe utilizar si por lo menos un miembro del hogar recibe SSI/es anciano (60 años de edad o más) o incapacitado.

D. Gastos de Albergue

15. Alquiler o Hipoteca Mensual Facturada a la Familia	\$	
16. Otros Gastos Mensuales (impuestos sobre bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.)		
17. Asignación Mensual para Electricidad y Gas		
a. Anote cero (0) para los códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$577 conjunta para calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los siguientes códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39. Casos con códigos de albergue 02, 06 y aquellos enumerados en la parte 17a de arriba solo pueden recibir la asignación si se proporciona la documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la asignación fija conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono de \$256. Todos los códigos excepto los códigos 02, 06 y los códigos enumerados en la parte 17a de más arriba son elegibles para esta asignación si proveen documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
d. Solamente gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas): Anote \$33.		
18. Sume las líneas 15, 16 y 17b o 17c o 17d	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

19. Anote D (Gastos de Albergue): Anote la cantidad de la línea 18.	\$	
20. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad de la línea 14.		
21. Gastos de Albergue en Exceso: Reste la línea 20 de la línea 19. Si la línea 19 es menor que la línea 20 anote cero (0).	E.	

F. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

22. Anote la C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad de la línea 14.		
23. Anote la E (Deducción en Exceso de Albergue): Anote la cantidad de la línea 21.		
24. Ingreso Mensual Neto de Cupones para Alimentos: Reste la línea 23 de línea 22	F.	
25. Porción de Cupones: Refiérase a las tablas de los formularios W-129FW-129FF	G.	
26. Cantidad de Recuperación. Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote un cero (0)		
27. Porción de Cupones Menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 26 de la línea 25	H.	

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha



Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) – Part 1
Effective February 1, 2006
130% Gross Income Limitation Worksheet

Job Center Number: _____

	Basic Case Name	Basic Case Type
Other Eligible Payee(s)	Name:	Case Type (Suffix 2):
	Name:	Case Type (Suffix 3):
	Name:	Case Type (Suffix 4):

Complete Part 1 before Part 2. If box 11(a) is checked (ineligible), case is ineligible. Do not complete Part 2. If box 11(b) is checked (eligible) complete Part 2. Enter semimonthly (S/M) amounts. Do not round down amounts.

A. Income

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. S/M PA Grant (for hotel/emergency shelter cases include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent)		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income (do not enter employment income on this line)		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7		

B. 130% Gross Income Test

10. Enter maximum gross income amount for household size from table on page 2.	\$	
11. Compare amount entered on line 9 with amount entered on line 10. (a) If amount entered on line 9 is greater than amount on line 10, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp Benefits. Check ineligible box. Do not complete Part 2. (b) If amount entered on line 10 is greater than amount entered on line 9, household meets 130% Gross Income Limitation. Check eligible box. Complete Part 2 on pages 3–5.	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible	

1. Household Composition

(A) Non-PA/Non-SSI 59 or Under	(B) Number on PA	(C) Total in Household	(D) Number Disqualified	(E) Number Eligible

130% Gross Income Table	
Household Size	Semimonthly Gross Income
1	\$518.50
2	\$695.00
3	\$872.00
4	\$1,048.50
5	\$1,225.00
6	\$1,401.50
7	\$1,578.00
8	\$1,754.50
Each additional member	\$177.00

SAMPLE

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA) – Part 2

Effective February 1, 2006

Do not complete Part 2 until you have completed 130% Gross Income Test (see pages 1–2). Enter semimonthly amounts. Do not round down amounts.

A. Income

1. Semimonthly (S/M) Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. S/M PA Grant (for hotel/emergency shelter cases, include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent)		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income (do not enter income from employment on this line)		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

B. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction, Semimonthly: Select one below: a) 1–4 person household \$67.00 b) 5-person household \$78.50 c) 6+-person household \$99.50		
12. S/M Child/Dependent Care Costs (may not exceed \$100 S/M per child/dependent under 2 years old or \$87.50 per child/dependent over 2 years old)		
13. S/M Automated Recoupment: Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
13a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater.		
14. Add lines 10, 11, 12, 13, 13a	B.	

C. Adjusted Income

15. Subtract B from A (line 14 from line 9)	C.	\$
---	----	----

D. Shelter Costs

16. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household (for hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size)	\$	
17. Other S/M Expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
18. Semimonthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the S/M standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41 . Shelter codes 02, 06 and those listed in 18a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128 or actual total of utility expenses and up to \$16.50 maximum telephone expense. Enter actual total or \$128, whichever is more. All shelter codes except codes 02, 06 and those listed in 18a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA): Enter \$16.50.		
19. Add lines 16, 17 and 18b or 18c or 18d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

20. Enter D (Shelter Costs) : Amount from line 19	\$	
21. Enter 1/2 of C (Adjusted Income) : 1/2 of amount on line 15		
22. Excess Shelter Costs : Subtract line 21 from line 20. If line 20 is less than line 21, enter zero (0)		
23. Maximum S/M Shelter Deduction Allowed	200	00
24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less.	E.	

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

25. Enter C (Adjusted Income) : Enter the amount on line 15	\$	
26. Enter E (Excess Shelter Deduction) : Amount on line 24		
27. S/M Net Food Stamp Income : Subtract line 26 from line 25	F.	

G. Monthly Food Stamp Net Income

28. Multiply amount on line 27 x 2	G.	\$	
29. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 28 and household size from Part 1, box 1 (E) on page 2 of this form.	H.		00
30. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			00
31. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 30 from line 29.	I.		00

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

SAMPLE



Cálculo de Presupuesto de Cupones de Alimentos Mensual (PA) – Parte 1
Vigente el 1ro de febrero, 2006
Hoja de Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

Número del Centro de Trabajo: _____

	Nombre de Caso Básico	Tipo de Caso Básico
Otro(s) Beneficiario(s) Elegible	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 2):
	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 3):
	Nombre:	Tipo de Caso (Sufijo 4):

Llene la Parte 1 antes de la Parte 2. Si la casilla 11(a) se marca como (inelegible), el caso es inelegible. No llene la Parte 2. Si la casilla 11(b) se marca como (elegible), llene la Parte 2. Anote las cantidades quincenales. No redondee las cantidades.

A. Ingreso

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia Pública (para casos de albergue de hotel/emergencia, incluye la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en el estado actual real)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (no anote el ingreso de empleo en esta línea)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7		

B. Prueba de Ingreso del 130%

10. Anote la cantidad máxima del ingreso bruto por el tamaño de la familia basado en la tabla de la página 2.	\$	
11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad en la línea 10. (a) Si la cantidad anotada en la línea 9 es mayor que la cantidad en la línea 10, la familia no reúne la Limitación del Ingreso Bruto del 130% y no es elegible para Beneficios de Cupones para Alimentos. Marque la casilla de inelegible. No llene la Parte 2. (b) Si la cantidad anotada en la línea 10 es mayor que la cantidad anotada en la línea 9, la familia reúne la Limitación de Ingreso Bruto del 130%. Marque la casilla de elegible. Llene la Parte 2 en las páginas 3-5.	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible	

1. Miembros en el Hogar:

(A) Sin Asistencia Pública/ Sin SSI 59 Años o Menos	(B) Número de Personas en Asistencia Pública	(C) Número de Miembros en el Hogar	(D) Número de Personas Descalificadas	(E) Número de Personas Elegibles

Índice del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Quincenal
1	\$518.50
2	\$695.00
3	\$872.00
4	\$1,048.50
5	\$1,225.00
6	\$1,401.50
7	\$1,578.00
8	\$1,754.50
Cada miembro adicional	\$177.00

SAMPLE

Cálculo de Presupuesto de Cupones de Alimentos Mensual (AP) – Parte 2

Vigente el 1ro de febrero del 2006

No llene la Parte 2 hasta que haya completado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (vea las páginas 1-2). Anote las Cantidades Quincenales. No redondee las cantidades.

A. Ingreso

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia Pública (para casos de albergue de hotel/emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (no anote el ingreso de empleo en esta línea)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

B. Deducciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Deducción Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes: a) hogar de 1 a 4 personas \$67.00 b) hogar de 5 personas \$78.50 c) hogar de más de 5 o más personas \$89.50		
12. Costos de Cuidado para Niños/Dependientes (no puede exceder de \$100 quincenales por niño/dependiente menor de 2 años o \$87.50 por niño/dependiente mayor de 2 años)		
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01-32 y 99 solamente. No anote nada para todas las otras recuperaciones automáticas.		
13a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto real, cualquiera que sea mayor.		
14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, 13a	B.	

C. Ingreso Ajustado

15. Reste B de A (línea 14 de la línea 9)	C.	\$
---	----	----

D. Costos de Albergue

16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (para casos de hotel/refugio de emergencia, marque la máxima asignación permitida dado el número de personas del hogar)	\$	
17. Otros Gastos Quincenales (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas)		
18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos		
a. Anote cero (0) para los códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote conjuntamente la asignación quincenal para gastos fijos de calefacción, servicios públicos y teléfono por \$288.50. No es necesaria documentación para los códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41. Los códigos de albergue 02, 06 y los códigos enumerados en la parte 18a de arriba pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.		
c. Con gastos de servicios públicos solamente: (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote conjuntamente los gastos fijos de servicios públicos y teléfono por \$128 o la suma real de gastos de servicios públicos y un máximo de hasta \$16.50 en gastos de teléfono. Anote la cantidad mayor, ya sea el total efectivo o \$128. Todos los códigos de albergue excepto 02, 06 y aquellos enumerados en la parte 18a de arriba, pueden recibir esta concesión si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.		
d. Con gastos de teléfono solamente (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas): Anote \$16.50.		
19. Sume 16, 17 y 18b o 18c o 18d	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

20. Anote B (Gastos de Albergue): Cantidad de la línea 19	\$	
21. Anote la 1/2 de C (Ingreso Ajustado): La 1/2 de la cantidad de la línea 15		
22. Gastos en Exceso de Albergue: Reste la línea 21 de la línea 20. Si la cantidad de la línea 20 es menor que la de la línea 21, anote cero (0).		
23. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida	200	00
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

25. Anote C (Ingreso Ajustado): Cantidad de la línea 15	\$	
26. Anote E (Deducción de Vivienda en Exceso): Cantidad en la línea 24		
27. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos: Reste la línea 26 de la línea 25	F.	

G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

28. Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2	G.	\$	
29. Porción de Cupones: Vea las tablas del formulario W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 28 y el número de miembros del hogar de la Parte 1, casilla 1 (E) en la página 2 de este formulario.	H.		00
30. Cantidad Recuperada: Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero (0).			00
31. Porción de Cupones después de la Recuperación: Reste la línea 30 de la línea 29.	I.		00

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

SAMPLE



Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled)*

Effective February 1, 2006

For cases with SSI Income or Social Security New York State Disability Income or disabled veterans and their disabled surviving spouses and children or persons 60 years or older.

Job Center No.:	Case Name	Case Cat./No.
Other Eligible Payee(s)	Name	Category (Suff. 2)

1. Household Composition:

(A) Non-PA Non-SSI Vet./SS	(B) Non-PA Non-SSI 59 or Under	(C) Non-PA Non-SSI 60 or Older	(D) Number on SSI	(E) Number on PA	(F) Total in Household	(G) Number Disqualified	(H) Number Eligible

Enter Semimonthly (S/M) Amounts (do not round down amounts)

A. Income

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. <small>S/M PA Grant: For hotel/emergency shelter cases, include maximum state allowance for family size instead of actual rent.</small>		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. <small>S/M Gross Unearned Income: Do not enter income from employment on this line.</small>		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. Income Exclusion: S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

B. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one.		
a) 1–4-person household	\$ 67.00	
b) 5-person household	\$ 78.50	
c) 6+-person household	\$ 89.50	

*The household must contain at least one SSI/Aged (60 years of age or older) or disabled household member to use this form.

12.	S/M Child/Dependent Care Costs: May not exceed \$100 S/M per child/dependent under 2 years old or \$87.50 per child/dependent over 2 years old.	\$	
13.	S/M Automated Recoupment: Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01-32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
14.	S/M Medical Expenses: Subtract \$17.50 from gross expense amount and enter balance. If less than zero (0), enter "000."		
14a.	S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater.		
15.	Add lines 10, 11, 12 and 14, 14a	B.	

C. Adjusted Income

16.	Subtract B from A (line 15 from line 9; if less than zero (0), enter "000")	C.	\$	
-----	--	-----------	----	--

D. Shelter Costs

17.	S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases enter maximum shelter allowance for family size.	\$	
18.	Other S/M Shelter Expense: Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.		
19.	Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c or d) and enter the amount on the appropriate line. Enter zero (0) for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35 b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and phone allowance of \$287.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41. Shelter codes 02, 06 and those listed in 19a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided. c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes except codes 02, 06 and those listed in 19a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided. d. With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA): Enter \$16.50.		
20.	Add lines 17, 18 and 19b or 19c or 19d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

21.	Enter D (Shelter Costs): Amount from line 20	\$	
22.	Enter 1/2 of C (Adjusted Income): 1/2 of amount on line 16		
23.	Excess Shelter Costs: Subtract line 22 from line 21; if line 21 is less than line 22 enter zero (0).	E.	

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

24. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 16.	\$	
25. Enter E (Excess Shelter Deduction): Amount on line 23		
26. SIM Monthly Net Food Stamp Income: Subtract line 25 from line 24	F.	

G. Monthly Food Stamp Net Income

27. Multiply amount on line 26 x 2	G.	\$	
28. Coupon Allotment: Refer to Tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 27 and household size from box 1(H).	H.		
29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			
30. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 29 from line 28	I.		

Worker's Signature

Date

Supervisor's Signature

Date

SAMPLE



**Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos
(PA – SSI/Ancianos/Incapacitados)*
Vigente el 1ro de febrero, 2006**

Para casos de personas con ingresos de SSI o Seguro Social/Ingreso para Incapacitados en el Estado de Nueva York o para veteranos(as) y sus esposas(os) incapacitadas(os) sobrevivientes y niños o personas de 60 años de edad o mayores.

Núm. del Centro de Trabajo:	Nombre del Caso	Categoría del Caso/Núm.
Otra(s) Persona(s) con Derecho a Pagos:	Nombre	Categoría (Sufijo 2)

1. Distribución del Domicilio:

(A) Sin AP Sin SSI Vet./SS	(B) Sin AP Sin SSI 69 Años de Edad o Menos	(C) Sin AP Sin SSI 60 Años de Edad o Mayor	(D) Número de Personas en SSI	(E) Número de Personas en AP	(F) Número de Personas en el Hogar	(G) Número de Personas Descalificadas	(H) Número de Personas con Derecho

Anote las Cantidades Por Quincenas (no redondee las cantidades)

A. Ingreso

1. Ingreso Bruto Devengado Quincenal	\$	
2. Ingreso Bruto Quincenal de Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume las líneas 1 + 2		
4. Concesión Quincenal de AP: Para casos de hotel/albergue de emergencia incluya la asignación mínima de reembolso para el tamaño de su familia en vez del alojamiento usual paga.		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Bruto Salarial Quincenal: No anote ingreso de empleo aquí.		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Exclusión de Ingreso: Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

B. Deduciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Dedución Quincenal – Fija: Elija una de las opciones. a) hogar de 1–4 personas \$ 67.00 b) hogar de 5 personas \$ 78.50 c) hogar de 6+ personas \$ 89.50		

* Este formulario se debe utilizar si por lo menos un miembro del hogar recibe SSI/es anciano (60 años de edad o más) o incapacitado.

12. Gastos Quincenales de Cuidado Infantil/ de Dependientes: No puede exceder \$100 quincenales por niño/dependiente menor de 2 años o \$87.50 por niño/dependiente mayor de 2 años de edad.	\$	
13. Recuperación Quincenal Automática: Anote la recuperación quincenal por fraude con cheques duplicados o códigos de ofensa 01-32 y 99 solamente. No anote todas las otras recuperaciones automáticas.		
14. Gastos Médicos Quincenales: Reste \$17.50 de la cantidad bruta y anote el balance. Si menos de cero (0), anote "000".		
14a. Anote la cantidad mayor de las dos siguientes: la Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o el gasto real.		
15. Sume las líneas 10, 11, 12 y 14, 14a	B.	

C. Ingreso Ajustado

16. Reste B de A (línea 15 de la línea 9; si menos de cero (0), anote "000")	C.	\$	
---	----	----	--

D. Gastos de Albergue

17. Alquiler Real o Hipoteca Quincenales Facturados a la Familia: Para casos de hotel/albergue de emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.	\$	
18. Otros Gastos Quincenales de Albergue: Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.		
19. Asignación Quincenal para Servicios de Electricidad y Gas: Escoja la asignación correcta para servicios de electricidad y gas (a, b, c o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.		
a. Anote cero (0) para los códigos de albergue 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación quincenal normal de la combinación de calefacción, servicios de electricidad y gas y teléfono de \$288.50. No se requiere documentación para los códigos de alquiler: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41 . Los códigos de albergue 02, 06 y aquellos enumerados en 19a más arriba, tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
c. Con gastos de servicios de electricidad y gas solamente (sin gastos de alquiler, calefacción o aire acondicionado): Anote la deducción normal de la combinación de servicios de electricidad y gas y teléfono de \$128. Todos los códigos de albergues, salvo 02, 06 y aquellos enumerados en 19a más arriba, tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
d. Con gastos de teléfono solamente (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas): Anote \$16.50.		
20. Sume las líneas 17, 18 y 19b o 19c o 19d.	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

21. Anote D (Costos de Alojamiento): Cantidad de la línea 20	\$	
22. Anote la mitad de C (Ingreso Ajustado): La mitad de la cantidad de la línea 16		
23. Gastos de Albergue en Exceso: Reste la línea 22 de la línea 21, si la cantidad de la línea 21 es menor que la de la línea 22, anote cero(0).	E.	

F. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos

24. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad de la línea 16.	\$	
25. Anote E (Deducción de Albergue en Exceso): Cantidad de la línea 23		
26. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos: Reste la línea 25 de línea 24	F.	

G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

27. Multiplique la Cantidad de la línea 26 x 2	G. \$	
28. Porción de Cupones: Remítase a las Tablas de los formularios W-129FW-129FF , y use el ingreso de la línea 27 y el número de personas del domicilio del encasillado 1(H).	H.	
29. Cantidad a ser Recuperada: Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).		
30. Porción de Cupones menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 29 de la línea 28	I.	

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha

SAMPLE