



# 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 DIRECTIVE #06-17-ELI

*(This Policy Directive Replaces PD # 05-20-ELI)*

### CHANGES IN THE EARNED INCOME DISREGARD AND PUBLIC ASSISTANCE POVERTY LEVEL TEST FOR 2006

<b>Date:</b> May 31, 2006	<b>Subtopic(s):</b> Public Assistance Budgeting
------------------------------	--

**AUDIENCE** This policy directive is for all staff in the Job Centers and FIA Employment Support Program and is informational for all others.

**POLICY** Social Services Law (SSL) Section 131-a (8)(a)(iii) requires that annually on June 1, the public assistance (PA) earned income disregard (EID) be adjusted up or down to reflect the change in the most recently issued poverty guidelines of the United States Census Bureau.

The earned income disregard (EID) is applicable to all Family Assistance (FA) households and all Safety Net (SN) households that include at least one child who is applying for or receiving Safety Net Assistance (SNA) or Supplemental Security Income (SSI). Effective June 1, 2006 the EID increased from 45 percent to 47 percent.

In addition, the amounts used for the PA Poverty Level Guidelines will also change. The gross earned and unearned income of PA applicants and participants cannot exceed the 2006 Federal Poverty Guidelines as published in the Federal Register. This change impacts budgets with an effective date of 6/A/06 or later.

The PA Poverty Level Test applies to all PA households except those residing temporarily in hotels/motels, homeless shelters, domestic violence shelters, AIDS housing and congregate care facilities.

---

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*

**REQUIRED ACTION**

Before the earned income disregard can be applied, the following financial eligibility tests must be conducted:

- **Gross Income Test** – The semimonthly gross income is compared to 185 percent of the semimonthly standard of need for the household size. If the gross income exceeds 185 percent of the standard of need, the household is ineligible for cash assistance.
- **PA Poverty Guideline Test** – If the household's gross income does not exceed 185 percent of the standard of need, the semimonthly gross income is compared to the current year semimonthly poverty guidelines limit for the household size (see chart on page 3 of this directive). If the gross income exceeds the poverty guideline, the household is ineligible for cash assistance.
- **Net Income Test** – If the household's gross income does not exceed the PA poverty guidelines limit for the household size, the Net Income Test is conducted. At that point the earned income disregard is applied as follows:

Applying the Earned Income Disregard

- If the family or individual has an active PA case or is reapplying on a case that has been closed four months or less, a budget including the income disregard is calculated to determine the household's budget deficit, if any.

**Note:** The earned income disregard is not granted for any period of time in which the earned income is not reported within 10 days of receipt or is concealed.

- If the family or individual is applying for the first time or reapplying on a case that has been closed for more than four months, financial eligibility must be determined prior to the application of the earned income disregard. If without the disregard there is a budget deficit, the earned income disregard is then applied to determine the household's semimonthly grant.

When calculating a budget in WMS, the Automated Budgeting and Eligibility Logic (ABEL) system automatically performs all three financial eligibility tests.

The Public Assistance Budget Computation (**W-648**) and the Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (**W-648D**) have been revised to reflect the 2006 Poverty Level Guidelines (shown on page 3) and the increase in the income disregards.

The Guide to Budgeting (**W-203K**) has also been revised to reflect the increase in the earned income disregard. Location heads must ensure that all previous versions of the **W-648**, **W-648D** and **W-203K** are removed from circulation and recycled.

2006 PA Poverty Level Guidelines	
Size of Family Unit	Semimonthly Limit
1	\$350.05
2	\$471.50
3	\$592.94
4	\$714.39
5	\$835.83
6	\$957.28
7	\$1,078.73
8	\$1,200.17
For each additional person add \$121.44 semimonthly.	

As part of the implementation of the changes in the EID and PA Poverty Guidelines, the following took place:

The unique authorization number for this MRB is **99999343**.

- A mass rebudgeting (MRB) of PA/FS cases took place on the weekend of May 20–21, 2006, to effect these changes. The Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) will send the appropriate Client Notice System (CNS) notices to all cases included in the mass rebudgeting. Please refer to Attachments **A** and **B** for sample notices.
- As part of the mass rebudgeting process, all stored budgets affected by these changes have been rebudgeted. The effective date for these budgets is 6/A/06.
- As a result of the mass rebudgeting process, any budget stored more than 60 days before the mass rebudgeting with an effective date more than 30 days prior to the storage date has been purged from the system.
- On May 22, 2006, the 47 percent EID and revised PA Poverty Level Guidelines was made available for all budgets calculated with a budget effective date of 6/A/06, or later. Budgets calculated with a budget effective date prior to June 2006 will continue to use current amounts.

**PROGRAM  
IMPLICATIONS**

Model Office Implications            There are no Model Office implications.

Paperless Office System (POS) Implications            There are no POS implications.

Food Stamp Implications            As a result of this change, some PA/FS participants may receive an increase in their cash assistance grant. This increase is budgetable for FS purposes and may result in a decrease in the household's FS benefits.

Medicaid Implications            Cases that lose PA eligibility due to increased income should be referred for a separate Medicaid determination. For PA cases closed due to the increase of the EID, Workers must use closing code **E30**, Excess Income (No Transitional Medicaid). Use of this code will prompt a separate Medicaid determination.

---

**LIMITED  
ENGLISH  
SPEAKING  
ABILITIES (LESA)  
AND HEARING  
IMPAIRED  
IMPLICATIONS**

For Limited English Speaking Ability (LESA) and hearing-impaired applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with PD #06-12-OPE and PD #06-13-OPE.

---

**FAIR HEARING  
IMPLICATIONS**

Avoidance/Resolution            Ensure that all case actions are processed in accordance with current procedures and that electronic case files are kept up to date. Remember that applicants/participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Conferences at  
Job/Model Centers

An applicant/participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If an applicant/participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the individual is waiting to be seen. In Model Offices, the Receptionist at Main Reception will issue an FH&C ticket to the applicant/participant to route him/her to the FH&C Unit and does not need to verbally alert the FH&C Unit staff.

The FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate any material presented by the applicant/participant, review the case file and discuss the issue(s) with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor. The AJOS/Supervisor I will explain the reason for the Agency's action(s) to the applicant/participant.

If the determination is that the applicant/participant has presented good cause for the infraction or that the outstanding Notice of Intent needs to be withdrawn for other reasons, the FH&C AJOS/Supervisor I will settle in conference (SIC), enter detailed case notes in NYCWAY and forward all verifying documentation submitted by the applicant/participant to the appropriate JOS/Worker for corrective action to be taken. In addition, if the adverse case action still shows on the "Pending" (08) screen in WMS, the AJOS/Supervisor I must prepare and submit a Fair Hearing/Case Update Data Entry Form (**LDSS-3722**), change the **02** to an **01** if the case has been granted aid continuing (ATC), or prepare and submit a PA Recoupment Data Entry Form (**LDSS-3573**) to delete a recoupment. The AJOS/Supervisor I must complete a Conference Report (**M-186a**).

If the determination is that the applicant/participant has not shown good cause for the infraction or that the Agency's action(s) should stand, the AJOS/Supervisor I will explain to the applicant/participant why s/he cannot settle the issue(s) in conference (SIC). The AJOS/Supervisor I must complete an **M-186a**.

Should the applicant/participant elect to continue his/her appeal by requesting or proceeding to a Fair Hearing, already requested, the FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.


Evidence Packets for Job/Model Centers All Evidence Packets must contain a detailed history, copies of relevant WMS screen printouts, other documentation relevant to the action taken and copies of NYCWAY “Case Notes” screens.

---

**REFERENCES** SPP 2006-00076-00  
[06-ADM-04](#)  
 ABEL Transmittal PA-2006-2

---

**ATTACHMENTS**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.


- Attachment A** Sample State Client Notice System (CNS) Notice of Decision on Your Public Assistance, Food Stamps and Medical Assistance
- Attachment B** Sample State Client Notice System (CNS) Notice of Decision on Your Public Assistance, Food Stamps and Medical Assistance (Spanish)
- W-203K** Guide to Budgeting (Rev. 5/31/06)
- W-648** Public Assistance Budget Computation (Rev. 5/31/06)
- W-648 (S)** Public Assistance Budget Computation (Spanish) (Rev. 5/31/06)
- W-648D** Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (Rev. 5/31/06)
- W-648D (S)** Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (Spanish) (Rev. 5/31/06)

CENTER 067  
3 EAST 42ND  
NY, NY 10003

NOTICE OF DECISION ON YOUR  
PUBLIC ASSISTANCE AND  
MEDICAL ASSISTANCE.

SE LE ENVIARA UNA COPIA EN ESPANOL DE ESTA  
NOTIFICACION EN UN SOBRE APARTE

NOTICE NUMBER: N010081887		DATE: April 19, 2006		CASE NUMBER: 007416131G	
OFFICE 067	UNIT	WORKER SBANK	UNIT OR WORKER NAME		TELEPHONE NO. 212-555-9080

<b>AGENCY TELEPHONE NUMBERS</b>		<b>CASE NAME / AND ADDRESS</b>	
GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP <u>212-555-9080</u>			
OR Agency Conference <u>212-869-3123</u>			
Fair Hearing information and assistance <u>555-1</u>			
Record Access <u>555-38</u>			
Child/Teen Health Plan <u>5</u>		RY 02 IC LANE 33H 38	

IF YOU DO NOT AGREE WITH ANY DECISION EXPLAINED IN THIS NOTICE, YOU HAVE A RIGHT TO ASK US FOR A CONFERENCE AND/OR ASK THE STATE FOR A FAIR HEARING. READ THE CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING SECTION TO SEE HOW TO ASK FOR A CONFERENCE AND/OR A FAIR HEARING.

**PUBLIC ASSISTANCE**

Beginning July 1, 2006, your public assistance benefits will be **CHANGED**. Your old benefit amount was \$581.00; your new benefit amount is \$592.00. If the benefit amount is the same, you should compare the New Amount and Old Amount columns to see the change(s).

Your monthly public assistance benefit of \$592.00 will be distributed as follows:

	<u>New Amount</u>	<u>Old Amount</u>
o Monthly cash grant: .....	\$592.00	\$581.00

If you have any changes in your household such as increased rent or someone else moving in, tell your worker right away. A change in your household could mean a change in your benefit amount.

Please see the budget calculation section of this notice for an explanation of how we figured your benefit amount.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 352.29.

Your public assistance will be **CHANGED** because:

- o We are counting less earned income against your public assistance needs. Each year the percentage of earned income that we must disregard is adjusted. The higher the earned income disregard, the smaller the amount of your earned income we count. We decide the amount of the new percentage based on changes to the most recently issued poverty guidelines issued by the United States Department of Health and Human Services. The earned income disregard has been changed from 45% to 47%.

We do not count the first \$90 of your gross earned income and 47% of the remainder

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 352.20(c).

**How we figured your Public Assistance Benefits:**

Check the information below and let us know if something is wrong. If there is a mistake, it could mean that this decision we made about your benefit is not correct.

- o The way we figure your income and needs is shown below:

<u>Person's Name</u>	<u>Type of Income</u>	<u>Monthly Amount</u>
JOHN HART	Salaries/Wages	\$355.00
KEVIN HART	Salaries/Wages	\$375.00
<b>Total Earned Income We Count.....</b>		<b>\$291.50</b>
<b>Total Unearned Income We Count...</b>		<b>\$0.00</b>
<b>Total We Count.....</b>		<b>\$291.50</b>



- o To figure your monthly income, we multiply your weekly income by 4 2/3, or your bi-weekly income by 2 & 1/2, or your monthly income by 1, or use the monthly income amount when you provide it.
- o There are 6 people in your public assistance case.
- o There are 3 children under 18 years of age in your case.
- o There are 6 people in your public assistance suffix.
- o Your household did not have a pregnant woman or child under the age of 18-year-old child attending full-time secondary school.
- o Your household pays \$349.00 for housing.
- o According to our records, your type of housing is known as Unfurnished Apartment Or Room.
- o We allow \$349.00 for housing.
- o Your heat is included in your rent.
- o No one in your suffix is at least four months pregnant.

**FOOD STAMPS**

You have not been getting food stamps in this case. If you want to see if you can get food stamps, you can apply at any time.

**MEDICAL ASSISTANCE**

We will continue Medical Assistance coverage unchanged for:

<u>Name</u>	<u>Client I.D. #</u>
MARY HART	TB21421N
JOHN HART	TB21411S
KEVIN HART	TB21401W
HOMER HART	TB21391R
HUGH HART	TB21381V
UNBORN HART	TB21371Z
BILL HART	TB21361D

These persons will continue to be entitled to full services under the Medical Assistance Program.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.6.



**CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION**

**DO YOU THINK WE ARE WRONG?**

If you think our decision was wrong, you can request a review of our decision. If we made a mistake, we will correct it. You can do both of the following:

- 1. Ask for a meeting (conference) with one of our supervisors; and
- 2. Ask for a State fair hearing with a State hearing officer.

**CONFERENCE (Informal meeting with us)**

If you think our decision was wrong or if you do not understand our decision, or need additional information about the reason for our decision, please call us to arrange a meeting. To do this, call the conference telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problems you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

**STATE FAIR HEARING**

**Deadline for Requesting a Fair Hearing**

If you want the State to review our decision about your public assistance, you must ask for a fair hearing by **June 18, 2006**. This is the deadline even if you asked for a meeting (conference) with us.

If you want the State to review our decision about your medical assistance, you must ask for a fair hearing by **June 18, 2006**. This is the deadline even if you asked for a meeting (conference) with us.

**How to Request a Fair Hearing**

You can ask for a fair hearing in writing, by phone, or electronically through a person.

**WRITE:** Complete the State Request for Fair Hearing at the bottom of this page and send it to the address at the bottom of the next page.

**OR CALL:** (800) 333-3333  
When you call, please tell the worker the number of this notice which is **N010081887**.

**OR FAX:** Send a copy of this notice to fax no. (518) 473-6735.

**OR ONLINE:** Complete the online request form at:  
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**OR WALK-IN:** Bring a copy of this notice to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn, NY or 330 West 34th Street, New York City, NY.

If you cannot reach the State electronically, by phone or fax, please write to request a fair hearing before the deadline for requesting a fair hearing.

**What to Expect at a Fair Hearing**

The State will send you a notice which 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  
(Read the next page for more of your Rights)

**REQUEST FOR A FAIR HEARING**

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.)

---



---



---

Name : MARY HART  
Address : 2002 MAIDEN LANE #333H  
NYC, NY 10038

District/Office No: 66/067  
Notice No. : N010081887  
Case Number: 007416131G  
Telephone : 212-383-6969

/\_/ I do not want to "keep my benefits the same" until the Fair Hearing decision is issued.  
ONLY USE THIS TEAR-OFF TO REQUEST A HEARING ABOUT THIS NOTICE.



can bring a lawyer, a relative or 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 which explain why we are wrong.

To help you explain at the hearing why you think our decision is 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 obtain a lawyer at no cost to you by contacting:

- MFY LEGAL SERVICES, 223 GRAND STREET, NEW YORK, NY 10013**  
Telephone: (212) 966-7410
- LEGAL AID SOCIETY, 166 MONTAGUE ST, BROOKLYN, NY 11201**  
Telephone: (718) 722-3100

For the names of other lawyers check your Yellow Pages under "LAWYERS".

**ACCESS TO YOUR FILES AND COPIES OF DOCUMENTS**

To help you get ready for the hearing, you will receive a letter at your case. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your case which we will give to the hearing officer at the hearing. If you call, write or fax us, we will send you free copies of some documents from your case which you may need to prepare for your hearing. To look at or make copies of documents to look at your file, call (718) 718-7187, or (718) 718-7187 for the Hearing Division. Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. If you need copies of documents from your case file, you should request them at the hearing. They will be provided to you within a reasonable time before the hearing. Documents will be provided to you only if you specifically ask for them.



Send this "Request for a Fair Hearing" to:

**The Office of Administrative Hearings  
 New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
 P.O. Box 1930  
 Albany, New York 12201**



CENTER 067  
3 EAST 42ND  
NY, NY 10003

**NOTIFICACION SOBRE LA DECISION  
DE SU ASISTENCIA PUBLICA Y  
ASISTENCIA MEDICA.**

ESTA NOTIFICACION EN ESPANOL NO LLEVA ACENTOS  
DEBIDO A QUE NUESTRO SISTEMA DE COMPUTADORAS  
NO OFRECE LA CAPACIDAD PARA INCORPORARLOS

NUMERO DEL AVISO: N010081887		FECHA: Abril 19, 2006		NUMERO DE CASO: 007416131G	
OFICINA 067	UNIDAD	TRABAJADOR(A) SBANK	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD		NO. DE TELEFONO 212-555-9080

<b>NUMEROS TELEFONICOS DE LA AGENCIA</b>		<b>NOMBRE DEL CASO Y DIRECCION</b>	
NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA <u>212-555-9080</u> <hr/> <input type="radio"/> Para Conferencia con la Agencia <u>212-869-3123</u> Información y asistencia sobre Vista Imparcial <u>555-1</u> Acceso a archivos/récords <u>555-38</u> Plan de Salud Infantil/Adolescente <u>5</u>		RY 02 IC LANE 38 33H	



SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON NINGUNA DE LAS DECISIONES EXPLICADAS EN ESTA NOTIFICACION, USTED TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O PEDIR AL ESTADO UNA VISTA IMPARCIAL. LEA LA SECCION SOBRE LA CONFERENCIA Y/O LA VISTA IMPARCIAL PARA AVERIGUAR COMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA Y/O UNA VISTA IMPARCIAL.

**ASISTENCIA PUBLICA**

A partir del Julio 1, 2006, sus beneficios de asistencia publica seran **CAMBIADOS**. La cantidad de su viejo beneficio era \$581.00; la cantidad de su nuevo beneficio es \$592.00. Si la cantidad del beneficio no cambiado, tendras que comprar las columnas Cantidad Nueva y Cantidad Vieja para ver los cambios.

Su beneficio mensual de asistencia publica de \$592.00 se distribuira de la siguiente manera:

	<u>New Amount</u>	<u>Old Amount</u>
o Asignacion mensual en efectivo: .....	\$592.00	\$581.00

Si hay algun cambio en su hogar, tal como el aumento del alquiler o el traslado a su hogar de otra persona, informele a su trabajador(a) inmediatamente. Un cambio en su hogar podria significar un cambio en la cantidad de su beneficio.

Por favor vea la seccion del calculo del presupuesto de esta notificacion para una explicacion de como calculamos su cantidad de beneficios.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 352.29.

Su asistencia publica sera **CAMBIADA** debido a que:

- o Estamos contando menos ingresos ganados contra sus necesidades de asistencia publica. Cada ano, el porcentaje del ingreso ganado que nosotros no debemos tomar en cuenta se ajusta. Mientras mas alto es el ingreso ganado que no se toma en cuenta, menor es la cantidad de su ingreso ganado que nosotros contamos. Se calcula en nuevo porcentaje en base a los cambios recientes a las pautas sobre pobreza emitidas por la

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). El porcentaje del ingreso ganado que se excluye ha cambiado del 45 por ciento al 47 por ciento.

Nosotros no contamos los primeros \$90 de su ingreso bruto ganado y el 47% del resto.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 352.20(c).

**Como calculamos sus Beneficios de Asistencia Publica:**

Fijese en la informacion de abajo y notifiquenos si algo esta incorrecto. Si hay un error, este podria significar que la decision que tomamos acerca de su beneficio no es correcta.

- o La manera en que calculamos su ingreso y necesidades se muestran abajo:

<u>Nombre de la Persona</u>	<u>Tipo de Ingreso</u>	<u>Cantidad Mensual</u>
JOHN HART	Salarios/Sueldos	\$355.00
KEVIN HART	Salarios/Sueldos	\$375.00

Ingreso Total Ganado Que Contamos.....	\$291.50
Ingreso del Mes que Contamos.....	\$0.00
Ingreso Total Ganado Que Contamos.....	\$291.50



- o Para calcular su ingreso mensual, tomamos su ingreso semanal por 4 & 1/2 o su ingreso bimensual por 2, dependiendo de la cantidad de ingreso mensual que usted proveyo.
- o Existen 6 personas en su caso de Asistencia Publica.
- o Existen 3 niños menores de 18 años de edad en su caso.
- o Existen 6 personas en su sufijo de Asistencia Publica.
- o Su hogar incluye una mujer embarazada o un(a) niño(a) menor de 18 años de edad o un(a) niño(a) que asiste a tiempo completo la escuela secundaria.
- o Su hogar paga \$349.00 para la vivienda.
- o De acuerdo a nuestros records, su tipo de vivienda tambien es conocido como Apartamento O Cuarto Sin Muebles.
- o Nosotros permitimos \$349.00 para gastos de vivienda.
- o Los costos de su calefaccion estan incluidos en su renta/alquiler.
- o Nadie en su sufijo tiene cuatro meses de embarazo.

**CUPONES DE ALIMENTOS**

Usted no ha estado recibiendo cupones de alimentos en este caso. Si usted desea averiguar si puede recibir cupones de alimentos, usted puede solicitar en cualquier momento.

XL218D (09/97)

**ASISTENCIA MEDICA**

Nosotros continuaremos la cobertura de la Asistencia Medica sin cambio alguno para:

<u>Nombre</u>	<u>No. del I.D. del Cliente</u>
MARY HART	TB21421N
JOHN HART	TB21411S
KEVIN HART	TB21401W
HOMER HART	TB21391R
HUGH HART	TB21381V
UNBORN HART	TB21371Z
BILL HART	TB21361D

Estas personas continuaran teniendo el derecho a obtener servicios completos bajo el Programda de Asistencia Medica.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-2.6.

**SAMPLE**

—  
—  
—

XL218D (09/97)

**SAMPLE**

**SECCION PARA LA CONFERENCIA Y LA VISTA IMPARCIAL**

**CREE USTED QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

Si usted cree que nuestra decision es incorrecta, puede solicitar una revision de nuestra decision. Si cometimos algun error, lo corregiremos. Puede apelar de las dos maneras siguientes:

- 1. Solicitando una reunion (conferencia) con uno de nuestros supervisores; y
- 2. Solicitando una audiencia imparcial estatal con un funcionario estatal de audiencias.

**CONFERENCIA (reunion informal con nosotros)**

Si usted cree que nuestra decision fue equivocada o si no comprende nuestra decision, o si necesita mas informacion sobre la razon de nuestra decision, sirvase llamarnos y solicitar una reunion. Para hacer esto, llame al numero de telefono para conferencias indicado al comienzo de la pagina 1 de este aviso o escribanos a la direccion impresa al comienzo de la pagina 1 de este aviso. En ciertas ocasiones, esta es la manera mas rapida de resolver problemas. Le recomendamos hacer esto incluso si ha solicitado una vista imparcial.

**VISTAS IMPARCIALES ESTATALES**

**Fecha limite para solicitar una vista imparcial**

Si desea que el Estado revise nuestra decision sobre su asistencia publica, usted debe solicitar una vista imparcial antes del **Junio 18, 2006**. Esta es la fecha limite incluso si usted ha solicitado una reunion (conferencia) con nosotros.

Si desea que el Estado revise nuestra decision sobre su asistencia publica, usted debe solicitar una vista imparcial antes del **Junio 18, 2006**. Esta es la fecha limite incluso si usted ha solicitado una reunion (conferencia) con nosotros.

**Como solicitar una vista imparcial**

Usted puede solicitar una vista imparcial por escrito, por telefono, por facsimil, por electronico o visitando en persona.

**ESCRIBA:** Complete el formulario que se encuentra al final de esta notificacion y envíelo a la direccion que aparece en la parte de abajo de la proxima pagina.

**O LLAME AL:** **(800) 342-3334**

**Cuando llame, por favor comuniquese al empleado(a) el numero de esta notificacion, el cual es N010081887.**

**O POR FACSIMIL:** Envie una copia de esta notificacion al numero de facsimil (518) 473-6735.

**O** Envie su peticion llenando el formulario electronico en: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**O VISITANDO EN PERSONA:** Traiga una copia de esta notificacion al Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York al 14 Boerum Place, Brooklyn, NY or 330 West 34th Street, New York City, NY.

(Lea la siguiente pagina para mas informacion acerca de sus derechos)

**SOLICITUD PARA UNA VISTA IMPARCIAL**

Yo deseo una vista imparcial. Yo no estoy de acuerdo con la accion de la agencia. (Puede ser util explicar la razon por la que usted esta en desacuerdo abajo, pero usted no tiene que incluir una explicacion por escrito.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre :	<b>MARY HART</b>	No. de Distrito/Oficina:	<b>66/067</b>
Direccion:	<b>2002 MAIDEN LANE #333H NYC, NY 10038</b>	No. de Notificacion:	<b>N010081887</b>
		No. de Caso :	<b>007416131G</b>
		Telefono :	<b>212-383-6969</b>

/\_/ Yo no deseo "mantener mis beneficios iguales" hasta que la decision de la Vista Imparcial se emita.

**SOLO UTILICE LA PARTE QUE PUEDE SEPARARSE DE ESTA PAGINA (DEBAJO DE LOS PUNTOS) PARA SOLICITAR UNA VISTA ACERCA DE ESTA NOTIFICACION.**



Si no puede comunicarse con el Estado por electronico, por telefono o por facsimil, por favor escriba una carta solicitando una audiencia imparcial antes de la fecha limite para solicitar una audiencia imparcial.

**Que esperar en una vista imparcial**

El Estado le enviara un aviso informandole cuando y donde se hara la vista imparcial.

En la vista, usted tendra oportunidad de explicar por que piensa que nuestra decision es equivocada. Usted puede traer un abogado, un familiar o amistad o alguien mas que pueda ayudarle a explicar esto. Si usted no puede venir personalmente, puede enviar a alguien para que le represente. Si en lugar suyo, usted envia a la vista una persona que no es abogado, debe enviar con esta persona una carta demostrando al funcionario de vistas que usted desea que tal persona le represente en la vista.

En la vista, usted y su abogado o cualquier otro representante suyo tendran la oportunidad de explicar por que nos hemos equivocado y de entregar al funcionario de vistas documentos escritos que demuestren por que estamos equivocados.

Usted puede traer a la vista cualquier testigo que pueda ayudarle a explicar por que piensa que nuestra decision es equivocada. Tambien debe traer documentos tales como: Recibos de pago, Contratos de arrendamiento, Recibos, Facturas, Declaraciones de sus medicos.

En la vista, usted y su abogado u otros representantes suyos pueden interrogar a los testigos que nosotros presentemos o que usted traiga como ayuda para su caso.

**ASISTENCIA LEGAL**

Si usted cree que necesita la ayuda de un abogado para resolver este problema, puede obtener un abogado sin costo al llamar a su oficina, como sigue:

**MFY LEGAL SERVICES**, 100 W. 42ND ST., NEW YORK, NY 10018  
**Telefono: (212) 966-4100**  
**LEGAL AID SOCIETY**, 100 MONTAGUE ST., BROOKLYN, NY 11201  
**Telefono: (718) 722-5012**

Para averiguar los nombres de otros abogados que se encuentran en las tarjetas de guia de telefonica bajo el titulo "SERVICIOS LEGALES", llame a:

**COPIAS GRATUITAS DE LOS DOCUMENTOS**

Como asistencia en preparacion para la audiencia imparcial, usted tiene el derecho de obtener los archivos de su caso. Si usted llama por escrito o por fax, le enviaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregaran al funcionario de audiencias durante la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petition por facsimil, le enviaremos copias gratuitas de documentos especificos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, o por facsimil al (718) 722-5018 o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe solicitarlas con anticipacion. Estos le seran provistos dentro de un periodo razonable de tiempo antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarian a usted solamente si usted pide especificamente que estos sean enviados por correo.

Envie esta "Solicitud para una Vista Imparcial" a:

**The Office of Administrative Hearings  
 New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
 P.O. Box 1930  
 Albany, New York 12201**





## Guide to Budgeting

### Schedule of Semimonthly Preadded Allowance (1/1/90)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
Amount	\$56.00	\$89.50	\$119.00	\$153.50	\$189.50	\$219.00	\$30.00

### Special Situations

- Single persons residing in public shelters can receive a public assistance personal needs allowance of \$22.50 s/m.
- Homeless persons who refuse placement in a shelter can receive the preadded, energy and restaurant allowance.
- For family members joining the household for limited periods (e.g., weekends) authorize \$4.00 per day per person.
- All participants who are billed for rent are entitled to a shelter allowance equal to the rent or the maximum shelter allowance for family size, whichever is less.
- Persons with HIV/AIDS can receive a shelter allowance of up to \$480 per month and up to \$330 per month for each additional person on the case.

#### Schedule 1

Maximum Semimonthly Shelter Allowance with Children\* (effective 11/1/03)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7 or More
S/M Amount	\$138.50	\$141.50	\$200.00	\$225.00	\$250.50	\$262.00	\$273.00

\*Includes pregnant women

#### Schedule 2

Maximum Semimonthly Shelter Allowance without Children

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$107.50	\$125.00	\$143.00	\$156.00	\$168.50	\$174.50	\$201.50	\$210.50

### Semimonthly Energy Grants

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
S/M Amount	\$12.55	\$19.75	\$26.50	\$34.35	\$42.35	\$48.60	\$6.25

### Semimonthly Fuel for Heating: Other than Natural Gas (E)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$35.00	\$35.00	\$35.00	\$36.50	\$38.50	\$41.00	\$44.00	\$46.50

### Semimonthly Fuel for Heating: Natural Gas (E)

PA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$28.00	\$28.00	\$28.00	\$29.00	\$30.50	\$32.50	\$34.50	\$37.00

### Expenses Incident to Employment

Item of Expense	Allowance
Standard Semimonthly Work Reduction	\$45.00
Income Disregard	47% of net earned income

### Expenses Incident to Approved Training

Carfare	Public transportation expense
---------	-------------------------------

### Schedule of Semimonthly Restaurant Allowance (Includes Sales Tax)

	Dinner	Lunch and Dinner	All Meals
Amount per Person	\$14.50	\$23.50	\$32.00
Pregnant Women, Persons under 18 Years of Age and Full-Time Students Who Will Graduate before 19th Birthday	\$32.50	\$41.50	\$50.00

### Schedule of Emergency Assistance Grants for All Cases

Daily Rate		
PA Family Size	Preadded and Energy Allowance	*Preadded, Energy and Restaurant Allowance
1	\$4.50	\$6.60
2	\$7.50	\$11.40
3	\$9.55	\$15.90
4	\$12.35	\$20.75
5	\$15.10	\$25.60
6	\$17.60	\$30.20
7	\$20.00	\$34.70
8	\$22.35	\$39.20
9	\$24.75	\$43.70
10	\$27.15	\$48.20
Each Additional Person	\$2.40	\$4.50

\*Add \$1.20 per individual, if entitled, to the additional \$18.00 s/m.



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_

### Public Assistance Budget Computation

**Other Eligible Payee(s)**

First Name	M.I.	Last Name	Category	Suffix

SAMPLE

**Section 1: Calculation of Income/Needs**

(Be sure to use conversion chart for weekly and monthly amounts.) Enter semimonthly (S/M) amounts

Total number in household \_\_\_\_\_

A. Income		Suffix _____	Suffix _____
1.	Semimonthly gross earned income	\$ _____	\$ _____
<b>Unearned Income:</b>			
2.	Net S/M income from boarder/lodger		
3.	Workers' Compensation		
4.	New York State Disability		
5.	Unemployment Insurance Benefits		
6.	Social Security benefits		
7.	Veterans' pension or compensation		
8.	Child support/alimony income <sup>TT</sup> (subtract \$25 from S/M amount)		
9.	Other (specify):		
10.	Total Unearned Income (add lines 2–9)		
11.	Total S/M gross income (line 1 plus line 10)		

<sup>TT</sup>Child support is counted only when determining initial eligibility for assistance. If determined for assistance, child support is not budgetable but is assigned to the Agency through the Office of Child Support Enforcement.

Total number in household \_\_\_\_\_

	<b>B. Needs</b>	S/M Amounts to Be Prorated	Suffix _____	Suffix _____
			How many in the Suffix _____	How many in the Suffix _____
	Semimonthly Needs			
12.	Family allowance		\$	\$
13.	Energy grant			
14.	Fuel for heating			
15.	Pregnancy allowance			
16.	Other			
17.	Basic allowance (add lines 12–16)			
18.	Shelter allowance*			
19.	Subtotal needs (add lines 17, 18)			
20.	SSI prorated share			
21.	Total needs (line 19 minus line 20)			

\*Up to Agency maximum unless in temporary housing with shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 or 43. For these shelter types, enter the actual cost of temporary housing.

SAMPLE

**Section 2: 185% Gross Income Limitation Calculation**

	Suffix _____	Suffix _____
22.	Multiply amount on line 21 by 1.85	
23.	Compare amount entered on line 11 with amount on line 22. (a) If the amount entered on line 11 is greater than the amount on line 22, the household does not meet the 185% Gross Income Limitation and is ineligible for public assistance (PA) – check <input checked="" type="checkbox"/> ineligible. Do not continue. Complete form <b>W-122D</b> to determine Food Stamp (FS) eligibility. <sup>†</sup> (b) If the amount entered on line 11 is equal to or less than the amount entered on line 22, the household meets the 185% Gross Income Limitation – check <input checked="" type="checkbox"/> eligible. Complete Section 3.	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Ineligible  <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Eligible

<sup>†</sup>If one suffix fails the 185% test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

**Note:** For households with income and residing in temporary shelters (shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 or 43) Prepare the Income Needs and Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing (W-684D) to determine the household's needs and the amount of the income that must be contributed toward the cost of temporary housing. If no income in H/H, continue to section 4A or 4B as applicable.

**Section 3: Poverty Test**

Shelter codes 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34 and 35 are exempt from the Poverty Test. All other shelter codes require the Poverty Test.

		Suffix _____	Suffix _____
24.	Enter total S/M gross income from line 11.		
25.	Enter poverty guideline amount for family size from lookup chart.		
26.	Compare amounts on line 24 and 25: (a) If amount on line 24 is greater than the amount on line 25, then the household has failed the poverty test and is ineligible for (PA). <sup>†</sup> (b) If amount on line 24 is less than or equal to the amount on line 25, the household has passed the poverty test and is eligible for PA.	<input type="checkbox"/> Failed  <input type="checkbox"/> Passed	<input type="checkbox"/> Failed  <input type="checkbox"/> Passed

<sup>†</sup>If one suffix fails the poverty or net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

If the household passed the poverty test, continue.

Shelter code: \_\_\_\_\_

2006 Poverty Guidelines  
Lookup Chart

Size of Family	Semimonthly Limit
1	\$350.05
2	\$471.50
3	\$592.94
4	\$714.39
5	\$835.83
6	\$957.28
7	\$1,078.73
8	\$1,200.17

For each additional person, add \$121.44 semimonthly.

**Section 4A: Net Income Test**

**Active PA cases and cases closed less than four (4) months**

		Suffix _____	Suffix _____
27.	S/M gross earned income (line 1)		
28.	Standard deduction – \$45 S/M (allow \$45 S/M for each employed individual)		
29.	Income applicable for 47% disregard (line 27 minus line 28)		
30.	47% earned income disregard (multiply amount on line 29 by .47) Applicable for all FA households and any SNA household with at least one child or medically verified pregnant woman. All others enter zero (0).		
31.	Total deductions (line 28 plus line 30)		
32.	S/M net earned income (line 27 minus line 31)		
33.	S/M unearned income (from line 10)		
34.	Total S/M income (line 32 plus line 33)		
35.	S/M needs subtotal (line 21)		
36.	OCSE sanction: enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 35 by 0.25)		
37.	Total S/M needs (line 35 minus line 36)		
38.	Budget deficit (line 37 minus line 34 – round down to the nearest 50¢) Enter amount if greater than zero (0). If equal to or less than zero (0) do not enter amount here, enter amount on line 39.	-	-
39.	Budget surplus – if amount on line 34 is equal to or more than line 37, the household has <b>failed the net income test</b> and is <b>not eligible for PA.</b> <sup>†</sup>	+	+
40.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 38)		
41.	S/M budget deficit (line 38 minus line 40 – round down to the nearest 50¢)	PA Grant	PA Grant

<sup>†</sup>If one suffix fails the poverty or net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

**Section 4B: Net Income Test**

**New cases or cases closed for four (4) months or more**

		Suffix _____	Suffix _____
42.	S/M gross earned income (line 1)		
43.	S/M standard deduction – \$45 S/M		
44.	Net S/M earned income (line 42 minus line 43)		
45.	Total S/M unearned income (line 10)		
46.	Total S/M income (add lines 44 and 45)		
47.	Total S/M needs (line 21 – round down to the nearest 50¢)		
48.	OCSE sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 47 by 0.25)		
49.	S/M needs (line 47 minus line 48)		
50.	Subtotal budget deficit (line 49 minus line 46 – round down to nearest 50¢). If line 46 is equal to or more than line 49, enter zero (0).	-	-
51.	Budget surplus – if line 50 is equal to zero (0) STOP; H/H is ineligible for PA. If line 50 is greater than zero (0), continue. <sup>†</sup>	+	+
52.	Income disregard (applicable for all FA households and any SNA household with at least one child or medically verified pregnant woman). Multiply the amount on line 44 by 0.47.		
53.	S/M net earned income (line 44 minus line 52)		
54.	Total S/M needs (line 47)		
55.	Total income (line 45 plus line 53)		
56.	Budget deficit (line 54 minus line 55 – round down to the nearest 50¢)	PA Grant	PA Grant
57.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 56)		
58.	S/M budget deficit (line 56 minus line 57 – round down to the nearest 50¢)		

<sup>†</sup>If one suffix fails the net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

**Section 5: Income for Food Stamp Calculation**

		Suffix _____	Suffix _____
59.	Add together the budget deficits for each suffix (line 38 or line 56) and enter the total. This amount is also entered on line 4 of form <b>W-122D/DD</b> . For alien cases with individuals ineligible for food stamps, enter only the prorated public assistance of eligible individuals on line 4 of form <b>W-122D/DD</b> .		

\_\_\_\_\_  
Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



Fecha: \_\_\_\_\_  
Número del Caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

### Cálculo del Presupuesto para Asistencia Pública

**Otro(s) Beneficiario(s) Elegible(s)**

Nombre	I.	Apellido	Categoría	Sufijo

SAMPLE

**Sección 1: Cálculos de Ingreso/Necesidades**

(Asegúrese de usar la tabla de conversión para cantidades semanales y mensuales.)  
Anote las cantidades quincenales

Número Total en el hogar \_\_\_\_\_

A. Ingreso		Sufijo _____	Sufijo _____
1.	Ingreso bruto salarial quincenales	\$ _____	\$ _____
<b>Ingreso No Salarial:</b>			
2.	Ingreso neto quincenal por huésped/inquilino		
3.	Indemnización para Trabajadores		
4.	Indemnización por Incapacidad del Estado de Nueva York		
5.	Seguro de Desempleo		
6.	Beneficios de Seguro Social		
7.	Pensión o indemnización para veteranos		
8.	Ingreso por mantenimiento niños/pensión alimenticia <sup>TT</sup> (deduzca \$25 de la cantidad quincenal)		
9.	Otro ingreso (detalle):		
10.	Ingreso Total No Salarial (sume las líneas 2-9)		
11.	Total de ingreso bruto salarial quincenal (sume las líneas 1 y 10)		

<sup>TT</sup> El mantenimiento de niños se toma en cuenta sólo al determinar la elegibilidad para asistencia inicial. Si se determina elegible para asistencia, el mantenimiento de niños no se incluye en el presupuesto. Sin embargo, se le asigna a la Agencia por medio de la Oficina de Aplicación del Mantenimiento de Niños (Office of Child Support Enforcement).

Total number in household \_\_\_\_\_

	<b>B.Necesidades</b>	Cantidad Quincenal a Prorratear	Sufijo _____	Sufijo _____
			Personas bajo este sufijo _____	Personas bajo este sufijo _____
	Necesidades Quincenales			
12.	Asignación por familia		\$	\$
13.	Concesión para energía			
14.	Concesión para energía			
15.	Asignación por embarazo			
16.	Otra necesidad			
17.	Asignación normal (sume desde la línea 12 a la 16)			
18.	Asignación de vivienda*			
19.	Subtotal de necesidades (sume las líneas 17 y 18)			
20.	Porción del SSI prorrateado			
21.	Total de necesidades (línea 19 menos línea 20)			

\*Hasta el máximo permisible por la Agencia al menos que esté alojado(a) temporalmente en un refugio de acuerdo a los códigos de vivienda 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 o 43. Para estos tipos de refugios anote el costo real de alojamiento temporario.

SAMPLE

**Sección 2: Cálculo de la Limitación del 185% del Ingreso Bruto**

	Sufijo _____	Sufijo _____
22.	Multiplique la cantidad en la línea 21 por 1.85.	
23.	Compare la cantidades marcada en la línea 11 con la cantidad de la línea 22. (a) Si la cantidad en la línea 11 supera la cantidad en la línea 22, el hogar no califica según la Limitación del 185% del Ingreso Bruto y no es elegible para asistencia pública (public assistance – PA) – marque <input checked="" type="checkbox"/> no elegible. No siga llenando el formulario. Complete el formulario <b>W-122D</b> para determinar si tiene derecho a cupones para alimentos (food stamps – FS). <sup>†</sup> (b) Si la cantidad en la línea 11 es menor que la cantidad en la línea 22, el hogar califica según la Limitación del 185% del Ingreso Bruto – marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla elegible. Complete la Sección 3.	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> No elegible  <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> Elegible

<sup>†</sup>Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

**Nota: Para los hogares que reciban ingresos y residan en viviendas temporarias (códigos de vivienda 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 42 o 43) Llene la Hoja de Cálculos de Necesidades y Contribuciones para Familias en Viviendas Temporarias (W-648D) para determinar las necesidades del hogar y la cantidad de los ingresos que se debe destinar al costo de la vivienda temporaria si no hubiese ningún ingreso en el hogar, continúe a la sección 4A o 4B según le corresponda.**



**Sección 3: Prueba de Pobreza**

**Códigos de refugio 06, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 34 y 35 quedan exentos de la Prueba de Pobreza. Todos los demás códigos de refugio requieren la Prueba de Pobreza.**

		Sufijo _____	Sufijo _____
24.	Anote el total del ingreso quincenal que aparece en la línea 11.		
25.	Anote la cantidad según los niveles de pobreza y el número de miembros en el hogar que aparece en la tabla de referencia.		
26.	Compare las cantidades que aparecen en las líneas 24 y 25: (a) Si la cantidad de la línea 24 supera a la cantidad en la línea 25, el ingreso del hogar está por encima del nivel de pobreza por lo cual no califica para asistencia pública. <sup>†</sup> (b) Si la cantidad de la línea 24 resulta menos o igual a la cantidad de la línea 25, el ingreso del hogar está por debajo del nivel de pobreza y por consiguiente califica para asistencia pública.	<input type="checkbox"/> No Elegible  <input type="checkbox"/> Elegible	<input type="checkbox"/> No Elegible  <input type="checkbox"/> Elegible

<sup>†</sup> Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

**Si el hogar está por debajo de los niveles de pobreza, prosiga.**

Código de Refugio: \_\_\_\_\_

Niveles de Pobreza del 2006  
Tabla de Referencia

Núm. de miembros en el hogar	Límite Quincenal
1	\$350.05
2	\$471.50
3	\$592.94
4	\$714.39
5	\$835.83
6	\$957.28
7	\$1,078.73
8	\$1,200.17
Para cada persona adicional, añada \$121.44 quincenal.	

**Sección 4A: Prueba de Ingreso Neto**  
**Casos Activos de Asistencia Pública y cerrados por menos de cuatro (4) meses**

		Sufijo ____	Sufijo ____
27.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 1)		
28.	Deducción normal – \$45 quincenal		
29.	Ingreso que califica para descuento del 47% (línea 27 menos línea 28)		
30.	Descuento del 47% al ingreso salarial (multiplique la cantidad en la línea 29 por 0.47) Le corresponde a todos los hogares en Asistencia Familiar (FA) y a todos los de Asistencia de la Red de Seguridad (SNA) con por lo menos un niño o mujer con embarazo clínicamente comprobado. Para todos los demás anote cero (0).		
31.	Total de las deducciones (suma la línea 28 a la línea 30)		
32.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 27 menos línea 31)		
33.	Ingreso no salarial quincenal (línea 10)		
34.	Ingreso total quincenal (suma la línea 32 a la línea 33)		
35.	Subtotal quincenal de necesidades (línea 21)		
36.	Sanción de OCSE: Anote la cantidad de la reducción del 25% de necesidades, si le corresponde (multiplique la cantidad de la línea 35 por 0.25)		
37.	Total quincenal de necesidades (línea 35 menos línea 36)		
38.	Déficit presupuestario (línea 37 menos la 34 – redondee reduciendo a los 50¢ más cercanos). Si la cantidad resulta mayor a cero (0), anótela. Si dicha cantidad resulta cero (0) o menos anótela en la línea 39 y no aquí.		-
39.	Sobrante de presupuesto – Si la cantidad en la línea 34 equivale o supera la de la línea 37, el hogar <b>no pasó la prueba de ingreso neto</b> , y por tanto, <b>no es elegible para asistencia pública.</b> <sup>†</sup>	+	+
40.	Anote la cantidad prorrateada de la sanción de empleo/drogadicción, si le corresponde (cantidad de línea 38 prorrateada)		
41.	Déficit presupuestario quincenal (reste la línea 38 de la línea 40 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)	Concesión PA	Concesión PA

<sup>†</sup>Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

**Sección 4B: Prueba de Ingreso Neto**  
**Casos nuevos o cerrados por cuatro (4) meses o más**

		Sufijo _____	Sufijo _____
42.	Ingreso bruto salarial quincenal (línea 1)		
43.	Deducción normal quincenal – \$45 quincenal		
44.	Ingreso neto salarial quincenal (línea 42 menos línea 43)		
45.	Total quincenal de ingresos no salariales (línea 10)		
46.	Total quincenal de ingresos (sume la cantidad de las líneas 44 y 45)		
47.	Total de necesidades quincenales (cantidad de la línea 21 – redondee a los 50¢ más cercanos)		
48.	Sanción de OCSE: Anote la cantidad de la reducción del 25% de necesidades, si le corresponde (multiplique la cantidad de la línea 47 por 0.25)		
49.	Necesidades quincenales (cantidad de la línea 47 menos la cantidad de la línea 48)		
50.	Subtotal del déficit presupuestario (deduzca la línea 46 de la línea 49 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos). Si la cantidad de la línea 46 equivale o supera la cantidad de la línea 49, anote cero (0).	-	-
51.	Sobrante de presupuesto – <b>si la línea 50 es igual a cero (0), DETÉNGASE; el hogar no es elegible para asistencia pública.</b> Si la línea 50 resulta más de cero (0), prosiga. <sup>†</sup>	+	+
52.	Descuento del ingreso (le corresponde a todos los hogares en Asistencia Familiar [FA] y cualquier hogar en Asistencia de la Red de Seguridad [SNA] donde resida un niño o mujer con embarazo clínicamente comprobado). Multiplique la cantidad de la línea 44 por 0.47.		
53.	Ingreso neto salarial quincenal (reste la línea 44 de la línea 52)		
54.	Total de necesidades quincenales (línea 47)		
55.	Ingreso total (línea 45 más línea 53)		
56.	Déficit presupuestario (línea 54 menos línea 55 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)	Concesión PA	Concesión PA
57.	Anote la cantidad prorrateada conforme a la sanción de empleo/abuso de sustancias, si le corresponde (cantidad de línea 56 prorrateada)		
58.	Déficit presupuestario quincenal (cantidad en línea 56 menos la cantidad de la línea 57 – redondee la cifra a los 50¢ más cercanos)		

<sup>†</sup>Si un sufijo no pasa la prueba de pobreza o de ingreso neto, vuelva a calcular las necesidades de los sufijos restantes, sin incluir aquellos que no sean elegibles. Proporcione una asignación completa o aumento de porción prorrateada de acuerdo al número de sufijo(s) que resten.

**Sección 5: Cálculos de Ingreso para Cupones para Alimentos**

		Sufijo _____	Sufijo _____
59.	Suma los déficits presupuestarios de cada sufijo (línea 38 o línea 56) y anote el total. Esta cantidad también se anota en la línea 4 del formulario <b>W-122D/DD</b> . Para casos de con personas inelegibles para cupones para alimentos, anote en la línea 4 del formulario solamente la cantidad prorrateada de asistencia pública de las personas elegibles <b>W-122D/DD</b> .		

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha



Date: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_  
Caseload: \_\_\_\_\_  
Center: \_\_\_\_\_

**Income Contribution Worksheet for Families in Temporary Housing**  
To be used in conjunction with a **W-648** or WMS PA budget calculation

<b>S/M Needs</b>		<b>Enter Semimonthly Amounts Below</b>
1.	Preadded allowance	
2.	Home energy allowance	
3.	Restaurant allowance	
4.	Temporary housing allowance	
5.	Other (specify):	
6.	Total needs (add lines 1-5)	
<b>Net Income</b>		
7.	Semimonthly (S/M) gross income	
8.	Enter the S/M poverty level for H/H size	
9.	Subtract line 8 from line 7 (If line 8 is more than line 7, enter zero [0].)	
10.	Enter the amount from line 7 or line 8, whichever is <u>LESS</u>	
11.	Subtract a \$45 S/M standard work deduction from line 10 for each employed and enter the result	
12.	Earned income disregard (line 11 x 0.47) for each employed individual Applicable for all FA households and any SN household with at least one child or a medically verified pregnant woman. All others enter zero (0).	
13.	Line 11 minus line 12	
14.	Net S/M earned income (add line 9 and line 13)	
15.	S/M child support income (If \$25 or more S/M, subtract \$25 and enter balance. If less than \$25, enter zero [0].)	
16.	Other S/M unearned income (specify):	
17.	Total S/M net income (add lines 14, 15 and 16)	

<b>Budget Deficit</b>		
18.	Total needs (line 6)	
19.	Total S/M net income (line 17)	
20.	Budget deficit (line 18 minus 19 – round down to nearest .50)	
<b>Participant's S/M Contribution</b>		
21.	Actual S/M shelter cost (line 4)	
22.	Budget deficit (enter amount from line 20)	
23.	Participant's S/M contribution toward shelter cost (line 21 minus line 22)	

\_\_\_\_\_  
Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

SAMPLE



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número del Caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 Unidad de Casos: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_

**Hoja de Contribución de Ingresos para  
Familias Residentes en Viviendas Temporales**

A usarse conjuntamente con un W-648 (S) o con cálculo presupuestarios de WMS PA

<b>Necesidades Quincenales</b>		<b>Indique Cantidades Quincenales Más Abajo</b>
1.	Asignación añadida por anticipado	
2.	Asignación para energía del hogar	
3.	Asignación para restaurantes	
4.	Asignación para vivienda temporal	
5.	Otras necesidades (favor de detallar):	
6.	Suma de todas las necesidades (sume las líneas 1-5)	
<b>Ingreso Neto</b>		
7.	Ingreso quincenal (Q) bruto	
8.	Anote el nivel quincenal de pobreza correspondiente al número de miembros en el hogar	
9.	Reste la línea 8 de la línea 7 (Si la línea 8 es más que la línea 7, anote cero [0].)	
10.	Marque la <u>MENOR</u> de las cantidades de las líneas 7 y 8	
11.	Reste la deducción normal de trabajo (\$45 Q) de la línea 10 por cada empleado y anote el resultado	
12.	Descuento del ingreso salarial (línea 11 x 0.47) De aplicación para todos los hogares de FA o de SN con al menos un niño(a) o embarazo clinicamente comprobado. De lo contrario anote cero (0).	
13.	Línea 11 menos línea 12	
14.	Ingreso salarial neto y quincenal (sume las cantidades de las líneas 9 y 13)	
15.	Ingreso quincenal de mantenimiento de niños (De ser \$25 o más quincenalmente, deduzca \$25 y marque el saldo. Si menos de \$25, marque cero [0].)	
16.	Ingresos Q no salariales adicionales (favor de detallar):	
17.	Ingreso Q neto total (sume las líneas 14, 15 y 16)	

<b>Déficit del Presupuesto</b>		
18.	Cantidad total de necesidades (línea 6)	
19.	Ingreso Q neto total (línea 17)	
20.	Déficit del presupuesto (línea 18 menos línea 19 – redondee hacia los .50 más cercanos)	
<b>Contribución Quincenal del Participante</b>		
21.	Costo Q actual de alojamiento (line 4)	
22.	Déficit presupuestario (anote la cantidad de la línea 20)	
23.	Contribución Q del participante destinada al alojamiento (línea 21 menos línea 22)	

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

SAMPLE