



# 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 #07-34-OPE

*(This Policy Directive Replaces PB #07-91-OPE, PD #06-28-ELI, PB #05-128-OPE, PB #05-76-OPE, PB #05-44-OPE, PB #05-25-OPE, PD #01-59-ELI and PD #00-74)*

### OCTOBER 2007 CHANGES IN FOOD STAMP STANDARDS

| <b>Date:</b><br>September 21, 2007 | <b>Subtopic(s):</b><br>Food Stamps   |
|------------------------------------|--|
| <b>AUDIENCE</b>                    | The instructions in this policy directive are for all Job Center and Non-Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) (formerly known as NPA FS) Center staff.  |
| <b>POLICY</b>                      | <p>The United States Department of Agriculture (USDA) has released its cost-of-living adjustments for the FS Program, which will become effective October 1, 2007. These adjustments will affect the following standards:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FS standard deduction</li> <li>• Excess shelter maximum and standard deduction amounts</li> <li>• FS table amounts for the 130% Gross Income Test and 165% Gross Income Test</li> <li>• Net income eligibility levels</li> <li>• Thrifty Food Plan (TFP) FS benefit amounts.</li> </ul> |
| <b>OVERVIEW OF CHANGES</b>         | The current standard deduction for a household (h/h) of one to three persons will remain \$134, but will increase to \$143 for a h/h of four persons, to \$167 for a h/h of five persons and to \$191 for a h/h of six or more persons.  |

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1, or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

The following chart represents the standard deduction amounts that will be used in all budgets with an effective date of 10/A/07 or later.

| FS standard deduction | <u>Household Size</u> | <u>Standard Deduction</u> |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
|                       | 1                     | \$134                     |
|                       | 2                     | \$134                     |
|                       | 3                     | \$134                     |
|                       | 4                     | \$143                     |
|                       | 5                     | \$167                     |
|                       | 6+                    | \$191                     |

Shelter deductions/exclusions

The changes in the shelter deductions/exclusions are as follows:

- The maximum excess shelter deduction will increase to \$431.
- The boarder/lodger exclusion will increase to \$162 for one person and to \$298 for two people.

Homeless shelter deduction as well as SUA and child care standards are unchanged.

Current FS amounts for combined heat/utility/phone Standard Utility Allowance (SUA) (\$577), combined utility/phone (\$256), phone (\$33), homeless shelter deduction (\$143) and the dependent care deduction (\$200 per child less than two years of age; \$175 per dependent two years of age or older) will stay the same.

Refer to the Shelter Type Codes/Standard Utility Allowance (SUA) Levels Desk Guide (**W-205HH**) for assistance in determining the correct SUA level.

Workers are reminded that FS households that use public phones, phone cards or cell phones are entitled to receive the phone deduction. Therefore, almost all FS households that are not eligible for the combined SUA can receive the phone deduction.

The figures below are for a household of up to eight individuals. Add \$377 for each additional person.

130% Gross Income Test

130% Income Limits Beginning October 2007

| <u>Household Size</u> | <u>Monthly Household Income</u> |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1                     | \$1,107                         |
| 2                     | \$1,484                         |
| 3                     | \$1,861                         |
| 4                     | \$2,238                         |
| 5                     | \$2,615                         |
| 6                     | \$2,992                         |
| 7                     | \$3,369                         |
| 8                     | \$3,746                         |

Elderly or disabled household members (and their spouses) who are incapable of buying food or preparing meals due to a disability may apply as a separate food unit if the income of the other individuals with whom they reside does not exceed the 165% income limit. The figures below are for a household of up to eight individuals. Add \$479 for each additional person.

165% Gross Income Test (60+/disabled)

165% Income Limits Beginning October 2007

| <u>Household Size</u> | <u>Monthly Household Income</u> |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1                     | \$1,404                         |
| 2                     | \$1,883                         |
| 3                     | \$2,361                         |
| 4                     | \$2,840                         |
| 5                     | \$3,318                         |
| 6                     | \$3,797                         |
| 7                     | \$4,275                         |
| 8                     | \$4,754                         |

The figures below are for a household of up to eight individuals. Add \$290 for each additional person.

Net Income Eligibility Levels

Net Income Eligibility Levels Beginning October 2007

| <u>Household Size</u> | <u>Monthly Household Income</u> |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1                     | \$851                           |
| 2                     | \$1,141                         |
| 3                     | \$1,431                         |
| 4                     | \$1,721                         |
| 5                     | \$2,011                         |
| 6                     | \$2,301                         |
| 7                     | \$2,591                         |
| 8                     | \$2,881                         |

Thrifty Food Plan changes increase FS benefit amounts

The standard for maximum FS benefits (known as the Thrifty Food Plan or TFP) has increased. These changes may increase the participant's amount of food stamps and will go into effect October 2007.

Thrifty Food Plan (TFP)

| Household Size                | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Maximum FS Allowance          | \$162 | \$298 | \$426 | \$542 | \$643 | \$772 | \$853 | \$975 |
| Typical Amount of FS Increase | \$7   | \$14  | \$18  | \$24  | \$28  | \$34  | \$37  | \$43  |

The TFP figures are for a household of up to eight individuals. Add \$122 to the maximum allowance and \$5 to the typical amount of FS increase for each additional person. The minimum allotments for one- and two-person households have not changed.

Updated forms

The forms listed below have been revised to reflect the FS changes:

- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (**W-122A**)
- Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NCA (SSI/Aged/Disabled) (**W-122AA**)
- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) (**W-122D**)
- Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (**W-122DD**)
- Food Stamp Income Guidelines (**W-138Q**)
- Food Stamp Income Eligibility Guidelines Desk Guide (**W-204G**)

In addition, the FS Center hours were changed on the **W-138Q** to Monday through Friday, 8:30 AM to 5 PM.

See PB #07-118-OPE

The forms listed below have also been revised to reflect the FS changes, but will be issued under separate cover:

- Schedule of Food Stamp Issuance (Households of One to Ten Persons) (**W-129F**)
- Schedule of Food Stamp Issuance (Households of Eleven to Twenty Persons) (**W-129FF**)

State Mass Notice

In addition to the changes herein described, the State is sending the Notice of Intent to Change Food Stamps (see **Attachment A** and **Attachment B**) to all FS households regarding the October 2007 changes. The notice also includes the updated gross monthly income standards (130 percent of poverty level) for households subject to six-month reporting rules.

System changes

The Welfare Management System (WMS) has been programmed to reflect the new FS changes. Most cases will be rebudgeted centrally through mass rebudgeting on September 23, 2007. Cases that are rebudgeted will have a 10/A/07 budget effective date.

Mass rebudgeting of active cases to reflect changes

As part of the mass rebudgeting process, all stored budgets that are affected by these changes will also be rebudgeted effective 10/A/07.

A list of the cases that could not be included in the mass rebudgeting action will be forwarded from the Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) to Regional Managers. Regional Managers will then forward the list to the appropriate locations for rebudgeting.

**REQUIRED ACTION**

Participants

Resolving list of cases that were not mass rebudgeted

When the list of cases that require rebudgeting to reflect the new FS standards is received at the Job Center/NCA FS Center, the Center Director/FS Center Manager or Designee must ensure that:

- any outstanding actions that prevent the calculation and/or processing of a new budget are resolved immediately
- these cases are rebudgeted according to the new standards outlined in this directive, and
- supplemental benefits, if necessary, are issued retroactive to 10/A/07.

Cases in Application (AP) or Single Issue (SI) status

Applicants

When calculating a budget after September 23, 2007, the Worker must:

- calculate a scratchpad budget to determine the FS benefit amount for September 2007 or any prior months
- place a copy of the scratchpad budget in the case record, and
- calculate and save the regular budget for 10/A/07 to issue future benefits.

Preparing manual budgets

Workers are reminded to use the revised **W-122A**, **W-122AA**, **W-122D** and **W-122DD** when preparing manual FS and bottom-line budgets.

**Note:** The household must contain at least one SSI/Aged/Disabled household member to use the **W-122AA** and **W-122DD**.

---


**PROGRAM IMPLICATIONS**

Model Office Implications

There are no Model Office implications associated with the October 2007 FS changes.

Paperless Office System (POS) Implications

Workers at POS Centers will:

- enter a case comment for all actions performed on a case by clicking on the Case Comments icon  or pressing <ALT>M on the keyboard
- scan all non-POS-generated forms and notices that are signed by the individual into the electronic case record, except domestic violence-related documents.

**Note:** In the POS Expedited Food Stamp (EFS) activity, the **Grant Data Entry** window will be updated to reflect the revised FS coupon amounts, effective October 2007.

Cash Assistance Implications

There are no Cash Assistance (CA) implications associated with the October 2007 FS changes.

Medicaid Implications

There are no Medicaid implications associated with the October 2007 FS changes.

**LIMITED ENGLISH SPEAKING ABILITY (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**

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 notification or timely and adequate notification of all actions taken, depending upon the circumstances of his/her case.

Conferences at Job 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 applicant/participant 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 explain the reason for the Agency's action(s) to the applicant/participant.

After reviewing the documentation and case record and discussing the issue with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor, the FH&C AJOS/Supervisor I will attempt to resolve the issue through an explanation of the October 2007 FS changes. The FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal by the applicant/participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Conferences at Food Stamp Centers

If an applicant/participant comes to the FS Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FS Center Manager's Designee that the applicant/participant is to be seen. If the applicant/participant contacts the Worker directly, advise the applicant/participant to call the Designee.

The Designee will listen to and evaluate the applicant/participant's complaint regarding the FS case.

After reviewing the document and case record and discussing the issue with the Group Supervisor/Eligibility Specialist, the Site Manager's Designee will attempt to resolve the issue through an explanation of the October 2007 FS changes. The Designee is responsible for ensuring that further appeal by the applicant/participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets

For Fair Hearing purposes, all complete and relevant evidence packets must include a copy of the State-issued mass rebudgeting notice.


**REFERENCES**

18 NYCRR 387.10, 387.12 and 387.15  
 ABEL Transmittal FS-2007-3  
 ABEL Transmittal PA-2007-3  
 GIS 07 TA/DC008

**RELATED ITEM**

PB #07-118-OPE

**ATTACHMENTS**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms

- Attachment A** OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps (October '07/NYC)
- Attachment B** OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps (Spanish) (October '07/NYC)
- W-122A** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Rev. 9/21/07)
- W-122A (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 9/21/07)
- W-122AA** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NCA (SSI/Aged/Disabled) (Rev. 9/21/07)
- W-122AA (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NCA (SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 9/21/07)
- W-122D** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) (Rev. 9/21/07)

- W-122D (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA)  
(Spanish) (Rev. 9/21/07)
- W-122DD** Food Stamp Budget Worksheet  
(CA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 9/21/07)
- W-122DD (S)** Food Stamp Budget Worksheet  
(CA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 9/21/07)
- W-138Q** Food Stamp Income Guidelines (Rev. 9/21/07)
- W-138Q (S)** Food Stamp Income Guidelines (Spanish)  
(Rev. 9/21/07)
- W-204G** Food Stamp Income Eligibility Guidelines Desk Guide  
(Rev. 9/21/07)





**NOTICE OF INTENT TO CHANGE FOOD STAMPS  
OCTOBER '07/NYC**

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

General Telephone No. for  
Questions or Help:

Dear Food Stamp Recipient:

There will be changes to some items used to figure the amount of food stamps a household gets. These changes are as a result of changes in Federal law. The standard of Maximum Food Stamp Benefits (known as the Thrifty Food Plan or "TFP") has increased. These changes **may increase** the amount of food stamps you get. The changes will take place beginning with your October 2007 Food Stamp benefits.

**Look at Chart # 1 below.** The dollar amount shown under your household size is the amount of the increase you may get in your monthly food stamps based on the Maximum Food Stamp Benefit change only. For example, if you are a typical food stamp household of two, currently receiving \$28 a month in food stamp benefits, beginning in October, you would get \$42 a month in food stamps (\$28.00 + \$14.00 = \$42.00).

| CHART # 1                             |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| HOUSEHOLD SIZE                        | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |
| Typical Amount of Food Stamp Increase | \$7 | \$14 | \$18 | \$24 | \$28 | \$34 | \$37 | \$43 | \$48 | \$53 |

Note: If you are currently receiving \$10.00 a month in food stamp benefits, your food stamps may not change.

The Standard Deduction of \$134 has not changed for households with 1-3 persons but has increased to \$143 for households of four persons, to \$167 for households of five persons and to \$191 for households of six or more persons. The Food Stamp Maximum Excess Shelter Deduction is increasing to \$431.

The Standard Utility Allowance (SUA) has not changed. Households that pay for utility expenses must have the full SUA applied (they cannot choose to have actual expenses applied). Households that share living arrangements with another household, or include individuals ineligible for food stamps, or live in public / subsidized housing with a central utility meter and pay only for excess charges may qualify to have the full SUA applied.

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

**Reporting Rules:**

**Most Food Stamp households with income only have to report changes every six months, with one exception.** You will either be asked to re-certify at this six-month checkpoint, or will be sent a mail report form for you to report changes. **The one exception for households subject to six-month reporting is if your household's total gross monthly income is over 130% of the poverty level.** Special reporting rules for Non-Six-Month Reporters, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's) are explained below (please see the list following Chart 2 to see if these rules apply to you).

**Look at Chart # 2 below:** The dollar amount shown under your household size shows the 130% income limit for your household, beginning October 1, 2007. **If your household's total gross monthly income is greater than this amount, you must report this monthly amount to your social services district by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the calendar month.** Your gross income is the amount of income before taxes and other deductions are taken out, not the amount you receive when you receive your check. Your total gross monthly income includes all income any member of your household receives during the calendar month.

| CHART # 2  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| HOUSEHOLD SIZE                                       | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     |
| Report Household Gross Income over 130% Income Limit | \$1107 | \$1484 | \$1861 | \$2238 | \$2615 | \$2992 | \$3369 | \$3746 | \$4123 | \$4500 |

**Reporting Rules for Non-Six-Month Reporters, Households where all adults are elderly/disabled without earnings, and for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD's):** There are a few households who still have to report changes affecting their eligibility and food stamp benefits as the change occurs. You must report changes within ten days after the change occurs, if your household:

Is receiving Temporary Assistance, or

1. Has no income earned from employment and all adults are either over age 60 or disabled.
2. Is without any income, or

3. Is on SSI/SSD and you live in a certified congregate care group home, or
4. Has a seasonal migrant farm-worker in the household, or
5. Is certified for less than 4 months, or
6. Is homeless (undomiciled - without shelter), or
7. If you are an Able-Bodied Adult Without Dependents ("ABAWD"): you must tell us if your work hours go below 80 hours a month. You must tell us this within 10 days after the end of the month when your work hours fell below 80 hours.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION. READ BELOW 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. 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 YOUR OCTOBER 2007 FOOD STAMP BENEFITS BECOME AVAILABLE TO ASK FOR A FAIR HEARING.**

THE DATE YOUR OCTOBER FOOD STAMP BENEFITS BECOME AVAILABLE IS THE DATE YOU CAN ACCESS YOUR OCTOBER FOOD STAMP BENEFITS WITH YOUR PLASTIC ID CARD.

**HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING:** You can ask for a fair hearing by **mail**, by **phone**, by **fax**, by **walk-in** or **online**.

**Mail:** Send a copy of the 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.)

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

**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 34<sup>th</sup> Street, NYC.

**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, by fax, by walk-in or online, 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.



**AVISO DE CAMBIOS EN SUS PRESTACIONES  
DE CUPONES PARA ALIMENTOS  
OCTUBRE 2007 / 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:

Habrán cambios en algunos de los factores que se usan para determinar la cantidad de Cupones para Alimentos que un hogar recibe. El estándar del nivel máximo de beneficios de Cupones para Alimentos (conocido como el Plan Ahorrativo de Alimentos o "TFP") ha incrementado. Como resultado, estos cambios podrían **augmentar** la cantidad de cupones que usted recibe. Los cambios se darán, comenzando con las prestaciones de cupones del mes de octubre de 2007.

**Observe el cuadro #1 abajo.** La cantidad en dólares que figura debajo de la casilla que indica el número de miembros del hogar, es la cantidad del incremento que usted podría recibir en las prestaciones mensuales de cupones, basándose solamente en el cambio de la prestación máxima de Cupones para Alimentos. Por ejemplo, si su hogar es un hogar típicamente compuesto por dos personas y recibe actualmente la cantidad de \$28.00 al mes, en concepto de cupones para alimentos, comenzando en octubre, usted recibiría \$42 mensuales, en concepto de cupones (\$28.00 + \$14.00 = \$42.00).

| CUADRO # 1                      |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| INTEGRANTES DEL HOGAR           | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   |
| Incremento ordinario de cupones | \$7 | \$14 | \$18 | \$24 | \$28 | \$34 | \$37 | \$43 | \$48 | \$53 |

Atención: Si actualmente recibe \$10.00 al mes en cupones, es posible que esta cantidad no cambie.

La deducción estándar de \$134.00 no ha cambiado para aquellos hogares con 1 a 3 personas, pero sí ha incrementado a \$143.00 para aquellos hogares con cuatro personas, y a \$167.00 para hogares con cinco y a \$191 para hogares con seis o más personas. La cantidad de deducción máxima permitida por exceso de gastos de vivienda para hogares que reciben Cupones para Alimentos, ha incrementado a \$431.00.

El Subsidio Estándar de Servicios Públicos (SUA) no ha cambiado. Los hogares que pagan por servicios públicos recibirán la asignación total de SUA (ya no pueden escoger que se les asigne la cantidad de los gastos actuales). Los hogares que comparten el alojamiento con otro hogar, o que incluyen personas que no reúnen los requisitos para recibir cupones, o que residen en viviendas públicas o subvencionadas con un contador central de servicios públicos y pagan solamente por gastos en exceso, podrían recibir la asignación total de SUA.

Conforme a Reglamentación 18 NYCRR 387.10, 387.12 y 387.15.

**Reglas sobre informe de cambios:**

**La mayoría de los hogares que reciben cupones e ingresos, solamente tienen que reportar cambios cada seis meses, con una excepción.** Ya sea, se le pedirá que someta una recertificación en la revisión semestral, o se le enviará por correo un formulario de informe de cambios. **La excepción aplica sobre los hogares sujetos al reporte semestral, cuando el total de ingresos brutos mensuales del hogar sobrepasa el 130% del nivel nacional de pobreza.** Las reglas especiales de informe pertinentes a hogares no sujetos al informe semestral y Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD), se explican a continuación. (Favor de consultar la lista que sigue el Cuadro # 2 para saber si estas reglas le son o no pertinentes a usted).

**Examine el Cuadro # 2 abajo:** La cantidad en dólares que se muestra debajo de la casilla que representa el número de miembros de su hogar, muestra el límite de ingresos del 130% del hogar, comenzando el 1º de octubre de 2007. **Si el total de ingresos brutos mensuales de su hogar sobrepasa esta cantidad, debe reportar dicha cantidad mensual a su distrito de servicios sociales, ya sea por teléfono, por escrito o en persona dentro de 10 días de finalizar el mes calendario.** El ingreso bruto es la cantidad de ingresos antes de la deducción de impuestos y de otras deducciones, y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. La cantidad total de ingresos brutos mensuales incluye todos los ingresos que los miembros de su hogar reciban durante el mes calendario.

| CUADRO # 2  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| INTEGRANTES DEL HOGAR   | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     |
| Reporte ingresos brutos del hogar que sobrepasen el 130% del límite de ingresos | \$1107 | \$1484 | \$1861 | \$2238 | \$2615 | \$2992 | \$3369 | \$3746 | \$4123 | \$4500 |

**Reglas de informe: Hogares no sujetos al informe semestral, hogares donde todos los integrantes son personas de edad avanzada / incapacitadas sin ingresos laborales, y Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD's):** Algunos hogares todavía están sujetos a informar cambios, a medida que éstos se den, cuando dichos cambios afectan la habilitación y las prestaciones de cupones. Debe informar los cambios dentro de diez días de darse dicho cambio si su hogar exhibe alguna de las situaciones a continuación:

Recibe Asistencia Temporal, o

1. No recibe ingresos laborales y todos los adultos tienen 60 años de edad o están incapacitados
2. No tiene ingresos
3. Recibe SSI/SSD y usted vive en una residencia en grupo acreditada de cuidados integrales
4. Tiene viviendo en su hogar a un trabajador agrícola migrante estacional,
5. Ha recibido una certificación por un período menor de 4 meses
6. Está desamparado (sin domicilio-sin un albergue)
7. Usted es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes ("ABAWD"): en cuyo caso, debe informarnos si sus horas laborales se ven reducidas a menos de 80 horas al mes. Debe informarnos de dicho cambio dentro de 10 días a partir del fin del mes calendario en el que se produce dicho cambio.

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

**SECCIÓN: CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ¿CREE QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO?**

Si cree que nuestra determinación es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Puede tomar ambas medidas, 1 y 2.

1. Solicitar una reunión (conferencia) con uno de nuestros supervisores 2. Solicitar al Estado una audiencia imparcial con un funcionario estatal de audiencias.

**1. CONFERENCIA** - (reunión informal con nosotros) - Si cree que nuestra determinación es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, sírvase llamarnos para concertar una reunión. Llame al número para 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 problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

**2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL** – USTED TIENE 90 DÍAS, A PARTIR DE LA FECHA EN OCTUBRE DE 2007 CUANDO SUS PRESTACIONES QUEDAN DISPONIBLES, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

EN EL MES DE OCTUBRE, CUANDO LAS PRESTACIONES PARA ESE MISMO MES QUEDAN DISPONIBLES, PUEDE RETIRARLAS USANDO LA TARJETA PLÁSTICA DE IDENTIFICACIÓN.

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Puede solicitar una audiencia imparcial **por correo, por teléfono, por fax, en persona o por vía electrónica.**

**Por correo:** Envíe una copia de este aviso relleno 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).

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

**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 al 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o al 330 West 34th Street, NYC.

**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 facsímil o por vía electrónica, 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 en su representación manda a una persona que no es abogado, dicha persona debe presentar una carta dirigida al funcionario a cargo de la audiencia 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 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: talones de cheque de pago, contratos de arrendamiento, recibos, facturas y estados de cuenta por gastos médicos.

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 del presente 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 la páginas amarillas, bajo "Abogados" ("Lawyers").

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** En preparación para la audiencia, tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama, nos manda una carta o 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 usted nos llama, nos manda una carta o 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, llame al (718) 722-5012 ó al número de fax (718) 722-5018 ó 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 lo 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 (NCA) – Part 1

Effective October 1, 2007  
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<br>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"/> | <b>Ineligible</b> |
| (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"/> | <b>Eligible</b>   |

| 130% Gross Income Table |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Household Size          | Monthly Gross Income |
| 1                       | \$1,107              |
| 2                       | \$1,484              |
| 3                       | \$1,861              |
| 4                       | \$2,238              |
| 5                       | \$2,615              |
| 6                       | \$2,992              |
| 7                       | \$3,369              |
| 8                       | \$3,746              |
| Each additional member  | \$377                |

## Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) – Part 2

Effective October 1, 2007

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

|                  |                    |                                       |
|------------------|--------------------|---------------------------------------|
| <b>Case Name</b> | <b>Case Number</b> | <b>Food Stamp Center Number</b><br>F- |
|------------------|--------------------|---------------------------------------|

**A. Income** (do not round down amounts)

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

**B. Deductions**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>8. 20% of line 3</b>  | \$        |  |
| <b>9. Standard Deduction – Monthly:</b> Select one below.  |           |  |
| a) 1–3 person household     \$134  |           |  |
| b) 4-person household       \$143  |           |  |
| c) 5-person household       \$167  |           |  |
| d) 6+-person household     \$191   |           |  |
| <b>10. Monthly Child/Dependent Care Costs</b> (maximum dependent child care deduction is \$200 for children under 2 years of age and \$175 for dependents 2 years of age or older) |           |  |
| <b>11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater</b>  |           |  |
| <b>12. Add lines 8, 9, 10, 11</b>  | <b>B.</b> |  |

**C. Adjusted Income**

|  |           |    |
|--|-----------|----|
| <b>13. Subtract B from A (line 12 from line 7)</b> | <b>C.</b> | \$ |
|--|-----------|----|

**D. Shelter Costs**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household</b>   | \$        |  |
| <b>15. Other Monthly Expenses</b> (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)  |           |  |
| <b>16. Monthly Utility Allowance</b>   |           |  |
| <b>a. Enter zero (0) for shelter code 23</b>   |           |  |
| <b>b. With rent or heating or air conditioning expense:</b> Enter the standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes <b>01, 03, 20, 25, 26</b> and <b>39</b> . Shelter codes <b>02, 24, 38, 40, 42, 43</b> and <b>99</b> may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided. |           |  |
| <b>c. With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense):</b> Enter the standard combined utility and phone standard of \$256. All shelter codes <b>except 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42</b> and <b>43</b> may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.                    |           |  |
| <b>d. With telephone expense only</b> (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA <b>except shelter code 23</b> ): Enter \$33.   |           |  |
| <b>17. Add lines 14, 15 and 16b or 16c or 16d</b>  | <b>D.</b> |  |

**E. Excess Shelter Deductions**

|  |              |           |
|--|--------------|-----------|
| <b>18. Enter D (Shelter Costs):</b> Enter amount from line 17  | \$           |           |
| <b>19. Enter 1/2 of C (Adjusted Income):</b> Enter 1/2 of amount on line 13                                      |              |           |
| <b>20. Excess Shelter Costs:</b> Subtract line 19 from line 18; if line 18 is less than line 19, enter zero (0). |              |           |
| <b>21. Maximum Shelter Deduction Allowed</b>   | <b>\$431</b> | <b>00</b> |
| <b>22. Enter amount from line 20 or 21, whichever is less</b>  | <b>E.</b>    |           |

**F. Monthly Food Stamp Net Income**

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date



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

Vigente el 1ro de octubre, 2007  
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 para 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.  | <input type="checkbox"/> <b>Inelegible</b> |  |
| (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"/> <b>Elegible</b>   |  |
| (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.   |  |  |

| Tabla del 130% del Ingreso Bruto |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Tamaño de la Familia             | Ingreso Bruto Mensual |
| 1                                | \$1,107               |
| 2                                | \$1,484               |
| 3                                | \$1,861               |
| 4                                | \$2,238               |
| 5                                | \$2,615               |
| 6                                | \$2,992               |
| 7                                | \$3,369               |
| 8                                | \$3,746               |
| Cada miembro adicional           | \$377                 |



## Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos (NCA) – Parte 2

Vigente el 1ro de octubre, 2007

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

|                        |                        |  |
|------------------------|------------------------|--|
| <b>Nombre del Caso</b> | <b>Número del Caso</b> | <b>Núm. Centro Cupones para Alimentos F-</b> |
|------------------------|------------------------|--|

**A. Ingreso (no redondee las cantidades)**

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

**B. Deducciones**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>8. 20% de la línea 3</b>   | <b>\$</b> |  |
| <b>9. Deducción Fija – Mensual:</b> Seleccione uno de abajo.  |           |  |
| a) Hogar de 1–3 personas           \$134  |           |  |
| b) Hogar de 4 personas           \$143  |           |  |
| c) Hogar de 5 personas           \$167  |           |  |
| d) Hogar de 6 o más personas   \$191  |           |  |
| <b>10. Costos Mensuales para Cuidado de Niños/Dependientes</b> (la deducción máxima de cuidado infantil es de \$200 por cada niño menor de 2 años de edad y \$175 por dependientes de 2 años de edad o más) |           |  |
| <b>11. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o gasto actual, el que sea mayor</b>   |           |  |
| <b>12. Sume las líneas 8, 9, 10, 11</b>   | <b>B.</b> |  |

**C. Ingreso Ajustado**

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| <b>13. Reste B de A (línea 7 menos línea 12)</b> | <b>C. \$</b> |  |
|--|--------------|--|

**D. Gastos de Albergue**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>14. Alquiler o Hipoteca Actual Mensual Facturada a la Familia</b>   | \$        |  |
| <b>15. Otros Gastos Mensuales</b> (contribución inmobiliaria, seguros, instalación de servicios de electricidad, gas, etc.)  |           |  |
| <b>16. Asignación Mensual Para Electricidad y Gas</b>  |           |  |
| <b>a. Anote cero (0) para código de albergue 23</b>  |           |  |
| <b>b. Para gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado:</b> 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 <b>01, 03, 20, 25, 26 y 39</b> . Los códigos de albergue <b>02, 24, 38, 40, 42, 43 y 99</b> son elegibles para esta asignación si se provee documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento.                |           |  |
| <b>c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin gastos de alquiler ni calefacción o aire acondicionado):</b> Anote la cantidad fija de \$256 conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono. Todos los códigos de refugio <u>excepto</u> <b>06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43</b> pueden recibir esta asignación si provee documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento. |           |  |
| <b>d. Solamente para gastos de teléfono</b> (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas <u>excepto</u> el código de albergue <b>23</b> ): Anote \$33.   |           |  |
| <b>17. Sume las líneas 14, 15 y 16b o 16c o 16d</b>  | <b>D.</b> |  |

**E. Deduciones de Albergue en Exceso**

|  |              |           |
|--|--------------|-----------|
| <b>18. Anote D (Gastos de Albergue):</b> Anote la cantidad de la línea 17  | \$           |           |
| <b>19. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado):</b> Anote 1/2 de la cantidad en la línea 13  |              |           |
| <b>20. Gastos en Exceso de Albergue:</b> Reste línea 19 de la línea 18; si la línea 18 es menos que la línea 19, anote cero (0). |              |           |
| <b>21. Dedución Máxima Permitida para Albergue</b>   | <b>\$431</b> | <b>00</b> |
| <b>22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos</b>  | <b>E.</b>    |           |

**F. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos**

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NCA (SSI/Aged/Disabled)\* Effective October 1, 2007

|                           |                                |                            |                                       |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <b>Case Name</b>          |                                | <b>Case Number</b>         | <b>Food Stamp Center Number</b><br>F- |
| <b>(A) Household Size</b> | <b>(B) Number Disqualified</b> | <b>(C) Number Eligible</b> |                                       |

**A. Income** (do not round down amounts)

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

**B. Deductions**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>8. 20% of line 3</b>   | \$        |  |
| <b>9. Standard Deduction – Monthly:</b> Select one.<br>a) 1–3 person household    \$134<br>b) 4-person household       \$143<br>c) 5-person household       \$167<br>d) 6+-person household     \$191 |           |  |
| <b>10. Monthly Child/Dependent Care Costs</b> (maximum dependent child care deduction is \$200 for children under 2 years of age and \$175 for dependents 2 years of age or older)                    |           |  |
| <b>11. Monthly Medical Expenses:</b> Subtract \$35 from gross expense amount and enter the balance. If less than zero, enter "0."   |           |  |
| <b>12. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater</b>   |           |  |
| <b>13. Add lines 8, 9, 10, 11, 12</b>   | <b>B.</b> |  |

**C. Adjusted Income**

|  |           |    |
|--|-----------|----|
| <b>14. Subtract B from A</b> (line 13 from line 7) | <b>C.</b> | \$ |
|--|-----------|----|

\*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**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>15. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household</b>   | \$        |  |
| <b>16. Other Monthly Expenses</b> (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)  |           |  |
| <b>17. Monthly Utility Allowance</b>   |           |  |
| <b>a. Enter zero (0) for shelter code 23</b>   |           |  |
| <b>b. With rent or heating or air conditioning expense:</b> Enter the standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes <b>01, 03, 20, 25, 26</b> and <b>39</b> . Shelter codes <b>02, 24, 38, 40, 42, 43</b> and <b>99</b> may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided. |           |  |
| <b>c. With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense):</b> Enter the combined utility and phone standard of \$256. All shelter codes <b>except 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42</b> and <b>43</b> may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.                             |           |  |
| <b>d. With telephone expense only</b> (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code <b>23</b> ): Enter \$33.   |           |  |
| <b>18. Add lines 15, 16 and 17b or 17c or 17d</b>  | <b>D.</b> |  |

**E. Excess Shelter Deductions**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>19. Enter D (Shelter Costs):</b> Enter amount from line 18  | \$        |  |
| <b>20. Enter 1/2 of C (Adjusted Income):</b> Enter 1/2 of amount on line 14                                      |           |  |
| <b>21. Excess Shelter Costs:</b> Subtract line 20 from line 19. If line 19 is less than line 20, enter zero (0). | <b>E.</b> |  |

**F. Monthly Food Stamp Net Income**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>22. Enter C (Adjusted Income):</b> Enter the amount on line 14                   | \$        |  |
| <b>23. Enter E (Excess Shelter Deduction):</b> Enter the amount on line 21          |           |  |
| <b>24. Monthly Net Food Stamp Income:</b> Subtract line 23 from line 22             | <b>F.</b> |  |
| <b>25. Coupon Allotment:</b> Refer to tables on forms <b>W-129F/W-129FF</b>         | <b>G.</b> |  |
| <b>26. Recoupment Amount:</b> Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0). |           |  |
| <b>27. Coupon Allotment after Recoupment:</b> Subtract line 26 from line 25         | <b>H.</b> |  |

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date



**Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos – NCA  
(SSI/Ancianos/Incapacitados)\*  
Vigente el 1ro de octubre, 2007**

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

**A. Ingreso** (no redondee las cantidades)

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

**B. Deducciones**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>8. 20% de la línea 3</b>  | \$        |  |
| <b>9. Deducción Fija – Mensual:</b> Seleccione una opción.<br>a) Hogar de 1–3 personas      \$134<br>b) Hogar de 4 personas        \$143<br>c) Hogar de 5 personas        \$167<br>d) Hogar de 6 o más personas    \$191 |           |  |
| <b>10. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes</b> (la deducción máxima de cuidado infantil es de \$200 por cada niño menor de 2 años de edad y \$175 por dependientes de 2 años de edad o más)                |           |  |
| <b>11. Gastos Médicos Mensuales:</b> Deduzca \$35 de la cantidad bruta y anote el balance. Si resulta menos de cero, anote "0."  |           |  |
| <b>12. Anote la cantidad mayor de las dos siguientes: la Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o la cantidad que usted paga.</b>   |           |  |
| <b>13. Sume las líneas 8, 9, 10, 11, 12</b>  | <b>B.</b> |  |

**C. Ingreso Ajustado**

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| <b>14. Reste B de la A (línea 13 de la línea 7)</b> | <b>C. \$</b> |  |
|---|--------------|--|

\* 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**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>15. Alquiler o Hipoteca Mensual Facturada a la Familia</b>   | \$        |  |
| <b>16. Otros Gastos Mensuales</b> (impuestos sobre bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.)  |           |  |
| <b>17. Asignación Mensual para Electricidad y Gas</b>   |           |  |
| <b>a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23</b>  |           |  |
| <b>b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado:</b> 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: <b>01, 03, 20, 25, 26 y 39</b> . Casos con códigos de albergue <b>02, 24, 38, 40, 42, 43 y 99</b> pueden recibir la asignación si se proporciona la documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento. |           |  |
| <b>c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado):</b> Anote la asignación fija conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono de \$256. Todos los códigos <b>excepto 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43</b> son elegibles para esta asignación si proveen documentación de gastos de servicios públicos.   |           |  |
| <b>d. Solamente gastos de teléfono</b> (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue <b>23</b> ): Anote \$33.   |           |  |
| <b>18. Sume las líneas 15, 16 y 17b o 17c o 17d</b>   | <b>D.</b> |  |

**E. Deducciones de Albergue en Exceso**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>19. Anote D (Gastos de Albergue):</b> Anote la cantidad de la línea 16  | \$        |  |
| <b>20. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado):</b> Anote 1/2 de la cantidad en la línea 14  |           |  |
| <b>21. Gastos de Albergue en Exceso.</b> Reste la línea 20 de la línea 19. Si la línea 19 es menor que la línea 20 anote cero (0). | <b>E.</b> |  |

**F. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos**

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 1

Effective October 1, 2007  
130% Gross Income Limitation Worksheet

Job Center Number: \_\_\_\_\_

|                                | Basic Case Name | Basic Case Type              |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------|
| <b>Other Eligible Payee(s)</b> | <b>Name:</b>    | <b>Case Type (Suffix 2):</b> |
|                                | <b>Name:</b>    | <b>Case Type (Suffix 3):</b> |
|                                | <b>Name:</b>    | <b>Case Type (Suffix 4):</b> |

**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 CA 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. S/M 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.<br><br>(a) If amount entered on line 9 is greater than the 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.<br><br>(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"/><br><b>Ineligible</b><br><br><input type="checkbox"/><br><b>Eligible</b> |  |

**C. Household Composition**

| <b>(A)<br/>Non-CA/Non-SSI<br/>59 or Under</b> | <b>(B)<br/>Number on CA</b> | <b>(C)<br/>Total in Household</b> | <b>(D)<br/>Number<br/>Disqualified</b> | <b>(E)<br/>Number Eligible</b> |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|
|   |                             |                                   |  |                                |

| <b>130% Gross Income Table</b> |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Household Size</b>          | <b>Semimonthly Gross Income</b> |
| 1                              | \$553.50                        |
| 2                              | \$742.00                        |
| 3                              | \$930.50                        |
| 4                              | \$1,119.00                      |
| 5                              | \$1,307.50                      |
| 6                              | \$1,496.00                      |
| 7                              | \$1,684.50                      |
| 8                              | \$1,873.00                      |
| Each additional member         | \$188.50                        |



## Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 2

Effective October 1, 2007

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

**A. Income**

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

SAMPLE

**B. Deductions**

|   |    |  |
|---|----|--|
| <b>10. 20% of line 3</b>  | \$ |  |
| <b>11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one below.</b><br>a) 1–3 person household \$67.00<br>b) 4-person household \$71.50<br>c) 5-person household \$83.50<br>d) 6+-person household \$95.50 |    |  |
| <b>12. S/M Child/Dependent Care Costs</b> (maximum dependent child care deduction is \$100 S/M for children under 2 years of age and \$87.50 S/M for dependents 2 years of age or older)              |    |  |
| <b>13. S/M Automated Recoupment:</b> Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes <b>01–32</b> and <b>99</b> only. For all other automated recoupments, make no entry.             |    |  |
| <b>13a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater.</b>   |    |  |
| <b>14. Add lines 10, 11, 12, 13, 13a</b>  | B. |  |

**C. Adjusted Income**

|  |    |    |
|--|----|----|
| <b>15. Subtract B from A</b> (line 14 from line 9) | C. | \$ |
|--|----|----|

**D. Shelter Costs**

|   |          |  |
|---|----------|--|
| <b>16. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household</b> (For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.)  | \$       |  |
| <b>17. Other S/M Expense</b> (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)  |          |  |
| <b>18. Semimonthly Utility Allowance</b>  |          |  |
| <b>a. Enter zero (0) for shelter code 23.</b>   |          |  |
| <b>b. With rent or heating or air conditioning expense:</b> Enter the S/M standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes <b>01, 03, 20, 25, 26, 39</b> and <b>41</b> . Shelter codes <b>02, 24, 38, 40, 42, 43</b> and <b>44</b> may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided. |          |  |
| <b>c. With utility expenses only</b> (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes except <b>06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42</b> and <b>43</b> may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.   |          |  |
| <b>d. With telephone expense only</b> (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code <b>23</b> ): Enter \$16.50.   |          |  |
| <b>19. Add lines 16, 17 and 18b or 18c or 18d</b>   | <b>D</b> |  |

**E. Excess Shelter Deductions**

|  |           |    |
|--|-----------|----|
| <b>20. Enter D (Shelter Costs):</b> Amount from line 19  | \$        |    |
| <b>21. Enter 1/2 of C (Adjusted Income):</b> 1/2 of amount on line 15  |           |    |
| <b>22. Excess Shelter Costs:</b> Subtract line 21 from line 20. If line 20 is less than line 21, enter zero (0). |           |    |
| <b>23. Maximum S/M Shelter Deduction Allowed</b>   | 215       | 50 |
| <b>24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less.</b>   | <b>E.</b> |    |

**F. Semimonthly Food Stamp Net Income**

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

**G. Monthly Food Stamp Net Income**

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

\_\_\_\_\_  
Authorized by

\_\_\_\_\_  
Date

SAMPLE



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

Vigente el 1ro de octubre, 2007

Hoja de Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

Número del Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

|   | Nombre de Caso Básico | Tipo de Caso Básico             |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Otro(s)<br/>Beneficiario(s)<br/>Elegible</b> | <b>Nombre:</b>        | <b>Tipo de Caso (Sufijo 2):</b> |
|   | <b>Nombre:</b>        | <b>Tipo de Caso (Sufijo 3):</b> |
|   | <b>Nombre:</b>        | <b>Tipo de Caso (Sufijo 4):</b> |

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

SAMPLE

### A. Ingreso

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
| 1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial  | \$ |  |  |
| 2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino   |    |  |  |
| 3. Sume las líneas 1 y 2   |    |  |  |
| 4. <b>Concesión Quincenal de Asistencia en Efectivo</b> (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  |    |  |  |

### 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, el hogar 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. | <input type="checkbox"/><br><b>Inelegible</b> |  |  |
| (b) Si la cantidad anotada en la línea 10 es mayor que la cantidad anotada en la línea 9, el hogar 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"/><br><b>Elegible</b>   |  |  |

**C. Miembros en el Hogar:**

| <b>(A)<br/>Sin Asistencia<br/>en Efectivo/Sin<br/>SSI<br/>59 Años o Menos</b> | <b>(B)<br/>Número de Personas<br/>en Asistencia<br/>en Efectivo</b> | <b>(C)<br/>Número de<br/>Miembros<br/>en el Hogar</b> | <b>(D)<br/>Número de<br/>Personas<br/>Descalificadas</b> | <b>(E)<br/>Número de<br/>Personas Elegibles</b> |
|---|---|---|--|---|
|   |   |   |  |   |

| <b>Índice del 130% del Ingreso Bruto</b> |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Tamaño de la Familia</b>              | <b>Ingreso Bruto Quincenal</b> |
| 1  | \$553.50                       |
| 2  | \$742.00                       |
| 3  | \$930.50                       |
| 4  | \$1,119.00                     |
| 5  | \$1,307.50                     |
| 6  | \$1,496.00                     |
| 7  | \$1,684.50                     |
| 8  | \$1,873.00                     |
| Cada miembro adicional                   | \$188.50                       |

## Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos Mensual (CA) – Parte 2

Vigente el 1ro de octubre del 2007

**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**

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

**B. Deducciones**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>10. 20% de la línea 3</b>  | <b>\$</b> |  |
| <b>11. Deducción Fija – Quincenal:</b> Favor de seleccionar una de las siguientes.<br>a) Hogar de 1–3 personas                      \$67.00<br>b) Hogar de 4 personas                         \$71.50<br>c) Hogar de 5 personas                         \$83.50<br>d) Hogar de 6 o más personas                 \$95.50 |           |  |
| <b>12. Costos de Cuidado para Niños/Dependientes</b> (la deducción máxima de cuidado infantil es de \$100 quincenales por cada niño menor de 2 años de edad y \$87.50 quincenales por dependientes de 2 años de edad o más)   |           |  |
| <b>13. Recuperación Automática Quincenal:</b> Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa <b>01–32</b> y <b>99</b> solamente. No anote nada para todas las otras recuperaciones automáticas.   |           |  |
| <b>13a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto real, cualquiera que sea mayor.</b>   |           |  |
| <b>14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, 13a</b>  | <b>B.</b> |  |

**C. Ingreso Ajustado**

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <b>15. Reste B de A</b> (línea 14 de la línea 9) | <b>C.</b> | <b>\$</b> |
|--|-----------|-----------|

**D. Costos de Albergue**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar</b><br>(para casos de hotel/albergue de emergencia, marque la máxima asignación permitida dado el número de personas del hogar)   | \$        |  |
| <b>17. Otros Gastos Quincenales</b> (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, etc.)  |           |  |
| <b>18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos</b>   |           |  |
| <b>a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23</b>   |           |  |
| <b>b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado:</b> 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: <b>01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41</b> . Los códigos de albergue <b>02, 24, 38, 40, 42, 43 y 44</b> pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento. |           |  |
| <b>c. Con gastos de servicios públicos solamente:</b> (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote conjuntamente los gastos fijos de servicios públicos y teléfono por \$128. Todos los códigos de albergue excepto <b>05, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43</b> pueden recibir esta concesión si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.   |           |  |
| <b>d. Con gastos de teléfono solamente</b> (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue <b>23</b> ): Anote \$16.50.  |           |  |
| <b>19. Sume 16, 17 y 18b o 18c o 18d</b>   | <b>D.</b> |  |

**E. Deducciones de Albergue en Exceso**

|  |           |    |
|--|-----------|----|
| <b>20. Anote D (Costos de Albergue):</b> La cantidad de la línea 19  | \$        |    |
| <b>21. Anote la 1/2 de C (Ingreso Ajustado):</b> La 1/2 de la cantidad de la línea 15  |           |    |
| <b>22. Costos en Exceso de Albergue:</b> Reste la línea 21 de la línea 20. Si la cantidad de la línea 20 es menos que la de la línea 21, anote cero (0). |           |    |
| <b>23. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida</b>  | 215       | 50 |
| <b>24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.</b>   | <b>E.</b> |    |

**F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos**

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

**G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos**

|  |           |           |    |
|--|-----------|-----------|----|
| <b>28. Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2</b>  | <b>G</b>  | <b>\$</b> |    |
| <b>29. Porción de Cupones:</b> Vea las tablas del formulario <b>W-129F/W-129FF</b> 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. | <b>H.</b> |           | 00 |
| <b>30. Cantidad Recuperada:</b> Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero (0).   |           |           | 00 |
| <b>31. Porción de Cupones después de la Recuperación:</b> Reste la línea 30 de la línea 29.  | <b>I.</b> |           | 00 |

\_\_\_\_\_  
Autorizado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

SAMPLE





## Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled)\*

Effective October 1, 2007

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

|                                 |                  |                           |
|---------------------------------|------------------|---------------------------|
| <b>Job Center No.:</b>          | <b>Case Name</b> | <b>Case Cat./No.</b>      |
| <b>Other Eligible Payee(s):</b> | <b>Name</b>      | <b>Category (Suff. 2)</b> |

**1. Household Composition:**

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

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

**A. Income**

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

**B. Deductions**

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
| <b>10. 20% of line 3</b>   | \$ |  |  |
| <b>11. Standard Deduction – Semimonthly:</b> Select one.<br>a) 1–3 person household      \$67.00<br>b) 4-person household         \$71.50<br>c) 5-person household         \$83.50<br>d) 6+-person household       \$95.50 |    |  |  |

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

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>12. S/M Child/Dependent Care Costs:</b> Maximum dependent child care deduction is \$100 S/M for children under 2 years of age and \$87.50 S/M for dependents 2 years of age or older.  | \$        |  |
| <b>13. S/M Automated Recoupment:</b> Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes <b>01–32</b> and <b>99</b> only. For all other automated recoupments, make no entry. |           |  |
| <b>14. S/M Medical Expenses:</b> Subtract \$17.50 from gross expense amount and enter balance. If less than zero (0), enter "000."  |           |  |
| <b>14a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater</b>  |           |  |
| <b>15. Add lines 10, 11, 12 and 14, 14a</b>   | <b>B.</b> |  |

**C. Adjusted Income**

|  |           |    |
|--|-----------|----|
| <b>16. Subtract B from A</b> (line 15 from line 9; if less than zero [0], enter "000") | <b>C.</b> | \$ |
|--|-----------|----|

**D. Shelter Costs**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>17. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household:</b> For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.   | \$        |  |
| <b>18. Other S/M Shelter Expense:</b> Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.   |           |  |
| <b>19. Semimonthly Utility Allowance:</b> Select the correct utility allowance ( <b>a, b, c</b> or <b>d</b> ) and enter the amount on the appropriate line.   |           |  |
| <b>a. Enter zero (0) for shelter code 23</b>  |           |  |
| <b>b. With rent or heating or air conditioning expense:</b> Enter the semimonthly standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes <b>01, 03, 20, 25, 26, 39</b> and <b>41</b> . Shelter codes <b>02, 24, 38, 40, 42, 43</b> and <b>44</b> may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided. |           |  |
| <b>c. With utility expenses only</b> (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes <u>except</u> <b>06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42</b> and <b>43</b> may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.  |           |  |
| <b>d. With telephone expense only</b> (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code <b>23</b> ): Enter \$16.50.   |           |  |
| <b>20. Add lines 17, 18 and 19b or 19c or 19d</b>   | <b>D.</b> |  |

**E. Excess Shelter Deductions**

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

**F. Semimonthly Food Stamp Net Income**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>24. Enter C (Adjusted Income):</b> Enter the amount on line 16.  | <b>\$</b> |  |
| <b>25. Enter E (Excess Shelter Deduction):</b> Amount on line 23    |           |  |
| <b>26. S/M Net Food Stamp Income:</b> Subtract line 25 from line 24 | <b>F.</b> |  |

**G. Monthly Food Stamp Net Income**

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

SAMPLE

\_\_\_\_\_  
 Authorized by

\_\_\_\_\_  
 Date



## Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos (CA – SSI/Ancianos/Incapacitados)\*

Vigente el 1ro de octubre, 2007

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

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

**1. Distribución del Domicilio:**

| (A)<br>Sin CA<br>Sin SSI<br>Vet./SS | (B)<br>Sin CA<br>Sin SSI<br>59 Años<br>de Edad<br>o Menos | (C)<br>Sin CA<br>Sin SSI<br>60 Años<br>de Edad o<br>Mayor | (D)<br>Número<br>de<br>Personas<br>en SSI | (E)<br>Número<br>de<br>Personas<br>en CA | (F)<br>Número de<br>Personas<br>en el<br>Hogar | (G)<br>Número<br>de Personas<br>Descalificadas | (H)<br>Número de<br>Personas<br>con<br>Derecho |
|-------------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
|                                     |   |   |   |  |  |  |  |

Anote las Cantidades por Quincenas (no redondee las cantidades)

**A. Ingreso**

|   |    |  |  |
|---|----|--|--|
| <b>1. Ingreso Bruto Devengado Quincenal</b>   | \$ |  |  |
| <b>2. Ingreso Neto Quincenal de Huésped/Inquilino o Huésped</b>   |    |  |  |
| <b>3. Sume las líneas 1 + 2</b>   |    |  |  |
| <b>4. Concesión Quincenal de CA:</b> Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación máxima de refugio para el tamaño de su familia en vez del alquiler que usted paga. |    |  |  |
| <b>5. Pago Directo Quincenal de Alquiler</b>  |    |  |  |
| <b>6. Ingreso Bruto Salarial Quincenal:</b> No anote ingreso de empleo aquí.  |    |  |  |
| <b>7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6</b>   |    |  |  |
| <b>8. Exclusión de Ingreso: Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley</b>  |    |  |  |
| <b>9. Reste la línea 8 de la línea 7</b>  | A. |  |  |

**B. Deducciones**

|   |    |  |  |
|---|----|--|--|
| <b>10. 20% de la línea 3</b>  | \$ |  |  |
| <b>11. Deducción Quincenal – Fija:</b> Elija una de las opciones.<br>a) Hogar de 1–3 personas           \$67.00<br>b) Hogar de 4 personas           \$71.50<br>c) Hogar de 5 personas           \$83.50<br>d) Hogar de 6 o más personas   \$95.50 |    |  |  |

\* 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.

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

**C. Ingreso Ajustado**

|   |           |    |
|---|-----------|----|
| <b>16. Reste B de A</b> (línea 15 de la línea 9; si menos de cero [0], anote "000") | <b>C.</b> | \$ |
|---|-----------|----|

**D. Gastos de Albergue**

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>17. Alquiler Real o Hipoteca Quincenales Facturados a la Familia:</b> Para casos de hotel/albergue de emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.   | \$        |  |
| <b>18. Otros Gastos Quincenales de Albergue:</b> Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.   |           |  |
| <b>19. Asignación Quincenal para Servicios de Electricidad y Gas:</b> Escoja la asignación correcta para servicios de electricidad y gas ( <b>a, b, c</b> o <b>d</b> ) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.  |           |  |
| <b>a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23</b>  |           |  |
| <b>b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado:</b> 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 refugio: <b>01, 03, 20, 25, 26, 39</b> y <b>41</b> . Los códigos de albergue <b>02, 24, 38, 40, 42, 43</b> y <b>44</b> tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento. |           |  |
| <b>c. Con gastos de servicios de electricidad y gas solamente:</b> (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, <u>salvo</u> <b>06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42</b> y <b>43</b> tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.                           |           |  |
| <b>d. Con gastos de teléfono solamente</b> (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue <b>23</b> ): Anote \$16.50.  |           |  |
| <b>20. Sume las líneas 17, 18 y 19b o 19c o 19d</b>   | <b>D.</b> |  |

**E. Deducciones de Albergue en Exceso**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>21. Anote D (Costos de Alojamiento):</b> Cantidad de la línea 20.   | \$        |  |
| <b>22. Anote la mitad de C (Ingreso Ajustado):</b> La mitad de la cantidad de la línea 16.   |           |  |
| <b>23. Gastos de Albergue en Exceso:</b> 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). | <b>E.</b> |  |

**F. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos**

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

**G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos**

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

Autorizado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Food Stamp Income Guidelines

- Food stamps provide your family with assistance when buying food. They are used in place of cash to buy food at grocery stores or supermarkets.
- You don't have to be out of work to apply for food stamps. You can be employed and still be eligible for food stamps.
- You can own your own home and car and still be eligible for food stamps.
- If you are eligible, you will receive Food Stamp assistance within 30 days. Certain households with little income or savings, or with high shelter costs, can receive Food Stamp benefits within five days.

| Family Size                  | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | Each additional member |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Maximum Gross Monthly Income | \$1,107 | \$1,484 | \$1,861 | \$2,238 | \$2,615 | \$2,992 | \$3,369 | \$3,746 | + \$377                |

- These new income limits are effective October 1, 2007.
- The Maximum Gross Monthly Income limits do not apply to Food Stamp households with an elderly or disabled individual.

**To make an application appointment** with the Food Stamp Center nearest you, you may appear in person any time between the hours of 8:30 AM and 5 PM, Monday through Friday. If you wish to make a telephone appointment, call InfoLine at (877) 472-8411 for the telephone number of the nearest Food Stamp Center.

| <b>New York City Food Stamp Centers</b>  |   |  |   |   | <b>Extended Hours Centers**</b>  |
|--|---|--|---|---|--|
| <b>Manhattan</b>   | East End – F02<br>2322 Third Avenue,<br>3rd floor<br>New York, NY 10035             | Union Square – F11<br>105 East 16th Street,<br>6th floor<br>New York, NY 10003                       | Washington Heights – F13<br>4660 B'oadway<br>1st floor<br>New York, NY 10040                    | St. Nicholas – F14<br>132 West 125th Street,<br>3rd floor<br>New York, NY 10027 | Waverly – F19<br>12 West 14th Street,<br>2nd floor<br>New York, NY 10011<br>(Open until 7PM on Tuesdays)   |
|  | <b>Brooklyn</b>   | F15 (SSI only)<br>253 Schermerhorn Street,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11201                        | Ft. Greene – F20<br>275 Bergen Street,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11217                       | Williamsburg – F21<br>30 Thornton Street,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11206    | Coney Island – F22<br>2865 West 8th Street,<br>3rd floor<br>Brooklyn, NY 11224                             |
| Greenwood – F24<br>227 Schermerhorn Street,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11201 |   | Midwood – F25<br>3050 West 21st Street,<br>2nd floor<br>Brooklyn, NY 11224                           | North Brooklyn – F26<br>500 Dekalb Avenue,<br>5th floor<br>Brooklyn, NY 11205                   | New Utrecht – F27<br>6740 4th Avenue,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11220        |  |
| Brighton – F28<br>2865 West 8th Street,<br>1st floor<br>Brooklyn, NY 11224     |   | F61*<br>(Residential Facilities Only)<br>253 Schermerhorn Street,<br>3rd floor<br>Brooklyn, NY 11201 | F63*<br>(Homebound Non-SSI only)<br>253 Schermerhorn Street,<br>3rd floor<br>Brooklyn, NY 11201 |   |  |
| <b>Bronx</b>   | Stadium – F31*<br>260 East 161st Street,<br>8th floor<br>Bronx, NY 10451            | Colgate – F32<br>1209 Colgate Avenue,<br>2nd floor<br>Bronx, NY 10472                                | Rider – F38<br>305 Rider Avenue,<br>2nd floor<br>Bronx, NY 10451                                | Melrose – F40<br>260 East 161st Street,<br>4th floor<br>Bronx, NY 10451         | Fordham – F44<br>2551 Bainbridge Avenue,<br>2nd floor<br>Bronx, NY 10458<br>(Open until 7PM on Wednesdays) |
|  | Crotona – F46<br>1910 Monterey Avenue,<br>5th floor<br>Bronx, NY 10457              |  |   |   |  |
| <b>Queens</b>  | Far Rockaway – F42/F79<br>219 Beach 59th Street,<br>1st floor<br>Rockaway, NY 11692 | Long Island City – F43<br>45-12 32nd Place,<br>1st floor<br>Long Island City, NY 11101               | Queens – F53<br>32-20 Northern Boulevard,<br>4th floor<br>Long Island City, NY 11101            |   | Jamaica – F54<br>165-08 88th Avenue,<br>3rd floor<br>Jamaica, NY 11432<br>(Open until 7PM on Thursdays)    |
|  | Staten Island – F51<br>201 Bay Street,<br>1st floor<br>Staten Island, NY 10301      |  |   |   | Richmond – F99<br>201 Bay Street,<br>1st floor<br>Staten Island, NY 10301<br>(Open until 7PM on Fridays)   |

\*F61 provides services by mail, phone and fax to residents in State-certified residential treatment group homes. F63 provides food stamps to eligible individuals who are medically verified to be permanently homebound; these services are provided by phone, mail and fax. F31 does not accept new applicants.

**\*\*Extended Hours Centers – 8:30 AM to 6:00 PM Monday through Friday, until 7:00 PM on select days and 9:00 AM to 5:00 PM on Saturdays.**

## Food Stamp Resource Limits/Exemptions

The Food Stamp resource limits (including bank accounts, savings bonds and cash on hand) are as follows:

- \$3,000 for a household where at least one person is elderly (60 years or older) or disabled
- \$2,000 for all other households

Please note: Other resource items and/or exceptions may apply. We will notify you of any other items and exemptions when you apply for benefits.

SAMPLE





## Guía de Ingresos de Cupones para Alimentos

- Los cupones para alimentos le proveen a su familia asistencia a la hora de comprar alimentos. Estos cupones para alimentos se utilizan en lugar de dinero en efectivo para comprar en bodegas o supermercados.
- Usted no tiene que estar desempleado para solicitar cupones para alimentos. Usted puede estar empleado y aun ser elegible para cupones para alimentos.
- Usted puede ser elegible para recibir cupones para alimentos aun si es propietario(a) de su casa y automóvil.
- Si usted es elegible, recibirá asistencia de Cupones para Alimentos dentro de 30 días. Ciertos hogares con poco ingreso o ahorros, o con altos costos de alquiler, pueden recibir beneficios de Cupones para Alimentos dentro de cinco días.

|                              |         |         |         |         |         |         |         |         |                        |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Miembros en la Familia       | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | Cada Miembro Adicional |
| Máximo Ingreso Bruto Mensual | \$1,107 | \$1,484 | \$1,861 | \$2,238 | \$2,615 | \$2,992 | \$3,369 | \$3,746 | + \$377                |

- Estos nuevos límites de ingresos entrarán en vigencia el 1 de octubre, 2007.
- Los límites del Máximo Ingreso Bruto Mensual no corresponden a hogares de Cupones para Alimentos con personas ancianas o incapacitadas.

**Para programar una cita de solicitud** con el Centro de Cupones para Alimentos más cercana a usted, puede presentarse a cualquier hora de 8:30 AM a 5 PM, de lunes a viernes. Si desea programar una cita telefónica, llame a la Línea Directa (InfoLine) al (877) 472-8411 para obtener el número de teléfono del Centro de Cupones para Alimentos más cercana a usted.

| Centros de Cupones para Alimentos en la Ciudad de Nueva York |  |   |  |  | Centros con Horario Extendido**  |
|--|--|---|--|--|--|
| <b>Manhattan</b>   | East End – F02<br>2322 Third Avenue,<br>3er piso<br>New York, NY 10035                             | Union Square – F11<br>109 East 16th Street<br>6to piso<br>New York, NY 10003                        | Washington Heights – F13<br>4660 Broadway,<br>1er piso<br>New York, NY 10040                   | St. Nicholas – F14<br>132 West 125th<br>Street, 3er piso<br>New York, NY 10027 | Waverly – F19<br>12 West 14th Street,<br>2do piso<br>New York, NY 10011<br>(Abierto hasta las 7PM los martes)    |
|  | <b>Brooklyn</b>  | F15 (SSI only)<br>253 Schermerhorn<br>Street, 1er piso<br>Brooklyn, NY 11201                        | Ft. Greene – F20<br>275 Bergen Street,<br>1er piso<br>Brooklyn, NY 11217                       | Williamsburg – F21<br>30 Thornton Street,<br>1er piso<br>Brooklyn, NY 11206    | Coney Island – F22<br>2865 West 8th Street,<br>3er piso<br>Brooklyn, NY 11224                                    |
|  | Greenwood – F24<br>227 Schermerhorn<br>Street, 1er piso<br>Brooklyn, NY 11201                      | Midwood – F25<br>3050 West 21st Street,<br>2do piso<br>Brooklyn, NY 11224                           | North Brooklyn – F26<br>500 Dekalb Avenue,<br>5to piso<br>Brooklyn, NY 11205                   | New Utrecht – F27<br>6740 4th Avenue,<br>1er piso<br>Brooklyn, NY 11220        |  |
|  | Brighton – F28<br>2865 West 8th Street,<br>1er piso<br>Brooklyn, NY 11224                          | F61*<br>(Residential Facilities Only)<br>253 Schermerhorn Street,<br>3er piso<br>Brooklyn, NY 11201 | F63*<br>(Homebound Non-SSI only)<br>253 Schermerhorn Street,<br>3er piso<br>Brooklyn, NY 11201 |  |  |
| <b>Bronx</b>   | Stadium – F31*<br>260 East 161st Street,<br>8vo piso<br>Bronx, NY 10451                            | Colgate – F32<br>1209 Colgate Avenue,<br>2do piso<br>Bronx, NY 10472                                | Rider – F38<br>305 Rider Avenue,<br>2do piso<br>Bronx, NY 10451                                | Melrose – F40<br>260 East 161st Street,<br>4to piso<br>Bronx, NY 10451         | Fordham – F44<br>2551 Bainbridge Avenue,<br>2do piso<br>Bronx, NY 10458<br>(Abierto hasta las 7PM los miércoles) |
|  | Crotona – F46<br>1910 Monterey<br>Avenue, 5to piso<br>Bronx, NY 10457                              |   |  |  |  |
| <b>Queens</b>  | Far Rockaway –<br>F42/F79*<br>219 Beach 59th<br>Street, 1er piso<br>Rockaway, NY 11692             | Long Island City – F43<br>45-12 32nd Place,<br>1er piso<br>Long Island City, NY 11101               | Queens – F53<br>32-20 Northern Boulevard,<br>4to piso<br>Long Island City, NY 11101            |  | Jamaica – F54<br>165-08 88th Avenue,<br>3er piso<br>Jamaica, NY 11432<br>(Abierto hasta las 7PM los jueves)      |
|  | <b>Staten Island</b><br>St. George – F51<br>201 Bay Street,<br>1er piso<br>Staten Island, NY 10301 |   |  |  | Richmond – F99<br>201 Bay Street, 1er piso<br>Staten Island, NY 10301<br>(Abierto hasta las 7PM los viernes)     |

\*El F61 proporciona servicios por correo, por teléfono y por fax a residentes de hogares de tratamiento en grupo autorizados por el Estado. El F63 proporciona cupones para alimentos a personas elegibles que estén médicamente verificadas como permanentemente confinadas al hogar. Estos servicios son proporcionados por teléfono, por correo y por fax. El F31 no acepta nuevos solicitantes.

\*\*Centros con Horario Extendido – 8:30 AM a 6:00 PM de lunes a viernes, hasta las 7:00 PM días asignados y de 9:00 AM a 5:00 PM los sábados.

## Límites/Exenciones de Recursos respecto a Cupones para Alimentos

Los límites de recursos respecto a Cupones para Alimentos (incluidos cuentas bancarias, bonos de ahorro y dinero en efectivo) son los siguientes:

- \$3,000 para los hogares con por lo menos una persona anciana (60 años o más de edad) o incapacitada
- \$2,000 para todos los demás hogares

Favor de notar: Puede que otros límites o exenciones de recursos correspondan a su caso. Usted será notificado(a) de cualquier otro límite o exención de recursos cuando solicite los beneficios.

SAMPLE



## Food Stamp Income Eligibility Guidelines Desk Guide

(Effective 10/1/2007)

Household income must not exceed these guidelines:

| Household Size         | 130% GROSS INCOME TEST |             |            |          | 165% GROSS INCOME TEST | NET INCOME TEST |
|------------------------|------------------------|-------------|------------|----------|------------------------|-----------------|
|                        | Monthly                | Semimonthly | Biweekly   | Weekly   | Monthly                | Monthly         |
| 1                      | \$1,107.00             | \$553.50    | \$510.96   | \$255.48 | \$1,404.00             | \$851.00        |
| 2                      | \$1,484.00             | \$742.00    | \$684.98   | \$342.49 | \$1,883.00             | \$1,141.00      |
| 3                      | \$1,861.00             | \$930.50    | \$858.99   | \$429.49 | \$2,361.00             | \$1,431.00      |
| 4                      | \$2,238.00             | \$1,119.00  | \$1,033.00 | \$516.50 | \$2,840.00             | \$1,721.00      |
| 5                      | \$2,615.00             | \$1,307.50  | \$1,207.02 | \$603.51 | \$3,318.00             | \$2,011.00      |
| 6                      | \$2,992.00             | \$1,496.00  | \$1,381.03 | \$690.51 | \$3,797.00             | \$2,301.00      |
| 7                      | \$3,369.00             | \$1,684.50  | \$1,555.04 | \$777.52 | \$4,275.00             | \$2,591.00      |
| 8                      | \$3,746.00             | \$1,873.00  | \$1,729.06 | \$864.53 | \$4,754.00             | \$2,881.00      |
| Each Additional Member | +\$377.00              | +\$188.50   | +\$174.01  | +\$87.01 | +\$479.00              | +\$290.00       |

Important information regarding certain households:

- Households with an elderly (age 60 or older) or disabled individual are not subject to the 130% Gross Income Test. These households must pass the net income test.
- Elderly or disabled members (and their spouses) may apply as a separate Food Stamp unit from the rest of the household if:
  - they are incapable of buying food or preparing meals due to age and/or disability; and
  - the rest of the household members pass the 165% gross income test.
- Households in which all members receive, or are authorized to receive, FA, SNA and/or SSI benefits are categorically eligible for Food Stamp (FS) benefits because of their status as FA, SNA and/or SSI recipients. The FS gross and/or net income limits are not applied as eligibility criteria to these households.