



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




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

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #09-06-ELI

(This Policy Bulletin Replaces PB #06-51-ELI)

CHANGES IN STANDARD UTILITY ALLOWANCE AMOUNTS AND NYSNIP STANDARDIZED BENEFIT LEVELS

Date: January 20, 2009	Subtopic(s): Food Stamps																		
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Change in NYSNIP Shelter cost threshold</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff of increases to the Food Stamp (FS) Standard Utility Allowance (SUA) amounts and to the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) standardized benefit levels effective February 1, 2009.</p> <p>The SUA Level 1 will increase from \$577 to \$781 and the SUA Level 2 will increase from \$256 to \$308. The SUA Level 3 will remain unchanged at \$33.</p> <p>The NYSNIP standardized benefits listed below incorporate both the increase in the February 2009 SUA amounts and the annual Supplemental Security Income (SSI) cost-of-living adjustment (COLA) that became effective in January 2009. The NYSNIP standardized benefit level amounts by shelter type are as follows:</p> <table border="1" data-bbox="479 1302 1453 1564"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>SSI Only</u></th> <th style="text-align: center;"><u>SSI and other income</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Shelter Type Code 94</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code 95</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code 96</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code 97</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> <td style="text-align: center;">\$176</td> </tr> <tr> <td>Shelter Type Code 98</td> <td style="text-align: center;">\$36</td> <td style="text-align: center;">\$32</td> </tr> </tbody> </table> <p>The NYSNIP shelter costs threshold to be considered as “High Shelter” (Shelter Type Codes 94 and 96) will change from greater than \$217 to greater than \$229 and the shelter costs threshold to be considered as “Low Shelter” (Shelter Type Codes 95 and 97) will change from \$217 or less to \$229 or less effective February 2009.</p>		<u>SSI Only</u>	<u>SSI and other income</u>	Shelter Type Code 94	\$176	\$176	Shelter Type Code 95	\$176	\$176	Shelter Type Code 96	\$176	\$176	Shelter Type Code 97	\$176	\$176	Shelter Type Code 98	\$36	\$32
	<u>SSI Only</u>	<u>SSI and other income</u>																	
Shelter Type Code 94	\$176	\$176																	
Shelter Type Code 95	\$176	\$176																	
Shelter Type Code 96	\$176	\$176																	
Shelter Type Code 97	\$176	\$176																	
Shelter Type Code 98	\$36	\$32																	

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*

Forms

The forms listed below have been revised to reflect the changes.

- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (**W-122A**)
- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (**W-122AA**)
- Food Stamp Budget Worksheet (CA) (**W-122D**)
- Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (**W-122DD**)

Title of W-122D changed

Note: The title of form **W-122D** has been changed to Food Stamp Budget Worksheet (CA).

System changes

The Welfare Management System (WMS) budgeting system has been programmed to reflect the changes effective 2/A/09 at Job Centers and for the 2/09 FS issuance period at NCA FS Centers. The mass rebudgeting will take place on January 18, 2009.

State mass notice

A State notice (see **Attachment A**) has been sent to all FS households that have had an increase in FS benefits due to the SUA and NYSNIP changes.

Samples of the State notice and the revised forms are attached.

Job Center Directors and NCA FS Center Managers must ensure that all previous versions of forms **W-122A**, **W-122AA**, **W-122D**, and **W-122DD** are removed from circulation and recycled.


Effective February 1, 2009

References:

- [GIS 08 TA/DC032](#)
- [GIS 09 TA/DC002](#)

Attachments:

- Attachment A** OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps (February '09/NYC)
- Attachment A (S)** OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps (Spanish) (February '09/NYC)
- W-122A** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Rev. 1/20/09)
- W-122A (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 1/20/09)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

W-122AA	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 1/20/09)
W-122AA (S)	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 1/20/09)
W-122D	Food Stamp Budget Worksheet (CA) (Rev. 1/20/09)
W-122D (S)	Food Stamp Budget Worksheet – (CA) (Spanish) (Rev. 1/20/09)
W-122DD	Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 1/20/09)
W-122DD (S)	Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 1/20/09)

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

General Telephone No. for
Questions or Help:

Dear Food Stamp Benefits Recipient:

This is to inform you that there will be changes to some items used to figure the amount of food stamp benefits a household gets. These changes may increase the amount of food stamp benefits you get. The changes will take place beginning with your February, 2009 Food Stamps.

Some of the Standard Utility Allowances (SUA) have changed. Please review the new SUA amounts below:

<u>Heat/Air Conditioning SUA</u> (If you pay for heat or air conditioning, or receive or reasonably expect to receive HEAP)	<u>NEW</u> \$781.00
<u>Utility SUA</u> (If you don't pay for heat or air conditioning and don't receive or reasonably expect to receive HEAP, but do pay for other energy costs.)	\$308.00
<u>Telephone SUA</u> (If you only pay for a telephone)	\$33.00 (same)

IF YOU ARE AN SSI RECIPIENT LIVING ALONE IN THE COMMUNITY WHO IS PARTICIPATING IN THE NEW YORK STATE NUTRITION IMPROVEMENT PROJECT (NYSNIP), AND YOU WERE RECEIVING \$115 PER MONTH IN FOOD STAMP BENEFITS, BEGINNING IN FEBRUARY 2009 YOU WILL RECEIVE \$176 PER MONTH. IF YOU WERE RECEIVING \$122 PER MONTH IN FOOD STAMP BENEFITS, BEGINNING IN FEBRUARY 2009 YOU WILL RECEIVE \$176 PER MONTH. IF YOUR JANUARY FOOD STAMP BENEFIT WAS \$176, YOUR ONGOING BENEFIT WILL NOT CHANGE.

THESE NYSNIP BENEFIT CHANGES REFLECT THE JANUARY 1, 2009 COST-OF-LIVING ADJUSTMENT (COLA) FOR SOCIAL SECURITY AND SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME BENEFITS AND ADJUSTMENTS TO HOME HEATING COST INFORMATION.

Note: If you are currently receiving \$14.00 per month in food stamp benefits, your food stamp benefits may not change.

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

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

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

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

1. CONFERENCE (informal meeting with us) – If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call the conference phone number on the **front** of this notice **or** write to us at the address on the **front** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a fair hearing.

2. STATE FAIR HEARING – You have **90** days from the date of this notice to ask for a fair hearing.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No.de teléfono general
para preguntas o ayuda:

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

Por la presente le informamos que se modificarán algunos de los factores que se usan en el cálculo de la cantidad de beneficios de cupones para alimentos que un hogar recibe. Estos cambios podrían aumentar la cantidad de cupones para alimentos que usted recibe. Estos cambios comenzarán con sus Cupones para Alimentos del mes de febrero de 2009.

Ciertas Asignaciones Básicas de Servicios Públicos (SUA) han sido modificadas. Favor de examinar los nuevos montos SUA a continuación:

Calefacción / Aire acondicionado SUA

(Si usted paga por calefacción o aire acondicionado, o recibe o espera razonablemente recibir HEAP)

NUEVO

\$781.00

Servicios Públicos SUA

(Si usted no paga por la calefacción o el aire acondicionado y no recibe o espera razonablemente recibir HEAP, pero sí paga por otros costos de energía).

\$308.00

Teléfono SUA

(Si solamente paga gastos de teléfono)

\$33.00 (lo mismo)

SI USTED ES UN BENEFICIARIO DE SSI QUE VIVE SOLO(A) EN LA COMUNIDAD Y PARTICIPA EN EL PROYECTO DE MEJORA NUTRICIONAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSNIP), Y USTED ESTABA RECIBIENDO \$115 AL MES EN BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COMENZANDO EN FEBRERO DE 2009 USTED RECIBIRÁ \$176 AL MES. SI USTED ESTABA RECIBIENDO \$122 AL MES EN BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, COMENZANDO EN FEBRERO DE 2009, USTED RECIBIRÁ \$176 AL MES. SI SU BENEFICIO DE CUPONES PARA ALIMENTOS PARA EL MES DE ENERO FUE DE \$176, SU BENEFICIO CONTINUO NO CAMBIARÁ.

ESTOS CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS DEL PROYECTO DE MEJORA NUTRICIONAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSNIP) REFLEJAN UN AJUSTE AL COSTO DE VIDA (COLA) DEL 1º DE ENERO DE 2009, EN CUANTO A LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL Y SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO SE REFIERE, Y AJUSTES A LOS DATOS SOBRE COSTOS DE CALEFACCIÓN CASERA.

Nota: si usted actualmente recibe \$14.00 al mes en beneficios de cupones para alimentos, es posible que sus beneficios de cupones para alimentos no cambien.

Conforme Reglamentación 18 NYCRR 387.10, 387.12 y 387.15.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.
LEA EL REVERSO PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.**

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

Si cree que nuestra decisión es incorrecta, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Corregiremos nuestros errores. Usted puede tomar ambas acciones, 1 y 2.

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

1. CONFERENCIA (reunión informal con nosotros): si usted cree que nuestra decisión es incorrecta o si no comprende nuestra decisión, sírvase llamarnos para solicitar una reunión. Para hacerlo, llame al número de teléfono para conferencias que aparece en el **anverso** de esta notificación o escribanos a la dirección que aparece en el **anverso** de esta notificación. En algunos casos, ésta es la forma más rápida de resolver este tipo de problemas. Le recomendamos hacerlo, aunque haya solicitado una audiencia imparcial.

2. AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL: usted tiene **90 días**, contados a partir de la fecha de esta notificación, para solicitar una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: puede solicitar una audiencia imparcial:

Por correo: envíe una copia de todas las partes de esta notificación rellena 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 ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME).

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

Por fax: envíe por fax una copia del anverso y reverso de esta notificación al: **(518) 473-6735**

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

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

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

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

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, tendrán la oportunidad de explicar por qué creen que nuestra decisión es incorrecta, 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 cheques salariales, contrato de alquiler, recibos, facturas, resúmenes de cuentas médicas.

En la audiencia, usted y su abogado u otro representante, podrán interrogar a los testigos que nosotros presentemos o los que usted presente con motivo de avalar su caso.

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

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

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán a usted 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 esta notificación o mande una carta a la dirección que figura en el **anverso** de esta notificación.

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) – Part 1

Effective February 1, 2009

This form must be used for households that **do not** contain an elderly or disabled person.

Enter monthly amount do not round out.

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

A. Income – Enter Monthly amount, do not round dollar amounts.

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 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 and 4c		
6. Monthly Legally Obligated Child Support Payment to person(s) outside the FS household		
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 the amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, the household does not meet the 130% Gross Income Limitation and is ineligible for food stamp benefits. Check Ineligible box. Stop here.	<input type="checkbox"/> Ineligible
b) If the household <u>does not</u> contain any FS sanctioned or disqualified members due to an IPV and the amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, the household meets the 130% Gross Income Limitation and is categorically eligible for food stamp benefits. Check Eligible box. Complete Part 2, but skip Section G.	<input type="checkbox"/> Eligible
c) If the household <u>contains</u> a food stamp sanctioned or disqualified member due to an IPV and the amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, the household meets the 130% Gross Income Limitation but is not categorically eligible for food stamp benefits. Check Eligible box. Complete all of Part 2.	

130% Gross Income Table	
Household Size	Monthly Gross Income
1	\$1,127
2	\$1,517
3	\$1,907
4	\$2,297
5	\$2,687
6	\$3,077
7	\$3,467
8	\$3,857
Each additional member	+ \$390

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) – Part 2

Effective February 1, 2009

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

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

A. Income – Enter Monthly amount, do not round dollar amounts.

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 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 and 4c		
6. Income Exclusions (Monthly legally obligated child support payment to person(s) outside the FS household.)		
7. Subtract line 6 from line 5	A.	

B. Deductions

8. 20% of line 3	\$	
9. Standard Deduction – Monthly: Select one below.		
a) 1–3 person household \$144		
b) 4-person household \$147		
c) 5-person household \$172		
d) 6+ person household \$197		
10. Monthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater		
12. Add lines 8, 9, 10 and 11	B.	

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
15. Other Monthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
16. Monthly Utility Allowance		
a) Enter zero (0) for shelter code 23		
b) With rent or heating or air conditioning expense: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$781. No documentation is required for shelter codes 01, 02, 03, 11, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 38, 39, 40, 42 and 43 .		
c) With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the standard combined utility and telephone standard of \$308. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA <u>except</u> shelter code 23): Enter \$33.		
17. Add lines 14, 15 and 16b or 16c or 16d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

18. Enter D (Shelter Costs): Enter amount from line 17.	\$	
19. Enter 1/2 (one half) of C (Adjusted Income): Enter 1/2 of amount on line 13.		
20. Excess Shelter Costs: Subtract line 19 from line 18; if line 18 is less than line 19, enter zero (0).		
21. Maximum Shelter Deduction Allowed	\$446	00
22. Enter amount from line 20 or 21, whichever is less	E.	

F. Monthly Food Stamp Net Income

23. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 13.	\$	
24. Enter E (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 22.		
25. Monthly Net food stamp income: Subtract line 24 from line 23.	F.	

G. 100% Monthly Net Income Test

If household is categorically eligible, skip this test and go directly to Food Stamp Benefit Calculation.

26. Enter Monthly net income amount for household size from table.	
27. Compare amount entered on line 25 with the amount entered on line 26.	
<p>a) If the amount entered on line 25 is greater than the amount on line 26, the household is ineligible for food stamp benefits. Check Ineligible.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p>b) If the amount entered on line 25 is less than or equal to the amount entered on line 26, the household meets 100% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section H.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Eligible</p>	

Household Size	100% Monthly Net Income
1	\$867
2	\$1,167
3	\$1,467
4	\$1,767
5	\$2,067
6	\$2,367
7	\$2,667
8	\$2,967
Each additional member	+ \$300

H. Food Stamp Benefit Calculation

28. Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 25 and household size from Part 1, box C (Number Eligible) on page 1 of this form.	H.		
29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).			
30. Allotment after Recoupment: Subtract line 29 from line 28.			

Authorized by: _____

Date: _____

SAMPLE

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

Vigente el 1ro de febrero, 2009

Este formulario tienen que usarlo los hogares que no tienen una persona anciana o incapacitada

Anote la cantidad mensual no redondee.

Nombre del Caso	Número del Caso	Núm. Centro de 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 y 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Pago Mensual de Manutención de Niños Obligado Por la Ley a las persona(s) fuera del hogar de cupones para alimentos		
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.	
<p>9. Compare la cantidad anotada en la línea 7 con la cantidad anotada en la línea 8.</p> <p>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. Pare aquí.</p> <p>b) Si el hogar <u>no</u> contiene miembros sancionados o descalificados de cupones para alimentos debido un IPV y la cantidad anotada en la línea 7 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para Cupones de Alimentos. Marque la casilla de Elegible. Llène la Parte 2, pero salte la Sección G.</p> <p>c) Si el hogar contiene a un miembro sancionado o descalificado de cupones para alimentos debido a un IPV y la cantidad anotada en la línea 7 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto pero no es categóricamente elegible para cupones para alimentos. Marque la casilla de Elegible. Llène toda la Parte 2.</p>	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible

Tabla del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Mensual
1	\$1,127
2	\$1,517
3	\$1,907
4	\$2,297
5	\$2,687
6	\$3,077
7	\$3,467
8	\$3,857
Cada miembro adicional	+ \$390

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

Vigente el 1ro de febrero, 2009

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

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

A. Ingreso – Anote la cantidad Mensual, no redondee los dólares.

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

B. Deducciones

8. 20% de la línea 3	\$	
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione uno de abajo.		
a) Hogar de 1–3 personas \$144		
b) Hogar de 4 personas \$147		
c) Hogar de 5 personas \$172		
d) Hogar de 6 o más personas \$197		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Niños/Dependientes (utilice el gasto real)		
11. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o gasto real, el que sea mayor		
12. Sume las líneas 8, 9, 10, 11	B.	

C. Ingreso Ajustado

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

D. Gastos de Alquiler

14. Alquiler o Hipoteca Real Mensual Facturada a la Familia	\$	
15. Otros Gastos Mensuales (contribución inmobiliaria, seguros, instalación de servicios de electricidad, gas, etc.)		
16. Asignación Mensual Para Electricidad y Gas		
a) Anote cero (0) para código de albergue 23		
b) Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación de \$781 fija mensual conjunta de calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los códigos de albergue: 01, 02, 03, 11, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 38, 39, 40, 42 y 43.		
c) Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin gastos de alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la cantidad fija de \$308 conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono. Todos los códigos de refugio <u>excepto</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 pueden recibir esta asignación si provee documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento.		
d) Solamente para gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue 23): Anote \$33.		
17. Sume las líneas 14, 15 y 16b o 16c o 16d	D.	

E. Deduciones de Albergue en Exceso

18. Anote D (Gastos de Albergue): Anote la cantidad de la línea 17	\$	
19. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 13		
20. Gastos en Exceso de Albergue: Reste línea 19 de la línea 18; si la línea 18 es menos que la línea 19, anote cero (0).		
21. Dedución Máxima Permitida para Albergue	\$446	00
22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos	E.	

F. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

23. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad en la línea 13	\$	
24. Anote E (Dedución en Exceso para Albergue): Anote la cantidad en la línea 22		
25. Ingreso Neto Mensual de cupones para alimentos: Reste la línea 24 de la línea 23	F.	

G. Prueba del 100% del Ingreso Neto Mensual

Si el hogar es categóricamente elegible, salte esta prueba y vaya directamente a los Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos.

26. Anote la cantidad neta mensual para el tamaño del hogar de la tabla.			Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual
27. Compare la cantidad de la línea 25 con la cantidad de la línea 26. a) Si la cantidad de la línea 25 es mayor que la cantidad de la línea 26, el hogar es inelegible para beneficios de cupones para alimentos. Marque Inelegible. <input type="checkbox"/> Inelegible b) Si la cantidad de la línea 25 es menor o igual a la cantidad de la línea 26, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto Mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección H. <input type="checkbox"/> Elegible			1	\$867
			2	\$1,167
			3	\$1,467
			4	\$1,767
			5	\$2,067
			6	\$2,367
			7	\$2,667
			8	\$2,967
			Cada miembro adicional	+ \$300

H. Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos

28. Porción de Cupones: Remítase a las tablas en los formularios W-129F/W-129FF y use el ingreso de la línea 25 y el tamaño del hogar de la Parte 1 (Número de Miembros Elegibles), casilla C en la página 1 de este formulario.	H.		
29. Cantidad de Recuperación: Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).			
30. Porción de Cupones menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 29 de la línea 28.			

Autorizado por: _____

Fecha: _____

SAMPLE

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

Effective February 1, 2009

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

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

A. Income – Enter Monthly amount, do not round dollar amounts.

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. Monthly Gross Unearned Income: Do not enter employment income on these lines.		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b and 4c		
6. Income Exclusion (Monthly legally obligated child support payment to person(s) outside the food stamp household).		
7. Subtract line 6 from line 5	A.	

If all household members are in receipt of SSI, skip Sections B and H.

If household contains a Food Stamp sanctioned or disqualified member due to an IPV, skip Section B.

B. 200% Gross Income Test

8. Enter maximum gross income amount for household size from table.		200% Gross Income Table	
9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8. a) If the amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, the household does not meet the 200% Gross Income Limitation. The household is not categorically eligible and must meet the 100% net food stamp income test in order to be eligible for food stamp benefits. Complete the rest of the form. b) If the amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, the household meets the 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible for food stamp benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.	Household Size	Monthly Gross Income	
	1	\$1,733	
	2	\$2,333	
	3	\$2,933	
	4	\$3,533	
	5	\$4,133	
	6	\$4,733	
	7	\$5,333	
	8	\$5,933	
	Each additional member	+ \$600	

C. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Monthly: Select one. a) 1–3 person household \$144 b) 4-person household \$147 c) 5-person household \$172 d) 6+ person household \$197		
12. Monthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
13. Monthly Medical Expenses: Subtract \$35 from the gross monthly medical expense amount and enter the balance. If less than zero, enter "0."		
14. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater		
15. Add lines 10, 11, 12, 13 and 14	C.	

D. Adjusted Income

16. Subtract C from A: Line 15 from line 7.	D.	\$	
--	-----------	-----------	--

E. Shelter Costs

17. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter the maximum shelter allowance for the family size.	\$	
18. Other Monthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
19. Monthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23		
b) With rent or heating or air conditioning expense: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$781. No documentation is required for shelter codes 01, 02, 03, 11, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 38, 39, 40, 42 and 43.		
c) With utility expenses only (no rent, heating or air conditioning expense): Enter the combined utility and telephone standard of \$308. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$33.		
20. Add lines 17, 18 and 19b or 19c or 19d	E.	

F. Excess Shelter Deductions

21. Enter E (Shelter Costs): Enter amount from line 20.	\$	
22. Enter 1/2 (one half) of D (Adjusted Income): Enter 1/2 of amount on line 16.		
23. Excess Shelter Costs: Subtract line 22 from line 21. If line 21 is less than line 22, enter zero (0).	F.	

G. Monthly Food Stamp Net Income

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

H. 100% Monthly Net Income Test

If household is categorically eligible, skip this test and go directly to Food Stamp Benefit Calculation.

<p>27. Enter Monthly net income amount for household size from table.</p>																					
<p>28. Compare amount entered on line 26 with the amount entered on line 27.</p> <p>a) If the amount entered on line 26 is greater than the amount on line 27, the household is ineligible for food stamp benefits. Stop here, Check Ineligible box.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p>b) If the amount entered on line 26 is less than or equal to the amount entered on line 27, the household meets the 100% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Eligible</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Household Size</th> <th style="text-align: center;">100% Monthly Net Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">\$867</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$1,167</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$1,467</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$1,767</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$2,067</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$2,367</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$2,667</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">\$2,967</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: center;">+ \$300</td></tr> </tbody> </table>	Household Size	100% Monthly Net Income	1	\$867	2	\$1,167	3	\$1,467	4	\$1,767	5	\$2,067	6	\$2,367	7	\$2,667	8	\$2,967	Each additional member	+ \$300
Household Size	100% Monthly Net Income																				
1	\$867																				
2	\$1,167																				
3	\$1,467																				
4	\$1,767																				
5	\$2,067																				
6	\$2,367																				
7	\$2,667																				
8	\$2,967																				
Each additional member	+ \$300																				

I. Food Stamp Benefit Calculation

29. Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 26 and household size from box C (Number Eligible) on page 1 of this form.	I.	
30. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).		
31. Allotment after Recoupment: Subtract line 30 from line 29.		

Authorized by: _____

Date: _____

Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos (NCA – SSI/Ancianos/Incapacitados)* Vigente el 1ro de febrero, 2009

*El hogar tiene que contener por lo menos un miembro de SSI/anciano (60 años de edad o más) o incapacitado para usar este formulario.

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

A. Ingreso – Anote la cantidad Mensual, no redondee los dólares.

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Mensual Neto del Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial. No anote ingreso salarial en estas líneas.		
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 y 4c		
6. Exclusión de Ingreso (Pago mensual de manutención de niños obligado por la ley a la(s) persona(s) fuera del FS h/h hogar de Cupones para Alimentos.)		
7. Reste la línea 6 de la línea 5	A.	

Si todos los miembros del hogar reciben SSI, salte las Secciones B y H.

Si el hogar de Cupones para Alimentos contiene un miembro sancionado o inelegible por un IPV, salte la Sección B.

B. Prueba del 200% del Ingreso Bruto

8. Anote la cantidad máxima de Ingreso Bruto que aparece en la tabla, para el tamaño del hogar.	Tabla del 200% Ingreso Bruto	
9. Compare la cantidad anotada en la línea 7 con la cantidad anotada en la línea 8. a) Si la cantidad de la línea 7 es superior a la cantidad de la línea 8, el hogar no cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto. El hogar no es categóricamente elegible y tiene que cumplir la prueba del 100% del ingreso neto de Cupones para Alimentos para ser elegible para Beneficios de Cupones para Alimentos. Llene el resto del formulario. b) Si la cantidad de la línea 7 es menos o igual a la cantidad de la línea 8, el hogar cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Mensual
	1	\$1,733
	2	\$2,333
	3	\$2,933
	4	\$3,533
	5	\$4,133
	6	\$4,733
	7	\$5,333
	8	\$5,933
	Cada miembro adicional	+ \$600

C. Deducciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Deducción Fija – Mensual: Seleccione una opción. a) Hogar de 1–3 personas \$144 b) Hogar de 4 personas \$147 c) Hogar de 5 personas \$172 d) Hogar de 6 o más personas \$197		
12. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes (utilice el gasto real)		
13. Gastos Médicos Mensuales: Reste \$35 de la cantidad bruta del gasto médico y anote el balance. Si resulta menos de cero, anote "0."		
14. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o la cantidad que usted paga realmente, anote la mayor de estas dos cantidades.		
15. Sume las líneas 10, 11, 12, 13 y 14	C.	

D. Ingreso Ajustado

16. Reste C de A: Línea 15 de la línea 7.	D. \$	
--	--------------	--

E. Gastos de Albergue

17. Alquiler o Hipoteca Mensual Facturada al Hogar: Para los casos de albergue de hotel/emergencia, anote la máxima asignación de albergue para el tamaño de la familia.	\$	
18. Otros Gastos Mensuales (Impuestos sobre bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.)		
19. Asignación Mensual para Electricidad y Gas: Seleccione la asignación correcta de electricidad y gas (a, b, c o d) en anote la cantidad en la línea que corresponda. a) Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
b) Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación de \$781 fija mensual conjunta de calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los códigos de albergue: 01, 02, 03, 11, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 38, 39, 40, 42 y 43.		
c) Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin alquiler, calefacción o aire acondicionado): Anote la asignación fija conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono de \$308. Todos los códigos excepto 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 son elegibles para esta asignación si proveen documentación de gastos de servicios públicos.		
d) Solamente gastos de teléfono (para aquellos hogares inelegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue 23): Anote \$33.		
20. Sume las líneas 17, 18, y 19b o 19c o 19d	E.	

F. Deducciones de Albergue en Exceso

21. Anote E (Gastos de Albergue): Anote la cantidad de la línea 20.	\$	
22. Anote 1/2 (la mitad) de D (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 16.		
23. Gastos de Albergue en Exceso. Reste la línea 22 de la línea 21. Si la línea 21 es menor que la línea 22 anote cero (0).	F.	

G. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

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

H. Prueba del 100% del Ingreso Neto Mensual

Si el hogar es categóricamente elegible, salte esta prueba y vaya directamente a los Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos.

27. Anote la cantidad neta Mensual para el tamaño del hogar de la tabla.		Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual
28. Compare la cantidad de la línea 26 con la cantidad de la línea 27.	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible	1	\$867
(a) Si la cantidad de la línea 26 es superior a la cantidad de la línea 27, el hogar es inelegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Pare aquí, Marque la casilla Inelegible.		2	\$1,167
		3	\$1,467
		4	\$1,767
		5	\$2,067
(b) Si la cantidad de la línea 26 es menos o igual a la cantidad de la línea 27, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección I.		6	\$2,367
		7	\$2,667
		8	\$2,967
		Cada miembro adicional	+ \$300

I. Cálculo de Beneficios de Cupones para Alimentos

29. Concesión: Vea las tablas de los formularios W-129F/W-129FF sirviéndose del ingreso de la línea 26 y el tamaño del hogar de la casilla C (Número Elegible) en la página 1 de este formulario.	I.	
30. Cantidad Recuperada: Anote la cantidad del recobro, de no haberlo, anote cero (0).		
31. Cantidad Recuperada: Reste la línea 30 de la línea 29.		

Autorizado por: _____

Fecha: _____

C. Household Composition

(A) Non-CA Non-SSI 59 Years of Age or Under	(B) Number on CA	(C) Total in Household	(D) Number Disqualified	(E) Number Eligible

130% Gross Income Table	
Household Size	Semimonthly Gross Income
1	\$563.50
2	\$758.50
3	\$953.50
4	\$1,148.50
5	\$1,343.50
6	\$1,538.50
7	\$1,733.50
8	\$1,928.50
Each additional member	+ \$195.00

Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 2

Effective February 1, 2009

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

A. Income – Enter Semimonthly amounts. Do not round dollar amounts.

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

B. Deductions

10. 20% of line 3		
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one below		
a) 1–3 person household	\$ 72.00	
b) 4-person household	\$ 73.50	
c) 5-person household	\$ 86.00	
d) 6+ person household	\$ 98.50	
12. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
13. Semimonthly Automated Recoupment: Enter Semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
13a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
14. Add lines 10, 11, 12, 13 and 13a	B.	

C. Adjusted Income

15. Subtract B from A: Line 14 from line 9.	C.	\$
--	-----------	-----------

D. Shelter Costs

<p>16. Semimonthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household (For hotel/emergency shelter cases): Enter maximum shelter allowance for family size.</p>	\$	
<p>17. Other Semimonthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)</p>		
<p>18. Semimonthly Utility Allowance a) Enter zero (0) for shelter code 23</p>		
<p>b) With rent or heating or air conditioning expense: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$390.50. No documentation is required for shelter codes 01, 02, 03, 11, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 43,and 44.</p>		
<p>c) With utility expenses only (No rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and telephone standard of \$154. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.</p>		
<p>d) With telephone expense only (For households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50.</p>		
<p>19. Add lines 16, 17 and 18b or 18c or 18d</p>	D.	

E. Excess Shelter Deductions

<p>20. Enter D (Shelter Costs): Amount from line 19.</p>	\$	
<p>21. Enter 1/2 (one half) of C (Adjusted Income): 1/2 of amount on line 15.</p>		
<p>22. Excess Shelter Costs: Subtract line 21 from line 20. If line 20 is less than line 21, enter zero (0).</p>		
<p>23. Maximum Semimonthly Shelter Deduction Allowed</p>	\$223	00
<p>24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less</p>	E.	

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

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

G.100% Semimonthly Net Income Test

If household is categorically eligible, skip this test and go directly to Food Stamp Benefit Calculation.

<p>28. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.</p>																							
<p>29. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 28.</p> <p>a) If the amount entered on line 27 is greater than the amount on line 28, the household is ineligible for food stamp benefits. Check Ineligible.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p>b) If the amount entered on line 27 is less than or equal to the amount entered on line 28, the household meets the 100% Semimonthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section H.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Eligible</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Household Size</th> <th style="text-align: center;">100% Semimonthly Net Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: right;">\$433.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">\$583.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: right;">\$733.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: right;">\$883.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: right;">\$1,033.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: right;">\$1,183.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: right;">\$1,333.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: right;">\$1,483.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: right;">+ \$150.00</td></tr> </tbody> </table>	Household Size	100% Semimonthly Net Income	1	\$433.50	2	\$583.50	3	\$733.50	4	\$883.50	5	\$1,033.50	6	\$1,183.50	7	\$1,333.50	8	\$1,483.50	Each additional member	+ \$150.00
Household Size	100% Semimonthly Net Income																						
1	\$433.50																						
2	\$583.50																						
3	\$733.50																						
4	\$883.50																						
5	\$1,033.50																						
6	\$1,183.50																						
7	\$1,333.50																						
8	\$1,483.50																						
Each additional member	+ \$150.00																						

H. Food stamp Benefit Calculation

<p>30. Monthly Net food stamp Income: Multiply amount on line 27 by 2.</p>	H.	\$	
<p>31. Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 30 and household size from Part 1, box E (Number Eligible) on page 2 of this form.</p>			
<p>32. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).</p>			
<p>33. Allotment after Recoupment: Subtract line 32 from line 31.</p>			

Authorized by _____

Date _____

C. Miembros en el Hogar:

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

Tabla del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Quincenal
1	\$563.50
2	\$758.50
3	\$953.50
4	\$1,148.50
5	\$1,343.50
6	\$1,538.50
7	\$1,733.50
8	\$1,928.50
Cada miembro adicional	+ \$195.00

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

Vigente el 1ro de febrero, 2009

No llene la Parte 2 hasta que haya terminado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (vea páginas 1–2).

A. Ingreso – Anote las cantidades Quincenales. No redondee las cantidades.

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia en Efectivo (Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler actual.)		
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 Niños Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

B. Deducciones

10. 20% de la línea 3		
11. Deducción Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) Hogar de 1–3 personas \$72.00 b) Hogar de 4 personas \$73.50 c) Hogar de 5 personas \$86.00 d) Hogar de 6 o más personas \$98.50		
12. Costos quincenales de Cuidado para Niños/Dependientes (Utilice el gasto real.)		
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para todas las otras recuperaciones automáticas no anote nada.		
13a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto actual, cualquiera que sea mayor.		
14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, 13a	B.	

C. Ingreso Ajustado

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

D. Costos de Albergue

<p>16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (Para casos de hotel/albergue de emergencia): Anote la máxima asignación permitida para el número de personas del hogar.</p>	\$	
<p>17. Otros Gastos Quincenales (Impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, etc.)</p>		
<p>18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos a) Anote cero (0) para lo código de albergue 23</p>		
<p>b) Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación de \$390.50 fija quincenal conjunta de calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los códigos de albergue: 01, 02, 03, 11, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44.</p>		
<p>c) Con gastos de servicios públicos solamente: (Sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote conjuntamente los gastos fijos de servicios públicos y teléfono por \$154. Todos los códigos de albergue <u>excepto</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 pueden recibir esta concesión si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.</p>		
<p>d) Con gastos de teléfono solamente (Para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.</p>		
<p>19. Sume 16, 17 y 18b o 18c o 18d D.</p>		

E. Deducciones de Albergue en Exceso

<p>20. Anote D (Costos de Albergue): La cantidad de la línea 19.</p>	\$	
<p>21. Anote la 1/2 de C (Ingreso Ajustado): La 1/2 de la cantidad de la línea 15.</p>		
<p>22. Costos en Exceso de Albergue: 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).</p>		
<p>23. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida.</p>	\$223	00
<p>24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23. E.</p>		

F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

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

G. Prueba del 100% Ingreso Neto Quincenal

Si el hogar es elegible categóricamente, omita esta prueba y vaya directamente a Cálculo de Beneficio de Cupones para Alimentos.

<p>28. Anote el ingreso neto Quincenal para tamaño del hogar de acuerdo a la tabla.</p>			
<p>29. Compare cantidad anotada en la línea 27 con la cantidad en la línea 28.</p> <p>(a) Si la cantidad anotada en la línea 27 es mayor que la cantidad en la línea 28, el hogar no es elegible para beneficios de cupones para alimentos. Marque la casilla inelegible.</p>	<input type="checkbox"/> Inelegible		
<p>(b) Si la cantidad anotada en la línea 27 es menor o igual a la cantidad en la línea 28, el hogar cumple la Prueba del 100% Ingreso Neto Quincenal. Marque la casilla elegible y llene la sección H.</p>	<input type="checkbox"/> Elegible		

Tamaño del Hogar	100% Ingreso Neto Quincenal
1	\$433.50
2	\$583.50
3	\$733.50
4	\$883.50
5	\$1,033.50
6	\$1,183.50
7	\$1,333.50
8	\$1,483.50
Cada miembro adicional	+ \$150.00

H. Cálculos de Beneficios de cupones para alimentos

<p>30. Ingreso Neto Mensual de cupones para alimentos: Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2</p>	H.	\$		
<p>31. Porción de Cupones: Vea las tablas de los formularios W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 30 y el número de miembros del hogar de la Parte 1, casilla 1 (E) en la página 2 de este formulario.</p>				
<p>32. Cantidad Recuperada: Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero (0).</p>				
<p>33. Porción de Cupones después de la Recuperación: Reste la línea 32 de la línea 31.</p>				

Autorizado por

Fecha

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

Effective February 1, 2009

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

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

Household Composition:

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

A. Income – Enter Semimonthly amounts. Do not round dollar amounts.

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Semimonthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. Semimonthly CA Grant: For hotel/emergency shelter cases, include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent.		
5. Semimonthly Direct Rent Payment		
6. Semimonthly Gross Unearned Income: Do not enter employment income on this line.		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. Income Exclusion (Semimonthly legally obligated child support payment to person(s) outside the food stamp household.)		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

If all household members are in receipt of SSI, skip Sections B and H.

If household contains a food stamp sanctioned or disqualified member due to an IPV, skip Section B.

B. 200% Gross Income Test

10. Enter maximum gross income amount for household size from table.	200% Gross Income Table	
11. Compare amount entered on line 9 with the amount entered on line 10. a) If the amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, the household does not meet the 200% Gross Income Limitation. The household is not categorically eligible and must meet the 100% net food stamp income test in order to be eligible for food stamp benefits. Complete the rest of the form. b) If the amount entered on line 9 is less than or equal to the amount entered on line 10, the household meets the 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible for food stamp benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.	Household Size	Semimonthly Gross Income
	1	\$867
	2	\$1,167
	3	\$1,467
	4	\$1,767
	5	\$2,067
	6	\$2,367
	7	\$2,667
	8	\$2,967
	Each additional member	+\$300

C. Deductions

12. 20% of line 3		
13. Standard Deduction – Semimonthly: Select one. <ul style="list-style-type: none"> a) 1–3 person household \$ 72.00 b) 4-person household \$ 73.50 c) 5-person household \$ 86.00 d) 6+ person household \$ 98.50 		
14. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
15. Semimonthly Automated Recoupment: Enter semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
16. Semimonthly Medical Expenses: Subtract \$17.50 from the gross semimonthly medical expense amount and enter the balance. If less than zero (0), enter "0."		
16a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
17. Add lines 12, 13, 14, 15, 16 and 16a C.		

D. Adjusted Income

18. Subtract C from A: Line 17 from line 9. D.	\$	
---	-----------	--

E. Shelter Costs

19. Semimonthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter the maximum shelter allowance for the family size. \$		
20. Other Semimonthly Shelter Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
21. Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c or d) and enter the amount on the appropriate line. <ul style="list-style-type: none"> a) Enter zero (0) for shelter code 23 b) With rent or heating or air conditioning expense: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$390.50. No documentation is required for shelter codes 01,02, 03, 11, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 43 and 44. c) With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and telephone standard of \$154. All shelter codes <u>except</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 and 43 may receive this allowance if documentation of utility expense is provided. d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50. 		
22. Add lines 19, 20, 21b or 21c or 21d E.		

F. Excess Shelter Deductions

23. Enter D (Shelter Costs): Enter the amount on line 22.	\$	
24. Enter 1/2 (one half) of D (Adjusted Income): Enter 1/2 of amount on line 18.		
25. Excess Shelter Costs: Subtract line 24 from line 23. If line 23 is less than line 24, enter zero (0). F.		

G. Semimonthly Food Stamp Net Income

26. Enter D (Adjusted Income): Enter the amount on line 18.	\$	
27. Enter F (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 25.		
28. Semimonthly Net food stamp Income: Subtract line 27 from line 26. G.		

H. 100% Semimonthly Net Income Test

If household is categorically eligible, skip this test and go directly to food stamp Benefit Calculation.

29. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.		
<p>30. Compare amount entered on line 28 with the amount entered on line 29.</p> <p>a) If the amount entered on line 28 is greater than the amount on line 29, the household is ineligible for food stamp benefits. Stop here. Check Ineligible box. <input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p>b) If the amount entered on line 28 is less than or equal to the amount entered on line 29, the household meets the 100% Semimonthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I. <input checked="" type="checkbox"/> Eligible</p>	Household Size	100% Semimonthly Net Income
	1	\$433.50
	2	\$583.50
	3	\$733.50
	4	\$883.50
	5	\$1,033.50
	6	\$1,183.50
	7	\$1,333.50
	8	\$1,483.50
Each additional member	+\$150.00	

I. Food Stamp Benefit Calculation

31. Monthly Net food stamp Income: Multiply the amount on line 28 by 2. I.		
32. Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 31 and household size from box H (Number Eligible) on page 1 of this form.		
33. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).		
34. Allotment after Recoupment: Subtract line 33 from line 32.		

Authorized by _____

Date _____

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

Vigente el 1ro de febrero, 2009

*El hogar tiene que contener por lo menos un miembro en SSI/anciano (60 años de edad o más) o incapacitado para usar este formulario.

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

Composición del Domicilio:

(A) Sin CA Sin SSI Vet./SS	(B) Sin CA Sin SSI 59 Años de Edad o Menos	(C) Sin CA Sin SSI 60 Años de Edad o Mayor	(D) Número de Personas en SSI	(E) Número de Personas en CA	(F) Número Total de Personas en el Hogar	(G) Número de Personas Inelegibles	(H) Número de Personas Elegibles

A. Ingreso – Anote las Cantidades Quincenales. No redondee las cantidades.

1. Ingreso Salarial Quincenal Bruto	\$	
2. Ingreso Neto Quincenal de Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de CA: Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación máxima de albergue para el tamaño de la familia en vez del alquiler que se paga actualmente.		
5. Pago de Alquiler Directo Quincenal		
6. Ingreso No Salarial Quincenal Bruto: No anote su ingreso de empleo aquí.		
7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6		
8. Exclusión de Ingreso: (Pago quincenal de manutención de niños obligado por la ley a persona(s) fuera del hogar de cupones para alimentos.)		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

Si todos los miembros del hogar reciben SSI, salte las Secciones B y H.

Si el hogar contiene un miembro sancionado o descalificado de cupones para alimentos debido a un IPV, salte la Sección B.

B. Prueba del 200% del Ingreso Bruto

10. Anote la cantidad máxima de ingreso bruto que aparece en la tabla correspondiente al tamaño de hogar.	Tabla del 200% Ingreso Bruto	
11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad anotada en la línea 10. a) Si la cantidad en la línea 9 es superior a la cantidad en la línea 10, el hogar no cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto. El hogar no es categóricamente elegible y tiene que cumplir la Prueba del 100% del Ingreso Neto de cupones para alimentos para ser elegible para beneficios de cupones para alimentos. llene el resto del formulario. b) Si la cantidad en la línea 9 es menos o igual a la cantidad en la línea 10, el hogar cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de cupones para alimentos. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto
	1	\$867
	2	\$1,167
	3	\$1,467
	4	\$1,767
	5	\$2,067
	6	\$2,367
	7	\$2,667
	8	\$2,967
	Cada miembro adicional	+\$300

C. Deduciones

12. 20% de la línea 3		
13. Dedución Fija – Quincenal: Seleccione una opción. a) Hogar de 1 – 3 personas \$72.00 b) Hogar de 4 personas \$73.50 c) Hogar de 5 personas \$86.00 d) Hogar de 6 o más personas \$98.50		
14. Gastos Quincenales de Cuidado Infantil/de Dependientes (Utilice el gasto real.)		
15. Recuperación Quincenal Automática: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para toda otra recuperación automática no anote nada.		
16. Gastos Médicos Quincenales: Reste \$17.50 de la cantidad bruta de gastos médicos quincenales y anote el balance. Si menos de cero (0), anote "0".		
16a. Anote la cantidad superior de las dos siguientes: la Dedución Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o el gasto real.		
17. Sume las líneas 12, 13, 14, 15, 16 y 16a	C.	

D. Ingreso Ajustado

18. Reste C de A: Línea 17 de la línea 9.	D.	\$	
--	-----------	-----------	--

E. Gastos de Albergue

19. Alquiler Real o Hipoteca Quincenal Facturados al Hogar: Para casos de hotel/albergue de emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.	\$	
20. Otros Gastos Quincenales de Albergue (Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios de electricidad y/o gas, etc.)		
21. Asignación Quincenal para Servicios de Electricidad y/o Gas: Seleccione la asignación correcta para servicios de electricidad y/o gas (a, b, c o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda. a) Anote cero (0) para el código de albergue 23		
b) Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación quincenal normal de la combinación de calefacción, servicios de electricidad y/o gas y de teléfono de \$390.50. No se requiere documentación para los códigos de refugio: 01, 02, 03, 11, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44 .		
c) Con gastos de servicios de electricidad y/o gas solamente: (sin gastos de alquiler, calefacción o aire acondicionado): Anote la deducción normal de la combinación de servicios de electricidad y gas y teléfono de \$154. Todos los códigos de albergues, <u>excepto</u> 06, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42 y 43 tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de electricidad y/o gas.		
d) Con gastos de teléfono solamente (para hogares que no son elegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.		
22. Sume las líneas 19, 20 y 21b o 21c o 21d	E.	

F. Deduciones de Albergue en Exceso

23. Anote D (Costos de Albergue): Cantidad de la línea 22.	\$	
24. Anote 1/2 (la mitad) de D (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 18.		
25. Gastos de Albergue en Exceso: Reste la línea 24 de la línea 23. Si la cantidad de la línea 23 es menor que la de la línea 24, anote cero (0).	F.	

G. Ingreso Neto Quincenal de Cupones para Alimentos

26. Anote D (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad en la línea 18.	\$	
27. Anote F (Deducción de Albergue en Exceso): Anote la cantidad en la línea 25.		
28. Ingreso Neto Quincenal de cupones para alimentos: Reste la línea 27 de la línea 26.	G.	

H. Prueba del 100% del Ingreso Neto Quincenal

Si el hogar es categóricamente elegible, salte esta prueba y vaya directamente a los Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos.

29. Anote la cantidad del Ingreso Neto Quincenal que aparece en la tabla, para el tamaño del hogar.					
30. Compare la cantidad de la línea 28 con la cantidad anotada en la línea 29. a) Si la cantidad de la línea 28 es superior a la cantidad de la línea 29, el hogar es inelegible para beneficios de cupones para alimentos. Pare aquí, Marque la casilla Inelegible <input type="checkbox"/> Inelegible b) Si la cantidad de la línea 28 es menos o igual a la cantidad de la línea 29, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección I. <input type="checkbox"/> Elegible			Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Quincenal	
			1	\$433.50	
			2	\$583.50	
			3	\$733.50	
			4	\$883.50	
			5	\$1,033.50	
			6	\$1,183.50	
			7	\$1,333.50	
			8	\$1,483.50	
			Cada miembro adicional	+\$150.00	

I. Cálculo de Beneficios de Cupones para Alimentos

31. Ingreso Neto Mensual de cupones para alimentos: Multiplique la Cantidad de la línea 28 por 2.	I.	
32. Porción: Refiérase a las tablas que se encuentran en los Formularios W-129F/W-129FF usando el ingreso de la línea 31 y el tamaño del hogar de la casilla H (Número Elegible) en la página 1 de este formulario.		
33. Cantidad Recuperada: Anote la cantidad recuperada. De no haberla, anote cero (0).		
34. Porción restante después de la cantidad Recuperada: Reste la línea 33 de la línea 32.		

Autorizado por _____

Fecha _____