



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 #09-27-ELI (This Policy Bulletin Replaces PB #07-155-ELI)

FOOD STAMP CATEGORICAL ELIGIBILITY

Date: March 12, 2009	Subtopic(s): Eligibility
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>New</p>	<p>Revision to the Original Policy Bulletin:</p> <p>This policy bulletin has been revised to include an additional type of household that is categorically eligible for Food Stamps (FS). The Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (W-122A) and the Food Stamp Budget Worksheet (CA) (W-122D) have been revised to include the 200% Gross Income Table (GIT).</p> <p>Purpose:</p> <p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at the Job and Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Centers that New York State is expanding FS categorical eligibility.</p> <p>Effective immediately, FS categorically eligible applicant/participant households include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • All FS households in which all members receive Cash Assistance (CA) • All FS households in which all members receive Supplemental Security Income (SSI) • All FS households that pass the 130% GIT and do not contain a FS sanctioned, Intentional Program Violation (IPV), or an elderly or disabled member • All FS households with an aged or disabled member that pass a 200% GIT and do not contain a FS sanctioned or IPV member • All FS households with out-of-pocket dependent care expenses that pass the 200% GIT and do not contain a FS sanctioned, IPV, or an elderly or disabled member

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*

Dependent care expenses include any payments made by a household member (not by a third party) for the actual care of children or other dependents that are necessary in order for a household member to accept, continue, and/or comply with employment and training requirements.

The purpose of this policy bulletin is also to inform staff that forms **W-122A** and **W-122D** have been revised to include the 200% GIT and accompanying instructions.

Effective April 1, 2009, FS categorically eligible households that contain up to two members will be guaranteed a minimum FS benefit of \$16.

FS categorically eligible applicant/participant households are exempt from the FS resource limit, the 100% Net Income Test (NIT), and if the entire household is in receipt of SSI, they are also exempt from the GIT. In addition, FS categorically eligible households that contain up to two members are guaranteed a minimum FS benefit of \$14.

Workers are reminded that if resources are reported by a categorically eligible household, verification and documentation are not required. All other required eligibility factors (alien status, residency, etc.) must be documented as per current procedure.

Note: If an applicant applied for FS prior to this revised policy bulletin, and was deferred to submit verification of resources but subsequently failed to comply, the requirement can be disregarded if the case is categorically eligible.

Households that are not categorically eligible for FS will continue to be treated the same as they have been in the past:

- Households containing a sanctioned member are subject to the 130% GIT, 100% NIT, and the FS resource limit (\$2,000). However, if the household also contains an aged or disabled member, the household will be exempt from the 130% GIT and the FS resource limit increases to \$3,000.
- Households containing an aged or disabled member (and no sanctioned individuals) who fail the 200% GIT are subject to the 100% NIT and the FS resource limit (\$3,000 for households with elderly or disabled members).

To calculate a monthly FS Budget, Workers in NCA FS Centers should use the **W-122A** for households without an SSI, aged, or disabled member or the Monthly Food Stamp Budget Worksheet – (NCA SSI/Aged/Disabled) (**W-122AA**) for households containing an SSI, aged, or disabled member.


Workers in Job Centers should use the **W-122D** for households without an SSI, aged, or disabled member or the Food Stamp Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (**W-122DD**) for households containing an SSI, aged, or disabled member.

Effective Immediately

References:

[07-ADM-09](#)
[ABEL Transmittal Number 08-3](#)

Attachments:

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

W-122A	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Rev. 3/12/09)
W-122A (S)	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 3/12/09)
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. 3/12/09)
W-122D (S)	Food Stamp Budget Worksheet (CA) (Spanish) (Rev. 3/12/09)
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)

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
(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. Gross Income Test – Use the 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs. Use the 130% Gross Income Test for all other households.

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 applicable 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 applicable 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.	

Monthly Gross Income		
Household Size	130% Gross Income Table	200% Gross Income Table
1	\$1,127	\$1,733
2	\$1,517	\$2,333
3	\$1,907	\$2,933
4	\$2,297	\$3,533
5	\$2,687	\$4,133
6	\$3,077	\$4,733
7	\$3,467	\$5,333
8	\$3,857	\$5,933
Each additional member	+ \$390	+ \$600

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 (or 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs) on 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) If the household has out-of-pocket dependent care costs do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.		
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 except 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.	
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.	<input type="checkbox"/> Ineligible
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.	<input type="checkbox"/> Eligible

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 2

Vigente el 1ro de febrero, 2009

No llene la Parte 2 hasta que haya llenado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (o la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes) 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. Deduciones

8. 20% de la línea 3	\$	
9. Dedución 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) Si el hogar tiene gastos de menudeo cuidado de dependientes, no use la Tabla del 130% del Ingreso Bruto. Use la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.		
11. Dedución 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 <u>excepto</u> el código de albergue 23): Anote \$33.		
17. Sume las líneas 14, 15 y 16b o 16c o 16d	D.	

E. Deducciones 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. Deducción 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 (Deducción 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																				
<p>9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Household Size</th> <th style="width: 50%;">Monthly Gross Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: right;">\$1,733</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">\$2,333</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: right;">\$2,933</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: right;">\$3,533</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: right;">\$4,133</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: right;">\$4,733</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: right;">\$5,333</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: right;">\$5,933</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: right;">+ \$600</td></tr> </tbody> </table>	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
	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 except 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.

27. Enter Monthly net income amount for household size from table.		Household Size	100% Monthly Net Income
28. Compare amount entered on line 26 with the amount entered on line 27. 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. 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.	<input type="checkbox"/>	1	\$867
	<input type="checkbox"/>	2	\$1,167
	<input type="checkbox"/>	3	\$1,467
	<input type="checkbox"/>	4	\$1,767
	<input type="checkbox"/>	5	\$2,067
	<input type="checkbox"/>	6	\$2,367
	<input type="checkbox"/>	7	\$2,667
	<input type="checkbox"/>	8	\$2,967
	<input type="checkbox"/>	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 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 menor 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: _____

Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 1

Effective February 1, 2009

For households that **do not** contain an elderly or disabled person

Job Center Number: _____

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

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 paid to person(s) outside the food stamp household		
9. Subtract line 8 from line 7		

B. Gross Income Test – Use the 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs. Use the 130% Gross Income Test for all other households.

10. Enter maximum applicable gross income amount for household size from table on page 2	\$	
<p>11. Compare amount entered on line 9 with amount entered on line 10.</p> <p>a) If the amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, the household does not meet the applicable Gross Income Test and is ineligible for food stamp benefits. Check Ineligible box. Stop here.</p> <p>b) If the household <u>does not</u> contain any food stamp sanctioned or disqualified members due to an IPV and the amount entered on line 9 is less than or equal to the amount entered on line 10, the household meets the applicable Gross Income Test and is categorically eligible. Check Eligible box. Complete Part 2, but skip Section G.</p> <p>c) If the household <u>contains</u> a food stamp sanctioned or disqualified member due to an IPV and the amount entered on line 9 is less than or equal to the amount entered on line 10, the household meets the 130% Gross Income Test, but is not categorically eligible. Check Eligible box. Complete all of Part 2.</p>		<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible

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

Semimonthly Gross Income		
Household Size	130% Gross Income Table	200% Gross Income Table
1	\$563.50	\$866.50
2	\$758.50	\$1,166.50
3	\$953.50	\$1,466.50
4	\$1,148.50	\$1,766.50
5	\$1,343.50	\$2,066.50
6	\$1,538.50	\$2,366.50
7	\$1,733.50	\$2,666.50
8	\$1,928.50	\$2,966.50
Each additional member	+ \$195.00	+ \$300.00

Note: If the household has dependent care costs as indicated in Part 2, Section B, Line 12, do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.

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 (or 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs). 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.	

SAMPLE

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) If the household has out-of-pocket dependent care costs do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.		
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 D.</p>		

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 E.</p>		

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. F.</p>		

G.100% Semimonthly Net Income Test

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

28. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.					
29. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 28. 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. <input type="checkbox"/> Ineligible 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. <input type="checkbox"/> Eligible	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				

SAMPLE

H. Food Stamp Benefit Calculation

30. Monthly Net food stamp Income: Multiply amount on line 27 by 2.	H.	\$	
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.			
32. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).			
33. Allotment after Recoupment: Subtract line 32 from line 31.			

Authorized by _____

Date _____

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

Vigente el 1ro de febrero, 2009

Para los hogares que **no** tienen una persona anciana o Incapacitada

Número del Centro de Trabajo: _____

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

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 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 pagado a la(s) persona(s) fuera de/de los hogar(es) de cupones para alimentos		
9. Reste la línea 8 de la línea 7		

B. Prueba de Ingreso del 130% (o la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes)

10. Anote la cantidad máxima pertinente del ingreso bruto para el tamaño de la familia basado en la tabla de la página 2.	\$	
<p>11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad en la línea 10.</p> <p>a) Si la cantidad anotada en la línea 9 es mayor que la cantidad en la línea 10, el hogar no cumple la prueba pertinente 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 no tiene ningunos miembros sancionados o descalificados de cupones para alimentos debido a un IPV, y la cantidad anotada en la línea 9 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 10, el hogar cumple la prueba pertinente del Ingreso Bruto y es categóricamente elegible. Marque la casilla elegible. Llene la Parte 2, pero salte la Sección G.</p> <p>c) Si el hogar tiene algún miembro sancionado o descalificado de cupones para alimentos debido a un IPV (Programa de Violación Intencional) y la cantidad anotada en la línea 9 es menor o igual a la cantidad anotada en la línea 10, el hogar cumple la prueba del 130% del Ingreso Bruto, pero no es elegible categóricamente. Marque la casilla elegible. Llene toda la Parte 2.</p>	<input type="checkbox"/> Inelegible	<input type="checkbox"/> Elegible

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

Ingreso Bruto Quincenal		
Tamaño de la Familia	Tabla del 130% del Ingreso Bruto	Tabla del 200% del Ingreso Bruto
1	\$ 563.50	\$ 866.50
2	\$ 758.50	\$ 1,166.50
3	\$ 953.50	\$ 1,466.50
4	\$ 1,148.50	\$ 1,766.50
5	\$ 1,343.50	\$ 2,066.50
6	\$ 1,538.50	\$ 2,366.50
7	\$ 1,733.50	\$ 2,666.50
8	\$ 1,928.50	\$ 2,966.50
Cada miembro adicional	+ \$ 195.00	+ \$ 300.00

Nota: Si el hogar tiene costos de cuidado para dependientes como se indica en la línea 12, en la sección B de la Parte 2, no use la Tabla del 130% del Ingreso Bruto. Use la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.

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 (o la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes) vea las páginas 1 y 2.

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

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o solo 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.) Si el hogar tiene costos de menudeo de cuidado para dependientes no use la Tabla del 130% del Ingreso Bruto. Use la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.		
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

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.	\$	
17. Otros Gastos Quincenales (Impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, etc.)		
18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos		
a) Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
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.		
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 excepto 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.		
d) Con gastos de teléfono solamente: (Para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SLA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue 23); Anote \$16.50.		
19. Sume 16, 17 y 18b o 18c o 18d	D .	

E. Deduciones de Albergue en Exceso

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

F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

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

G. 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> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Inelegible</p> <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> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Elegible</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Tamaño del Hogar</th> <th style="text-align: center;">100% Ingreso Neto Quincenal</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;">Cada miembro adicional</td><td style="text-align: right;">+ \$150.00</td></tr> </tbody> </table>	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
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 E (Número elegible) 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.

<p>29. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.</p> <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. <input type="checkbox"/> Ineligible Check Ineligible box.</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 type="checkbox"/> Eligible</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <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																				

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 de 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

<p>10. Anote la cantidad máxima de ingreso bruto que aparece en la tabla correspondiente al tamaño de hogar.</p>	Tabla del 200% Ingreso Bruto	
<p>11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad anotada en la línea 10.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	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.		Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Quincenal
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		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 _____