



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 #07-155-ELI

FOOD STAMP CATEGORICAL ELIGIBILITY

<p>Date: December 31, 2007</p>	<p>Subtopic(s): Eligibility</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at the Job and Non-Cash Assistance (NCA) Food Stamp (FS) Centers that effective January 1, 2008, New York State is expanding FS categorical eligibility to include almost all FS program applicant/participant households except those who have a member who is sanctioned from the FS program or disqualified from participating due to an intentional program violation (IPV).</p> <p>Effective January 1, 2008, FS categorically eligible applicant/participant households include the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • All FS households where all members are also in receipt of Cash Assistance (CA) • All FS households where all members are in receipt of SSI • All FS households that pass the 130% Gross Income Test (GIT) and do not contain a FS sanctioned, 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 <p>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 Supplemental Social Security Income (SSI), they are also exempt from the gross income test (GIT). In addition, FS categorically eligible households that contain up to two members are guaranteed a minimum FS benefit of \$10.</p>

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*

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 in December 2007 and was deferred to submit verification of resources in January 2008, but subsequently fails to comply, the requirement can be disregarded if the case is categorically eligible as of January 1, 2008.

The 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).

The State directive requires that the Agency implement these changes on January 1, 2008. However, the Welfare Management System (WMS) will not be ready to support these changes until February 19, 2008. The cases that will be affected by the lack of system support will be those that:

- are now categorically eligible (previously were not); and
- contain two or less household members.

In order to comply with the federal requirement until WMS is updated on February 19, 2008, Workers must proceed as follows to issue the guaranteed minimum grant amount of \$10 to one or two person households:

When calculating a budget, if the case passes the GIT but fails the NIT, a message (**INELIGIBLE – FAILED NET INCOME TEST**) will appear on the budget results screen (**NSBL80**). Workers must then determine if the case is categorically eligible for FS. If the case is categorically eligible for FS and has only one or two people in the household, action must be taken to activate the case and issue the guaranteed minimum grant amount.

To issue the guaranteed minimum grant amount, the Worker must attempt to authorize the ineligible budget by entering the budget number in element **015** on the Turnaround Document (TAD) and completing the eligibility transaction to "AC or SI" the case. This transaction will error-out due to an invalid budget disposition displaying the error message **E0863 – No PA BUDGET DEFICIT, CASE IS INELIGIBLE** for CA/FS cases and **E0864 – No FS BUDGET DEFICIT, CASE IS INELIGIBLE** for NCA FS cases. Workers will not be able to correct the error until February 19, 2008.

Once the transaction is in error status, WMS will allow a FS single issue to be generated for 15 days from date of error. Workers must then issue the \$10 grant via FS single-issue subsystem for applicants as described below (a manual opening notice has to be issued within 30 days of the application date and a CBIC transaction to get an EBT card to client). To issue February benefits for a household that applies in January, a new transaction must be processed with an ineligible budget.

Applications filed 1/1/08-1/15/08

Benefits can be issued on EFS and non-EFS cases if the case is in error status as previously described. Workers must issue a benefit for 1/08 and 2/08 manually.

Applications filed 1/16/08-1/31/08

Benefits for the initial month (1/08) and the second month (2/08) are issued based on EFS eligibility when an application is filed on or after the 16th of the month. If the case is not eligible for EFS, benefits will be issued once an eligibility determination is made.

Applications filed 2/1/08-2/15/08

Benefits can be issued on EFS and non-EFS cases if the case is in error status as previously described. Workers must issue a benefit for 2/08 manually and submit an error correction to generate the 3/08 benefit on 2/19.

Applications filed 2/16/08-2/18/08

Benefits for the initial month (2/08) and the second month (3/08) are issued based on EFS eligibility when an application is filed on or after the 16th of the month. If the case is not eligible for EFS, benefits will be issued once an eligibility determination is made.

To correct the error transactions after the February 19, 2008 WMS Version Change is implemented for all cases in error status due to this interim process, calculate a new budget, enter the transaction via eligibility error correction and process an eligibility transaction to AC or SI the case.

NCA FS Center Monitoring Process

At the NCS FS Centers, the Group Supervisors will be responsible for logging these cases onto the Food Stamp Program Pending Applications Control Card (**W-706B**). The **W-706B** will be forwarded daily to the Assistant Center Manager (ACM) who will monitor the listed case and ensure that all due benefits are issued in a timely manner and that all appropriate eligibility actions are processed after February 19, 2008.

Job Center Monitoring Process


In Job Centers, the Group Supervisors/Case Establishment Supervisors will be responsible for logging these cases on the **W-706B** and forwarding the **W-706B** to the Error Correction Supervisor or Center designee. The Error Correction Supervisor or Center designee will monitor these cases, ensuring that benefits are issued in a timely manner and that all appropriate actions are processed after February 19, 2008.

The following FS calculation forms have been revised to add the 100% NIT table and other pertinent information:

- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) - Part 1 (**W-122A**)
- Monthly Food Stamp Budget Worksheet - NCA (SSI/Aged/Disabled)* (**W-122AA**)
- Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) - Part 1 (**W-122D**)
- Food Stamp Budget Worksheet (CA - SSI/Aged/Disabled)* (**W-122DD**)

Attachments:

W-122A	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) - Part 1 (Rev. 12/31/07)
W-122A (S)	Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) - Part 1 (Spanish) (Rev. 12/31/07)
W-122AA	Monthly Food Stamp Budget Worksheet - NCA (SSI/Aged/Disabled)* (Rev. 12/31/07)
W-122AA (S)	Monthly Food Stamp Budget Worksheet - NCA (SSI/Aged/Disabled)* (Spanish) (Rev. 12/31/07)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- W-122D** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 1 (Rev. 12/31/07)
- W-122D (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 1 (Spanish) (Rev. 12/31/07)
- W-122DD** Food Stamp Budget Worksheet (CA - SSI/Aged/Disabled)* (Rev. 12/31/07)
- W-122DD (S)** Food Stamp Budget Worksheet (CA - SSI/Aged/Disabled)* (Spanish) (Rev. 12/31/07)



Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) – Part 1

Effective January 1, 2008

For Households That Do Not Contain Any 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 (do not round down amounts)

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

SAMPLE

B. 130% Gross Income Test

8. Enter maximum Gross Income amount for household size from table.		
9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8.		
(a) If amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp benefits. Check ineligible box. Stop here.	<input type="checkbox"/>	Ineligible
(b) If household <u>does not</u> contains any FS sanctioned or disqualified members due to an IPV and amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, household meets 130% Gross Income Limitation and is categorically eligible. Check eligible box. Complete Part 2, but skip Section G.	<input type="checkbox"/>	Eligible
(c) If household <u>contains</u> a FS sanctioned or disqualified member due to an IPV and amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, household meets 130% Gross Income Limitation but is not categorically eligible. Check eligible box. Complete all of Part 2.		

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

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NCA) – Part 2

Effective January 1, 2008

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

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

A. Income (do not round down amounts)

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Income Exclusions (monthly legally obligated child support payment 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 \$134		
b) 4-person household \$143		
c) 5-person household \$167		
d) 6+-person household \$191		
10. Monthly Child/Dependent Care Costs (maximum dependent child care deduction is \$200 for children under 2 years of age and \$175 for dependents 2 years of age or older)		
11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater		
12. Add lines 8, 9, 10, 11	B.	

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
15. Other Monthly 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 standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26 and 39 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 99 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the standard combined utility and phone standard of \$256. 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 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	\$431	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.			Household Size	100% Monthly Net Income
27. Compare amount entered on line 25 with the amount entered on line 26. (a) If amount entered on line 25 is greater than the amount on line 26, household is ineligible for Food Stamp benefits. Check ineligible. <input type="checkbox"/> Ineligible (b) If amount entered on line 25 is less than or equal to the amount entered on line 26, household meets 100% Monthly Net Income Test. Check eligible box and complete Section H. <input type="checkbox"/> Eligible			1	\$851
			2	\$1,141
			3	\$1,431
			4	\$1,721
			5	\$2,011
			6	\$2,301
			7	\$2,591
			8	\$2,881
			Each additional member	+290

H. Food Stamp Benefit Calculations

28. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF	H.		
29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			
30. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 27 from line 26	I.		

Authorized by: _____

Date: _____

SAMPLE



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

Vigente el 1 de enero, 2008

Para 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 Húésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume líneas 1 + 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Pago Mensual de Manutención de Niños Obligado Por la Ley 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.		
9. Compare la cantidad anotada en la línea 7 con la cantidad anotada en la línea 8.		
(a) Si la cantidad anotada en la línea 7 es mayor que la cantidad en la línea 8, el hogar no cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto y no es elegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Marque la casilla de inelegible. Pare aquí.	<input type="checkbox"/> Inelegible	
(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. Marque la casilla de elegible. Llène la Parte 2, pero salte la Sección G.	<input type="checkbox"/> Elegible	
(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. Marque la casilla de elegible. Llène toda la Parte 2.		

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

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

Vigente el 1 de enero, 2008

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 (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Neto por Húesped/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 \$134		
b) Hogar de 4 personas \$143		
c) Hogar de 5 personas \$167		
d) Hogar de 6 o más personas \$191		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Niños/Dependientes (la deducción máxima de cuidado infantil es de \$200 por cada niño menor de 2 años de edad y \$175 por dependientes de 2 años de edad o más)		
11. Dedución Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o gasto actual, el que sea mayor		
12. Sume las líneas 8, 9, 10, 11	B.	

C. Ingreso Ajustado

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

D. Gastos de Alquiler

14. Alquiler o Hipoteca Actual Mensual Facturada a la Familia	\$	
15. Otros Gastos Mensuales (contribución inmobiliaria, seguros, instalación de servicios de electricidad, gas, etc.)		
16. Asignación Mensual Para Electricidad y Gas		
a. Anote cero (0) para código de albergue 23		
b. Para gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$577 conjunta para calefacción, servicios de electricidad, gas, y teléfono. No se requiere documentación para los siguientes códigos de albergue 01, 03, 20, 25, 26 y 39 . Los códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 99 son elegibles para esta asignación si se provee documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin gastos de alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la cantidad fija de \$256 conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono. Todos los códigos de refugio <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	\$431	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"/> (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"/>	Inelegible Elegible		1	\$851
			2	\$1,141
			3	\$1,431
			4	\$1,721
			5	\$2,011
			6	\$2,301
			7	\$2,591
			8	\$2,881
			Cada miembro adicional	+290

H. Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos

28. Porción de Cupones: Remítase a las tablas en los formularios W-129F/W-129FF	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 27 de la línea 26	I.		

Autorizado por: _____

Fecha: _____

SAMPLE



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

Effective January 1, 2008

*The household must contain at least one SSI/Aged (60 years of age or older) or disabled household 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 (do not round down amounts)

1. Monthly Gross Earned Income	\$	
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Income Exclusion (monthly legally obligated child support payment to person(s) outside the FS 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 FS 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 amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, household does not meet 200% Gross Income Limitation. Household is not categorically eligible and must meet the 100% net FS income test in order to be eligible for FS Benefits. Complete the rest of the form.</p> <p>(b) If amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, household meets 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible. Skip Section H and complete the rest of this form.</p>	Household Size	Monthly Gross Income		
	1	\$1,702		
	2	\$2,282		
	3	\$2,862		
	4	\$3,442		
	5	\$4,022		
	6	\$4,602		
	7	\$5,182		
	8	\$5,762		
	Each additional member	\$580		

C. Deductions

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

D. Adjusted Income

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

E. Shelter Costs

15. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
16. Other Monthly Expenses (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
17. Monthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter code 23		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the standard combined heat, utility and phone allowance of \$577. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26 and 39 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 99 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the combined utility and phone standard of \$256. All shelter codes except 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.		
18. Add lines 15, 16 and 17b or 17c or 17d	E.	

SAMPLE

F. Excess Shelter Deductions

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

G. Monthly Food Stamp Net Income

22. Enter D (Adjusted Income): Enter the amount on line 14	\$	
23. Enter F (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 21		
24. Monthly Net Food Stamp Income: Subtract line 23 from line 22	G.	

H. 100% Monthly Net Income Test

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

25. Enter monthly net income amount for household size from table.			Household Size	100% Monthly Net Income
26. Compare amount entered on line 24 with the amount entered on line 25. (a) If amount entered on line 24 is greater than the amount on line 25, household is ineligible for Food Stamp benefits. Stop here, Check ineligible. (b) If amount entered on line 24 is less than or equal to the amount entered on line 25, household meets 100% Monthly Net Income Test. Check eligible box and complete Section I.	<div style="font-size: 4em; color: blue; opacity: 0.5; position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); pointer-events: none;"> SAMP </div> <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible	1	\$851
			2	\$1,141
			3	\$1,431
			4	\$1,721
			5	\$2,011
			6	\$2,301
			7	\$2,591
			8	\$2,881
			Each additional member	+290

I. Food Stamp Benefit Calculations

27. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF	I.	
28. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).		
29. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 26 from line 25	J.	

Authorized by: _____

Date: _____



**Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos –
NCA(SSI/Ancianos/Incapacitados)*
Vigente el 1 de enero, 2008**

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

A. Ingreso (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Mensual Neto del Huésped/Inquilino o Huesped		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Exclusión de Ingreso (pago mensual de mantenimiento de 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 descalificado por un IPV, salte la Sección B.

B. Prueba del 200% del Ingreso Bruto

8. Anote la cantidad máxima del ingreso bruto para el hogar de la tabla.		Tabla del 200% Ingreso Bruto	
9. Compare la cantidad de la línea 7 con la cantidad de 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. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Mensual	
	1	\$1,702	
	2	\$2,282	
	3	\$2,862	
	4	\$3,442	
	5	\$4,022	
	6	\$4,602	
	7	\$5,182	
	8	\$5,762	
	Cada miembro adicional	\$580	

C. Deduciones

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

D. Ingreso Ajustado

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

E. Gastos de Albergue

15. Alquiler o Hipoteca Mensual Facturada a la Familia	\$	
16. Otros Gastos Mensuales (impuestos sobre bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.)		
17. Asignación Mensual para Electricidad y Gas		
a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$577 conjunta para calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los siguientes códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26 y 39 . Casos con códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 99 pueden recibir la asignación si se proporciona la documentación de gastos de servicios de calefacción/acondicionamiento.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la asignación fija conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono de \$256. Todos los códigos <u>excepto</u> 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 sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA excepto el código de albergue 23): Anote \$33.		
18. Sume las líneas 15, 16 y 17b o 17c o 17d	E.	

F. Deduciones de Albergue en Exceso

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

G. Ingreso Neto de Cupones para Alimentos

22. Anote la D (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad de la línea 14	\$	
23. Anote la F (Deducción en Exceso de Albergue): Anote la cantidad de la línea 21		
24. Ingreso Mensual Neto de Cupones para Alimentos: Reste la línea 23 de línea 22	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.

25. Anote la cantidad neta mensual para el tamaño de hogar de la tabla.	<input checked="" type="checkbox"/> Inelegible	Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual
26. Compare la cantidad de la línea 24 con la cantidad de la línea 25.		1	\$851
(a) Si la cantidad de la línea 24 es superior a la cantidad de la línea 25, el hogar es inelegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Marque inelegible.	<input type="checkbox"/> Elegible	2	\$1,141
		3	\$1,431
(b) Si la cantidad de la línea 24 es menos o igual a la cantidad de la línea 25, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla elegible y llene la Sección I.	<input checked="" type="checkbox"/> Inelegible	4	\$1,721
		5	\$2,011
	<input type="checkbox"/> Elegible	6	\$2,301
	<input type="checkbox"/> Elegible	7	\$2,591
	<input type="checkbox"/> Elegible	8	\$2,881
	<input type="checkbox"/> Elegible	Cada miembro adicional	+290

I. Cálculos de Beneficios de Cupones para Alimentos

27. Asignación de Cupones: Vea las tablas de los formularios W-129F/W-129FF	I.	
28. Asignación de Recobro: Anote la cantidad del recobro. De no haberlo, anote cero (0).		
29. Asignación de Cupones después del Recobro: Reste la línea 26 de la línea 25	J.	

Autorizado por _____

Fecha _____



Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 1

Effective January 1, 2008
For Households That Do Not Contain Any 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):

Enter semimonthly (S/M) amounts. Do not round down amounts.

A. Income

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

B. 130% Gross Income Test

10. Enter maximum gross income amount for household size from table on page 2.	\$	
11. Compare amount entered on line 9 with amount entered on line 10. <ul style="list-style-type: none"> (a) If amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, household does not meet 130% Gross Income Test and is ineligible for Food Stamp benefits. Check ineligible box. Stop here. (b) If household <u>does not</u> contains any FS sanctioned or disqualified members due to an IPV. Amount entered on line 10 is less than or equal to the amount entered on line 9, household meets 130% Gross Income Test and is categorically eligible. Check eligible box. Complete Part 2, but skip Section G. (c) If household <u>contains</u> a FS sanctioned or disqualified member due to an IPV. Amount entered on line 10 is less than or equal to the amount entered on line 9, household meets 130% Gross Income Test, but is not categorically eligible. Check eligible box. Complete all of Part 2. 	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible	

C. Household Composition

(A) Non-CA/Non-SSI 59 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	\$553.50
2	\$742.00
3	\$930.50
4	\$1,119.00
5	\$1,307.50
6	\$1,496.00
7	\$1,684.50
8	\$1,873.00
Each additional member	\$188.50

Monthly Food Stamp Budget Worksheet (CA) – Part 2

Effective January 1, 2008

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

A. Income

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

SAMPLE

B. Deductions

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

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

16. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household (For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.)	\$	
17. Other S/M Expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
18. Semimonthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter code 23.		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the S/M standard combined heat, utility and phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 44 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes except 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.		
19. Add lines 16, 17 and 18b or 18c or 18d	D.	

E. Excess Shelter Deductions

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

F. Semimonthly Food Stamp Net Income

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

G.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.			Household Size	100% Semi-Monthly Net Income
29. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 28.			1	\$425.50
(a) If amount entered on line 27 is greater than the amount on line 28, household is ineligible for Food Stamp benefits. Check ineligible.	<input type="checkbox"/>	Ineligible	2	\$570.50
			3	\$715.50
			4	\$860.50
			5	\$1005.50
(b) If amount entered on line 27 is less than or equal to the amount entered on line 28, household meets 100% Semimonthly Net Income Test. Check eligible box and complete Section H.	<input type="checkbox"/>	Eligible	6	\$1150.50
			7	\$1295.50
			8	\$1440.50
			Each additional member	+145

SAMPLE

H. Monthly Food Stamp Net Income

30. Multiply amount on line 27 x 2	H.	\$	
31. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129FM-129FF using income from line 30 and household size from Part 1, box 1 (E) on page 2 of this form.			00
32. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			00
33. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 32 from line 31.	I.		00

Authorized by _____

Date _____



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

Vigente el 1ro de enero, 2008

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):

Anote las cantidades quincenales. No redondee las cantidades.

A. Ingreso

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia 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 el/los hogar(es) de Cupones para Alimentos		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

B. Prueba de Ingreso del 130%

10. Anote la cantidad máxima 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 del Ingreso Bruto del 130% 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 tiene</u> ningunos miembros sancionados o descalificados de Cupones para Alimentos debido a un IPV y la cantidad anotada en la línea 10 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 9, el hogar cumple la prueba del 130% 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 <u>tiene</u> algún miembro sancionado o descalificado de Cupones para Alimentos debido a un IPV y la cantidad anotada en la línea 10 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 9, 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

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

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

Vigente el 1ro de octubre del 2007

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

A. Ingreso

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 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 Niños Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7		

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

C. Ingreso Ajustado

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

D. Costos de Albergue

16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (para casos de hotel/albergue de emergencia, marque la máxima asignación permitida dado el número de personas del hogar)	\$	
17. Otros Gastos Quincenales (impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, 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 conjuntamente la asignación quincenal para gastos fijos de calefacción, servicios públicos y teléfono por \$288.50. No es necesaria documentación para los códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41 . Los códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 44 pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento.		
c. Con gastos de servicios públicos solamente: (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote conjuntamente los gastos fijos de servicios públicos y teléfono por \$128. Todos los códigos de albergue excepto 05, 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 SUA 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. Deducciones 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. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida	215	50
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

F. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

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

G. Prueba del 100% Ingreso Neto Quincenal

Si el hogar es elegible categoricamente, salte 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: center;">\$425.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$570.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$715.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$860.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$1005.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$1150.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$1295.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">\$1440.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Cada miembro adicional</td><td style="text-align: center;">+145</td></tr> </tbody> </table>	Tamaño del Hogar	100% Ingreso Neto Quincenal	1	\$425.50	2	\$570.50	3	\$715.50	4	\$860.50	5	\$1005.50	6	\$1150.50	7	\$1295.50	8	\$1440.50	Cada miembro adicional	+145
Tamaño del Hogar	100% Ingreso Neto Quincenal																					
1	\$425.50																					
2	\$570.50																					
3	\$715.50																					
4	\$860.50																					
5	\$1005.50																					
6	\$1150.50																					
7	\$1295.50																					
8	\$1440.50																					
Cada miembro adicional	+145																					

SAMPLE

H. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

<p>30. Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2</p>	H.	\$	
<p>31. Porción de Cupones: Vea las tablas del formulario 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>			00
<p>32. Cantidad Recuperada: Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero (0).</p>			00
<p>33. Porción de Cupones después de la Recuperación: Reste la línea 32 de la línea 31.</p>	I.		00

Autorizado por _____

Fecha _____



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

Effective January 1, 2008

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

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

1. Household Composition:

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

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

A. Income

1. Semimonthly Gross Earned Income	\$	
2. Net S/M Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. S/M CA Grant: For hotel/emergency shelter cases, include maximum shelter allowance for family size instead of actual rent.		
5. S/M Direct Rent Payment		
6. S/M Gross Unearned Income: Do not enter employment income on this line		
7. Add lines 3, 4, 5 and 6		
8. Income Exclusion: S/M Legally Obligated Child Support Payment to person(s) outside the FS 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 FS 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 amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, household does not meet 200% Gross Income Limitation. Household is not categorically eligible and must meet the 100% net FS income test in order to be eligible for FS Benefits. Complete the rest of the form. (b) If amount entered on line 9 is less than or equal to the amount entered on line 10, household meets 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible. Skip Section H and complete the rest of this form.	Household Size	Semi-Monthly Gross Income		
	1	\$851		
	2	\$1,141		
	3	\$1,431		
	4	\$1,721		
	5	\$2,011		
	6	\$2,301		
	7	\$2,591		
	8	\$2,881		
	Each additional member	\$290		

C. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one. a) 1–3 person household \$67.00 b) 4-person household \$71.50 c) 5-person household \$83.50 d) 6+-person household \$95.50		
12. S/M Child/Dependent Care Costs: Maximum dependent child care deduction is \$100 S/M for children under 2 years of age and \$87.50 S/M for dependents 2 years of age or older.	\$	
13. S/M Automated Recoupment: Enter S/M recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
14. S/M Medical Expenses: Subtract \$17.50 from gross expense amount and enter balance. If less than zero (0), enter "000."		
14a. S/M Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
15. Add lines 10, 11, 12 and 14, 14a	C.	

D. Adjusted Income

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

E. Shelter Costs

17. S/M Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter maximum shelter allowance for family size.	\$	
18. Other S/M Shelter Expense: Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.		
19. Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c or d) and enter the amount on the appropriate line.		
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 phone allowance of \$288.50. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39 and 41 . Shelter codes 02, 24, 38, 40, 42, 43 and 44 may receive this allowance if documentation of heating/cooling expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$128. All shelter codes <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.		
20. Add lines 17, 18 and 19b or 19c or 19d	E.	

F. Excess Shelter Deductions

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

G. Semimonthly Food Stamp Net Income

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

H. 100% Semi-Monthly Net Income Test

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

27. Enter semimonthly net income amount for household size from table.

28. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 26.

(a) If amount entered on line 27 is greater than the amount on line 26, household is ineligible for Food Stamp benefits. **Stop here. Check ineligible.** **Ineligible**

(b) If amount entered on line 27 is less than or equal to the amount entered on line 26, household meets 100% Semimonthly Net Income Test. **Check eligible box and complete Section I.** **Eligible**

Household Size	100% Semimonthly Net Income
1	\$425.50
2	\$570.50
3	\$715.50
4	\$860.50
5	\$1005.50
6	\$1150.50
7	\$1295.50
8	\$1440.50
Each additional member	+145

I. Monthly Food Stamp Net Income

29. Multiply amount on line 26 x 2	I.	\$	
30. Coupon Allotment: Refer to tables on forms W-129F/W-129FF using income from line 29 and household size from box 1(H) on page 1 of this form.			
31. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero (0).			
32. Coupon Allotment after Recoupment: Subtract line 31 from line 30.	J.		

Authorized by _____

Date _____



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

Vigente el 1ro de enero, 2008

*EL hogar debe tener por lo menos un miembro con SSI/Anciano (60 años de edad o mayores) o un miembro del hogar que sea incapacitado para poder 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)

1. Distribución 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 de Personas en el Hogar	(G) Número de Personas Descalificadas	(H) Número de Personas Elegibles

Anote las Cantidades por Quincenas (no redondee las cantidades)

A. Ingreso

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

Si todos los miembros del hogar reciben SSI no tiene que llenar la Secciones B y H.

Si el hogar de Cupones para Alimentos contiene un miembro sancionado o descalificado debido a un IPV, no tiene que llenar la Sección B.

B. Prueba de Ingreso del 200%

10. Anote la cantidad máxima del ingreso bruto por el tamaño de la familia basado en la tabla.	Tabla de Ingreso Bruto del 200%	
11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad en la línea 10. (a) Si la cantidad anotada en la línea 9 es mayor que la cantidad en la línea 10 el hogar no reúne la Limitación del Ingreso Bruto del 200%. El hogar no es categóricamente elegible y tiene que cumplir con el 100% de la prueba de ingreso neto de beneficios de Cupones para Alimentos para poder ser elegible. Favor de llenar el resto del formulario. (b) Si la Cantidad anotada en línea 9 es menos o igual al la cantidad anotada en línea 10, el hogar cumple la limitación de Ingreso Bruto del 200% y es categóricamente elegible. No llene la Sección H y termine el resto del formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Quincenal
	1	\$851
	2	\$1,141
	3	\$1,431
	4	\$1,721
	5	\$2,011
	6	\$2,301
	7	\$2,591
	8	\$2,881
	Cada miembro adicional	\$290

C. Deducciones

10.10. 20% de la línea 3	\$	
11. Deducción Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) Hogar de 1–3 personas \$67.00 b) Hogar de 4 personas \$71.50 c) Hogar de 5 personas \$83.50 d) Hogar de 6 o más personas \$95.50		

12. Costos Quincenales de Cuidado para Niños/Dependientes: la deducción máxima de cuidado infantil es de \$100 quincenales por cada niño menor de 2 años de edad y \$87.50 quincenales por dependientes de 2 años de edad o más)	\$	
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de infracción 01–32 y 99 solamente. No anote nada para todas las otras recuperaciones automáticas.		
14. Gastos Médicos Mensuales: Deduzca \$17.50 de la cantidad bruta y anote el balance. Si resulta menos de cero, (0) anote "000."		
14a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto real, la mayor de ambas cantidades.		
15. Sume las líneas 10, 11, 12 y 14, 14a	C.	

D. Ingreso Ajustado

16. Reste C de A (línea 15 de línea S; si resulta menos de cero [0], anote "000")	D. \$	
--	--------------	--

E. Gastos de Albergue

17. Alquiler Real o Hipoteca Quincenal Facturadas al Hogar: para casos de hotel/albergue de emergencia, marque la máxima asignación permitida dado el número de personas del hogar.	\$	
18. Otros Gastos Quincenales de Albergue: impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de electricidad y gas, etc.		
19. Asignación Mensual para Electricidad y Gas: Seleccione la asignación para electricidad y gas corecta (a, b, c or d) y anote el total en la línea apropiada.		
a. Anote cero (0) para lo código de albergue 23		
b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación quincenal normal combinada para gastos fijos de calefacción, electricidad, gas y teléfono por \$288.50. No es necesaria documentación para los códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41 . Los códigos de albergue 02, 24, 38, 40, 42, 43 y 44 pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de calefacción/acondicionamiento.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la asignación combinada de servicios de electricidad, gas y teléfono de \$128. Todos los códigos <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 de electricidad y gas.		
d. Con gastos de teléfono solamente (para aquellos hogares no elegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios de electricidad y gas excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.		
20. Sume las líneas 17, 18 y 19b o 19c o 19d	E.	

F. Deducciones de Albergue en Exceso

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

G. Ingreso Quincenal Neto de Cupones para Alimentos

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

H. Prueba de 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.

27. Anote la cantidad neta quincenal para el tamaño del hogar de la tabla.					
28. Compare la cantidad de la línea 27 con la cantidad de la línea 28. (a) Si la cantidad de la línea 27 es superior a la cantidad de la línea 28, el hogar es inelegible para beneficios de Cupones para Alimentos. Para aquí. Marque inelegible. (b) Si la cantidad de la línea 27 es menos o igual a la cantidad de la línea 28, el hogar cumple el 100% de la Prueba Quincenal de Ingreso Neto. Marque la casilla elegible y llene la Sección.	<input type="checkbox"/> Inelegible	<input type="checkbox"/> Elegible	Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual	
			1	\$425.50	
			2	\$570.50	
			3	\$715.50	
			4	\$860.50	
			5	\$1005.50	
			6	\$1150.50	
			7	\$1295.50	
			8	\$1440.50	
			Cada miembro adicional	+145	

I. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos

29. Multiplique la Cantidad de la línea 26 x 2	I.	\$	
30. Porción de Cupones: Remítase a las tablas de los formularios W-129F/W-129FF , y use el ingreso de la línea 29 y el número de personas del domicilio del encasillado 1(H) en la página 1 de este formulario.			
31. Cantidad a ser Recuperada: Anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).			
32. Porción de Cupones menos la Cantidad Recuperada: Reste la línea 31 de la línea 30.	J.		

Autorizado por _____

Fecha _____