



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner
Adam Waitzman, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #19-19-ELI

(This Policy Bulletin Replaces PB #18-81-OPE)

INCREASED HOMELESS INCOME DEDUCTION

| Date: March 29, 2019 | Subtopic(s): SNAP Budgeting |
|--|---|
| <p>Note: In October 1996, the homeless shelter deduction was replaced by the homeless income deduction.</p> | <p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center, HIV/AIDS Services Administration (HASA), and Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff of an increase in the SNAP homeless income deduction from \$143.00 to \$147.55 per month.</p> <p>Section 4004 of the Agriculture Improvement Act of 2018 established that the homeless income deduction be indexed to inflation each year beginning in federal fiscal year 2019. States were required to make this change in their systems as soon as possible.</p> <p>The Welfare Management System was programmed to reflect the change in budgets with Shelter Type code 23 effective April 1, 2019. Cases that resulted in an increase in SNAP benefits due to the increase in the homeless income deduction were re-budgeted centrally through a mass re-budget on March 22, 2019. Cases that were centrally re-budgeted have a 04/A/19 budget effective date and can be identified by the unique authorization number 20190051.</p> <p>The forms listed below have been revised to reflect the increased deduction and to change the deduction from the homeless shelter deduction to the homeless income deduction:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (W-122A) • Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (W-122AA) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (W-122D) • Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (W-122DD) • Guide to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budgeting (W-204G) |

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 Fax* or fax to: (917) 639-0298

Note: If a JOS/Worker is manually completing the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application Expedited Processing Summary Sheet (**LDSS-3938 NYC**) for a homeless household who applies for benefits on or after April 1, 2019, use \$147.55 as the homeless deduction in Part Two Section B.

Effective April 1, 2019

References:

7 CFR 273.9 (d)(6)(i)
 18 NYCRR 387.12 (f)(vi)
 Agriculture Improvement Act of 2018 - Section 4004
 97 ADM-4, page 16

Related Item:

[PD #18-15-ELI](#) October 2018 Changes in Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Standards.

Attachments:

W-122A Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Rev. 3/29/19)
W-122A (S) Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 3/29/19)
W-122AA Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA –SSI/Aged/Disabled) (Rev. 3/29/19)
W-122AA (S) Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA –SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 3/29/19)
W-122D Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Rev. 3/29/19)
W-122D (S) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Spanish) (Rev. 3/29/19)
W-122DD Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Revised 3/29/19)
W-122DD (S) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 3/29/19)
W-204G Guide to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budgeting (Rev. 3/29/19)

**Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
 Budget Worksheet (NCA) – Part 1**
 Effective April 1, 2019

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

| | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Case Name: | Case Number: | SNAP Center Number: S- |
| (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 SNAP household. | | |
| 7. Subtract line 6 from line 5 | A. | |

(Turn page)

B. Gross Income Test – Use the 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs, the 150% Gross Income Test for households with Earned Income and the 130% Gross Income Test for all other households.

| | |
|---|--|
| <p>8. Enter maximum Gross Income amount for household size from table.</p> | |
| <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 applicable Gross Income Limitation and is ineligible for SNAP benefits. Check Ineligible box. Stop here.</p> <p>b) If the household <u>does not</u> contain any SNAP 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 SNAP benefits. Check Eligible box. Complete Part 2, but skip Section G.</p> <p>c) If the household <u>contains</u> a SNAP 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 SNAP benefits. The household is also subject to the resource test for SNAP. Check Eligible box. Complete all of Part 2.</p> | <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5;">SNAP</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ineligible </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Eligible </p> |

| Monthly Gross Income | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Household Size | 130% Gross Income Table | 150% Gross Income Table | 200% Gross Income Table |
| 1 | \$1,316 | \$1,518 | \$2,023 |
| 2 | \$1,784 | \$2,058 | \$2,743 |
| 3 | \$2,252 | \$2,598 | \$3,463 |
| 4 | \$2,720 | \$3,138 | \$4,183 |
| 5 | \$3,188 | \$3,678 | \$4,903 |
| 6 | \$3,656 | \$4,218 | \$5,623 |
| 7 | \$4,124 | \$4,758 | \$6,343 |
| 8 | \$4,592 | \$5,298 | \$7,063 |
| Each additional member | +\$468 | +\$540 | +\$720 |

Note: Households that are not categorically eligible for SNAP benefits are subject to the net income test and the resource test.

Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) – Part 2

Effective April 1, 2019

| | | |
|-------------------|---------------------|----------------------------------|
| Case Name: | Case Number: | SNAP Center Number: S- |
|-------------------|---------------------|----------------------------------|

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 SNAP household.) | | |
| 7. Subtract line 6 from line 5 | A. | |

(Turn page)

B. Deductions

| | | |
|--|--------------|--|
| 8. 20% of line 3 | \$ | |
| 9. Standard Deduction – Monthly: Select one below. a) 1–3 person household \$164 b) 4-person household \$174 c) 5-person household \$204 d) 6+ person household \$234 | | |
| 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 Income Deduction (\$147.55) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless income deduction. | | |
| 12. Add lines 8, 9, 10, and 11 | B. | |
| C. Adjusted Income | | |
| 13. Subtract B from A: Line 12 from line 7. | C. \$ | |

(Turn page)

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: 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 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months. | | |
| b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$800. | | |
| c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$316. | | |
| d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$30. | | |
| 17. Add lines 14, 15, and either 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 | \$552 | 00 |
| 22. Enter amount from line 20 or 21, whichever is less | E. | |

F. Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 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 SNAP Net Income: Subtract line 24 from line 23. | F. | |

(Turn page)

G. 100% Monthly Net Income Test

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

| <p>26. Enter Monthly net income amount for household size from table.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------|-------------------------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|------------------------|---------|
| <p>27. Compare amount entered on line 25 with the amount entered on line 26.</p> <p>a) If the amount entered on line 25 is greater than the amount on line 26, the household is ineligible for SNAP benefits. Check Ineligible.</p> <p>b) If the amount entered on line 25 is less than or equal to the amount entered on line 26, the household meets the 100% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section H.</p> | <p><input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Eligible</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Household Size</th> <th style="text-align: center;">100% Monthly Net Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">\$1,012</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$1,372</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$1,732</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$2,092</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$2,452</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$2,812</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$3,172</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">\$3,532</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: center;">+ \$360</td></tr> </tbody> </table> | Household Size | 100% Monthly Net Income | 1 | \$1,012 | 2 | \$1,372 | 3 | \$1,732 | 4 | \$2,092 | 5 | \$2,452 | 6 | \$2,812 | 7 | \$3,172 | 8 | \$3,532 | Each additional member | + \$360 |
| Household Size | 100% Monthly Net Income | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | \$1,012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | \$1,372 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | \$1,732 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | \$2,092 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | \$2,452 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | \$2,812 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | \$3,172 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | \$3,532 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Each additional member | + \$360 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

H. SNAP Benefit Calculation

| | | | |
|--|-----------|--|--|
| <p>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.</p> | H. | | |
| <p>29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).</p> | | | |
| <p>30. Allotment after Recoupment: Subtract line 29 from line 28.</p> | | | |

Authorized by: _____

Date: _____

**Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
 Hoja de Cálculo del Presupuesto Mensual (NCA) – Parte 1**

Entra en vigor el 1^o de abril de 2019

Este formulario debe ser utilizado por hogares que no cuentan con personas de edad avanzada o discapacitadas.

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del caso: | Número de caso: | Núm. del centro de SNAP: S- |
| (A) Número de integrantes del hogar: | (B) Número de integrantes inelegibles: | (C) Número de integrantes elegibles: |

A. Ingreso - anote las cantidades mensuales sin redondear las cantidades en dólares.

| | | |
|---|-----------|--|
| 1. Ingreso bruto salarial mensual | \$ | |
| 2. Ingreso neto mensual por huésped/alojado o alojado | | |
| 3. Sume las líneas 1 y 2 | | |
| 4. Ingreso bruto no salarial mensual | | |
| a) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| b) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| c) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| 5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c | | |
| 6. Pago mensual de manutención de niños obligatorio por ley, a las persona(s) que no forman parte del hogar que recibe SNAP. | | |
| 7. Reste la línea 6 de la línea 5 | A. | |

(Voltee la página)

B. Prueba de ingreso bruto – utilice la prueba de 200% del ingreso bruto para hogares con gastos propios de cuidado de dependientes, la prueba de 150% del ingreso bruto para los hogares con ingreso salarial y la prueba de 130% del ingreso bruto para todos los demás hogares.

| | |
|--|---|
| <p>8. Anote aquí la cantidad del ingreso bruto máximo de todos los integrantes del hogar como aparece en la siguiente tabla.</p> | |
| <p>9. Compare la cantidad en la línea 7 con la cantidad que aparece en la línea 8.</p> <p>a) Si la cantidad anotada en la línea 7 es superior a la cantidad en la línea 8, el hogar no cumple el límite correspondiente del ingreso bruto y no es elegible para beneficios de SNAP. Marque la casilla de inelegible. Pare aquí.</p> <p>b) Si el hogar <u>no cuenta</u> con integrantes sancionados o descalificados para recibir los beneficios de SNAP debido a incumplimiento del programa (IPV) y la cantidad anotada en la línea 7 es inferior o equivalente a la cantidad en la línea 8, el hogar cumple el límite correspondiente del ingreso bruto y es categóricamente elegible para recibir beneficios de SNAP. Marque la casilla de elegible. Rellene la Parte 2, pero no la Sección G.</p> <p>c) Si el hogar <u>cuenta</u> con un integrante sancionado o descalificado para recibir beneficios de SNAP debido a incumplimiento del programa (IPV) y la cantidad anotada en la línea 7 es menos o igual a la cantidad en la línea 8, el hogar cumple el límite de 130% del ingreso bruto pero no es categóricamente elegible para recibir SNAP. El hogar también está sujeto a la prueba de recursos para SNAP. Marque la casilla de elegible. Rellene la Parte 2 completa.</p> | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 10px;" type="checkbox"/> Inelegible <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Elegible </div> |

| Ingreso Bruto Mensual | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| Integrantes del hogar | Tabla de 130% del ingreso bruto | Tabla de 150% del ingreso Bruto | Tabla de 200% del ingreso Bruto |
| 1 | \$1,316 | \$1,518 | \$2,023 |
| 2 | \$1,784 | \$2,058 | \$2,743 |
| 3 | \$2,252 | \$2,598 | \$3,463 |
| 4 | \$2,720 | \$3,138 | \$4,183 |
| 5 | \$3,188 | \$3,678 | \$4,903 |
| 6 | \$3,656 | \$4,218 | \$5,623 |
| 7 | \$4,124 | \$4,758 | \$6,343 |
| 8 | \$4,592 | \$5,298 | \$7,063 |
| Cada integrante adicional | +\$468 | +\$540 | +\$720 |

Nota: Los hogares que no son categóricamente elegibles para recibir beneficios de SNAP están sujetos a la prueba de ingreso neto y a la prueba de recursos.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Hoja de Cálculo del Presupuesto Mensual (NCA) – Parte 2

Entra en vigor el 1^o de abril de 2019

| | | |
|------------------|-----------------|--------------------------------|
| Nombre del caso: | Número de caso: | Núm. del centro de SNAP: S- |
|------------------|-----------------|--------------------------------|

A. Ingreso – anote la cantidad mensual, no redondee la cantidad de los dólares.

| | | |
|--|-----------|--|
| 1. Ingreso bruto salarial mensual | \$ | |
| 2. Ingreso neto por huésped/alojado o alojado | | |
| 3. Sume las líneas 1 y 2 | | |
| 4. Ingreso bruto no salarial mensual | | |
| a) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| b) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| c) Ingreso bruto no salarial mensual – fuente: | | |
| 5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c | | |
| 6. Exclusiones de ingreso (pago mensual de manutención de niños obligatoria por ley a persona(s) que no forman parte del hogar que recibe SNAP) | | |
| 7. Reste la línea 6 de la línea 5 | A. | |

SAMPLE

(Voltee la página)

B. Deducciones

| | | |
|--|-------|--|
| 8. El 20% de la línea 3 | \$ | |
| 9. Deducción Normal – Mensual: Seleccione una opción más abajo. a) Hogar de 1–3 personas \$164 b) Hogar de 4 personas \$174 c) Hogar de 5 personas \$204 d) Hogar de 6 o más personas \$234 | | |
| 10. Costo mensual para cuidado infantil/dependientes (utilice al gasto real) Si el hogar tiene sus propios gastos por el cuidado de dependientes, no utilice la tabla de 130% del ingreso bruto. Utilice la tabla de 200% del ingreso bruto. | | |
| 11. Deducción de ingreso mensual para personas sin vivienda (\$147.55) o el gasto real, cualquiera que sea superior Nota: Los hogares sin vivienda (código de albergue 23) que cualifican para recibir una asignación normal de servicios públicos (SUA, por sus siglas en inglés) de calefacción/aire acondicionado, a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de ingreso para personas sin vivienda. | | |
| 12. Sume las líneas 8, 9, 10, y 11 | B. | |
| C. Ingreso ajustado | | |
| 13. Reste B de A (línea 12 menos línea 7) | C. \$ | |

(Voltee la página)

D. Gastos de albergue

| | | |
|---|-----------|--|
| 14. Alquiler o hipoteca real mensual facturada al hogar | \$ | |
| 15. Otros gastos mensuales (impuesto al inmueble, seguro, instalación de servicios públicos etc.) | | |
| 16. Asignación mensual para servicios públicos: seleccione la concesión correcta de servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad en la línea que corresponda. a) Anote cero (0) para código de albergue 23 si el hogar no ha recibido pagos de HEAP superiores a \$20 en los últimos 12 meses. | | |
| b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o el recibo de pagos de HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: anote la asignación normal mensual combinada de \$800 para la calefacción, servicios públicos y teléfono. | | |
| c) Sólo para gastos de servicios públicos (para los hogares no elegibles para SUA de calefacción o de aire acondicionado): Anote la norma combinada para servicios públicos y teléfono de \$316. | | |
| d) Sólo para gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a la asignación normal para servicios públicos (SUA, por sus siglas en inglés) de calefacción/aire acondicionado o de otros servicios públicos, excepto el código de albergue 23): anote \$30. | | |
| 17. Sume las líneas 14, 15, y 16b o 16c o 16d | D. | |

E. Exceso de deducciones de albergue

| | | |
|--|-----------|----|
| 18. Anote D (gastos de albergue): anote la cantidad de la línea 17. | \$ | |
| 19. Anote 1/2 (la mitad) de C (ingreso ajustado): anote 1/2 de la cantidad en la línea 13. | | |
| 20. Costo en exceso de albergue: reste línea 19 de la línea 18; si la línea 18 es inferior a la línea 19, anote cero (0). | | |
| 21. Deducción máxima permitida para el albergue | \$552 | 00 |
| 22. Anote la cantidad inferior entre la línea 20 o 21 | E. | |

F. Ingreso neto mensual del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

| | | |
|---|-----------|--|
| 23. Anote C (ingreso ajustado): anote la cantidad en la línea 13. | \$ | |
| 24. Anote E (exceso de deducción de albergue): anote la cantidad en la línea 22. | | |
| 25. Ingreso neto mensual de SNAP: reste la línea 24 de la línea 23. | F. | |

(Voltee la página)

G. Prueba de 100% del ingreso neto mensual

Si el hogar es categóricamente elegible, salte esta prueba y vaya directamente a los cálculos de beneficios de SNAP.

| <p>26. Anote aquí la cantidad neta mensual para el tamaño del hogar de la tabla.</p> | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Integrantes del hogar</th> <th style="padding: 5px;">100% del Ingreso Neto Mensual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: right;">\$1,012</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">\$1,372</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: right;">\$1,732</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: right;">\$2,092</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: right;">\$2,452</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: right;">\$2,812</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: right;">\$3,172</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: right;">\$3,532</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cada integrante adicional</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">+\$360</td> </tr> </tbody> </table> | Integrantes del hogar | 100% del Ingreso Neto Mensual | 1 | \$1,012 | 2 | \$1,372 | 3 | \$1,732 | 4 | \$2,092 | 5 | \$2,452 | 6 | \$2,812 | 7 | \$3,172 | 8 | \$3,532 | Cada integrante adicional | +\$360 | |
|--|--|---|-----------------------|-------------------------------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|----------------------------------|---------------|--|
| Integrantes del hogar | 100% del Ingreso Neto Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | \$1,012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | \$1,372 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | \$1,732 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | \$2,092 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | \$2,452 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | \$2,812 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | \$3,172 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | \$3,532 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada integrante adicional | +\$360 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>27. Compare la cantidad de la línea 25 con la cantidad de la línea 26.</p> <p>a) Si la cantidad de la línea 25 es superior a la cantidad de la línea 26, el hogar es inelegible para recibir beneficios de SNAP. Marque inelegible.</p> <p>b) Si la cantidad de la línea 25 es inferior o equivalente a la cantidad de la línea 26, el hogar cumple el 100% de la prueba de ingreso neto mensual. Marque la casilla Elegible y rellene la Sección H.</p> | <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SAMPLE

H. Cálculos de beneficios de SNAP

| | | |
|--|--|--|
| <p>28. Cosignación: Consulte las tablas en los formularios W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 25 y el número de integrantes del hogar en la Parte 1, casilla C (número de integrantes elegibles), en la página 1 de este formulario.</p> | | |
| <p>29. Cantidad recuperada: anote la cantidad a ser recuperada. De no haberla, anote cero (0).</p> | | |
| <p>30. Cosignación después de la cantidad recuperada: reste la línea 29 de la línea 28.</p> | | |

Autorizado por: _____

Fecha: _____



Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled)*

Effective April 1, 2019

***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: | SNAP Center Number: S- |
| (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. Monthly legally obligated child support payment to person(s) outside the SNAP 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 SNAP sanctioned or disqualified member due to an IPV, skip Section B.

B. 200% Gross Income Test

| | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <p>8. Enter maximum gross income amount for household size from table.</p> | <p>200% Gross Income Table</p> | |
| <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 SNAP income test in order to be eligible for SNAP 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 SNAP benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.</p> | <p>Household Size</p> | <p>Monthly Gross Income</p> |
| | <p>1</p> | <p>\$2,023</p> |
| | <p>2</p> | <p>\$2,743</p> |
| | <p>3</p> | <p>\$3,463</p> |
| | <p>4</p> | <p>\$4,183</p> |
| | <p>5</p> | <p>\$4,903</p> |
| | <p>6</p> | <p>\$5,623</p> |
| | <p>7</p> | <p>\$6,343</p> |
| | <p>8</p> | <p>\$7,086</p> |
| <p>Each additional member</p> | <p>+ \$720</p> | |

Note: Households that are not categorically eligible for SNAP benefits are subject to the resource test.

(Turn page)

C. Deductions

| | | |
|--|--------------|--|
| 10. 20% of line 3 | \$ | |
| 11. Standard Deduction – Monthly: Select one. a) 1–3 person household \$164 b) 4-person household \$174 c) 5-person household \$204 d) 6+ person household \$234 | | |
| 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 Income Deduction (\$147.55) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless income deduction. | | |
| 15. Add lines 10, 11, 12, 13, and 14 | C. | |
| D. Adjusted Income | | |
| 16. Subtract C from A: Line 15 from line 7. | D. \$ | |

SAMPLE

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 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months. | | |
| b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$800. | | |
| c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$316. | | |
| d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$30. | | |
| 20. Add lines 17, 18, and either 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 SNAP 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 SNAP Net Income: Subtract line 25 from line 24. | G. | |

(Turn page)

H. 100% Monthly Net Income Test

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

| | |
|---|--|
| <p>27. Enter Monthly net income amount for household size from table.</p> | |
| <p>28. Compare amount entered on line 26 with the amount entered on line 27.</p> <p>a) If the amount entered on line 26 is greater than the amount on line 27, the household is ineligible for SNAP benefits. Stop here, Check Ineligible box.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ineligible </p> <p>b) If the amount entered on line 26 is less than or equal to the amount entered on line 27, the household meets the 100% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Eligible </p> | |

| Household Size | 100% Monthly Net Income |
|------------------------|-------------------------|
| 1 | \$1,012 |
| 2 | \$1,372 |
| 3 | \$1,732 |
| 4 | \$2,092 |
| 5 | \$2,452 |
| 6 | \$2,812 |
| 7 | \$3,172 |
| 8 | \$3,532 |
| Each additional member | + \$360 |

SAMPLE

I. SNAP Benefit Calculation

| | | | |
|--|-----------|--|--|
| <p>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.</p> | I. | | |
| <p>30. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).</p> | | | |
| <p>31. Allotment after Recoupment: Subtract line 30 from line 29.</p> | | | |

Authorized by: _____

Date: _____

**Hoja de Cálculo de Presupuesto Mensual
 del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
 (NCA – SSI/Edad Avanzada/Discapacitados)***

En vigor a partir del 1º de abril de 2019

***El hogar debe incluir a por lo menos un integrante que reciba SSI o que sea de edad avanzada (60 años o más) o discapacitado para poder utilizar este formulario.**

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Nombre del caso: | Número de caso: | Número del centro: S- |
| (A) Número de integrantes del hogar: | (B) Número de integrantes inelegibles: | (C) Número de integrantes elegibles: |

A. Ingreso - anote la cantidad mensual, no redondee las cantidades de dólares.

| | | |
|---|-----------|--|
| 1. Ingreso salarial bruto mensual | \$ | |
| 2. Ingreso mensual neto del huésped/alojado o alojado | | |
| 3. Sume las líneas 1 y 2 | | |
| 4. Ingreso no salarial bruto mensual. No anote el ingreso salarial en estas líneas. | | |
| a) Ingreso no salarial bruto mensual – fuente: | | |
| b) Ingreso no salarial bruto mensual – fuente: | | |
| c) Ingreso no salarial bruto mensual – fuente: | | |
| 5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c | | |
| 6. Pago mensual de manutención de niños obligatoria por ley a la(s) persona(s) que no forman parte del hogar que recibe SNAP. | | |
| 7. Reste la línea 6 de la línea 5 | A. | |

Si todos los integrantes del hogar reciben SSI, no rellene las Secciones B y H.
 Si el hogar de SNAP consta de un integrante sancionado o descalificado por incumplir intencionalmente las condiciones del programa (IPV, por sus siglas en inglés), no rellene la Sección B.

B. Prueba del 200% del ingreso bruto

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <p>8. Anote aquí la cantidad máxima de ingreso bruto que aparece en la tabla, según los integrantes del hogar.</p> | <p>Tabla del 200% ingreso bruto</p> | |
| <p>9. Compare la cantidad en la línea 7 con la cantidad que aparece en la línea 8.</p> <p>a) Si la cantidad en la línea 7 es superior a la cantidad en 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 de 100% del ingreso neto de SNAP para ser elegible para recibir beneficios de SNAP. Rellene el resto del formulario.</p> <p>b) Si la cantidad en la línea 7 es inferior o igual a la cantidad en la línea 8, el hogar cumple con el 200% del límite de ingreso bruto y es categóricamente elegible para recibir beneficios de SNAP. No rellene la Sección H y complete el resto del formulario.</p> | <p>Integrantes del hogar</p> | <p>Ingreso bruto mensual</p> |
| | <p>1</p> | <p>\$2,023</p> |
| | <p>2</p> | <p>\$2,743</p> |
| | <p>3</p> | <p>\$3,463</p> |
| | <p>4</p> | <p>\$4,183</p> |
| | <p>5</p> | <p>\$4,903</p> |
| | <p>6</p> | <p>\$5,623</p> |
| | <p>7</p> | <p>\$6,343</p> |
| | <p>8</p> | <p>\$7,086</p> |
| <p>Cada integrante adicional</p> | <p>+ \$720</p> | |

Nota: Los hogares que no son categóricamente elegibles para recibir beneficios de SNAP están sujetos a la prueba de recursos.

C. Deducciones

| | | |
|---|-----------|--|
| 10. El 20% de la línea 3 | \$ | |
| 11. Deducción fija – mensual: seleccione una opción. a) Hogar de 1–3 personas \$164 b) Hogar de 4 personas \$174 c) Hogar de 5 personas \$204 d) Hogar de 6 o más personas \$234 | | |
| 12. Costo mensual de cuidado infantil/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 de ingreso mensual para personas sin vivienda (\$147.55) o el gasto real, cualquiera que sea superior. Nota: Las familias sin vivienda (código de albergue 23) que cualifican para recibir asignación normal de servicios públicos (SUA, por sus siglas en inglés) para calefacción/aire acondicionado, a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20, en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de ingreso para personas sin vivienda. | | |
| 15. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, y 14 | C. | |

D. Ingreso ajustado

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

(Voltee la página)

E. Gastos de albergue

| | | |
|---|-----------|--|
| <p>17. Alquiler o hipoteca mensual facturados al hogar: para los casos de albergue de hotel/emergencia, anote la máxima asignación de albergue para el número de integrantes de la familia.</p> | \$ | |
| <p>18. Otros gastos mensuales (impuestos inmuebles, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)</p> | | |
| <p>19. Asignación mensual para servicios públicos: seleccione la asignación correcta de servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad en la línea que corresponda.</p> <p>a) Anote cero (0) para el código de albergue 23, si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses.</p> | | |
| <p>b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o recibo de pagos de HEAP superiores a \$20 en los últimos 12 meses: anote la asignación normal mensual combinada de \$800 para la calefacción, servicios públicos y teléfono.</p> | | |
| <p>c) Sólo con gastos de servicios públicos (para los hogares no elegibles para recibir calefacción o SUA de aire acondicionado): anote la asignación normal combinada de \$316 para los servicios públicos y teléfono.</p> | | |
| <p>d) Sólo con gastos de teléfono (para aquellos hogares no elegibles para recibir calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23): anote \$30.</p> | | |
| <p>20. Sume las líneas 17, 18, y 19b o 19c o 19d.</p> | E. | |

F. Exceso de deducciones de albergue

| | | |
|--|-----------|--|
| <p>21. Anote E (costo de albergue): anote la cantidad en la línea 20.</p> | \$ | |
| <p>22. Anote 1/2 (la mitad) de D (ingreso ajustado): anote 1/2 de la cantidad en la línea 16.</p> | | |
| <p>23. Exceso de costo de albergue. Reste la línea 22 de la línea 21. Si la línea 21 es inferior a la línea 22, anote cero (0).</p> | F. | |

G. Ingreso neto mensual de SNAP

| | | |
|---|-----------|--|
| <p>24. Anote la D (ingreso ajustado): anote la cantidad en la línea 16.</p> | \$ | |
| <p>25. Anote la F (deducción en exceso de albergue): anote la cantidad en la línea 23.</p> | | |
| <p>26. Ingreso neto mensual de SNAP: reste la línea 25 de la línea 24.</p> | G. | |

(Voltee la página)

H. Prueba de 100% del ingreso neto mensual

Si el hogar es categóricamente elegible, no haga esta prueba y vaya directo a los cálculos de beneficios de SNAP.

| <p>27. Anote aquí la cantidad de ingreso neto mensual según el número de integrantes del hogar que aparece en la tabla.</p> | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Integrantes del Hogar</th> <th style="text-align: center;">100% del ingreso neto mensual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">\$1,012</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$1,372</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$1,732</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$2,092</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$2,452</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$2,812</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$3,172</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">\$3,532</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cada integrante adicional</td> <td style="text-align: center;">+ \$360</td> </tr> </tbody> </table> | Integrantes del Hogar | 100% del ingreso neto mensual | 1 | \$1,012 | 2 | \$1,372 | 3 | \$1,732 | 4 | \$2,092 | 5 | \$2,452 | 6 | \$2,812 | 7 | \$3,172 | 8 | \$3,532 | Cada integrante adicional | + \$360 | |
|---|---|---|-----------------------|-------------------------------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---------------------------|---------|--|
| Integrantes del Hogar | 100% del ingreso neto mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | \$1,012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | \$1,372 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | \$1,732 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | \$2,092 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | \$2,452 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | \$2,812 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | \$3,172 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | \$3,532 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada integrante adicional | + \$360 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>28. Compare la cantidad en la línea 26 con la cantidad en la línea 27.</p> <p>(a) Si la cantidad en la línea 26 es superior a la cantidad en la línea 27, el hogar es inelegible para recibir beneficios de SNAP. Pare aquí y marque la casilla Inelegible.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Inelegible</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Elegible</p> <p>(b) Si la cantidad en la línea 26 es inferior o igual a la cantidad en la línea 27, el hogar cumple el 100% de la prueba de ingreso neto mensual. Marque la casilla Elegible y rellene la Sección I.</p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Inelegible</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Elegible</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SAMPLE

I. Cálculo de beneficios de SNAP

| | | | |
|---|-----------|--|--|
| <p>29. Consignación: Consulte las tablas en los formularios W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 26 y el número de integrantes del hogar en la casilla C (Número de Integrantes Elegibles) en la página 1 de este formulario.</p> | I. | | |
| <p>30. Cantidad recuperada: anote la cantidad a ser recuperada, de no haberla, anote cero (0).</p> | | | |
| <p>31. Consignación después de la recuperación: reste la línea 30 de la línea 29.</p> | | | |

Autorizado por: _____

Fecha: _____



**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
 Budget Worksheet (CA) – Part 1**
 Effective April 1, 2019

This form must be used 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 SNAP household | | |
| 9. Subtract line 8 from line 7 | | |

(Turn page)

B. Gross Income Test – Use the 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs, the 150% Gross Income Test for households with earned income, and the 130% Gross Income Test for all other households. If all members of the household are in receipt of Cash Assistance and the household does not contain any SNAP sanctioned or disqualified members due to an IPV, skip the Gross Income Test, complete Part 2, but skip Section G.

| | | |
|--|--|--|
| <p>10. Enter maximum applicable gross income amount for household size from table on page 2</p> | <p>\$</p> | |
| <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 SNAP benefits. Check Ineligible box. Stop here.</p> <p>b) If the household <u>does not</u> contain any SNAP 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 SNAP 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> | <p><input type="checkbox"/></p> <p>Ineligible</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p>Eligible</p> |

Note: Households that are not categorically eligible for SNAP benefits are subject to the net income test and the resource test.

(Turn page)

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 | 150% Gross Income Table | 200% Gross Income Table |
| 1 | \$ 658.00 | \$ 759.00 | \$ 1,011.50 |
| 2 | \$ 892.00 | \$ 1,029.00 | \$ 1,371.50 |
| 3 | \$ 1,126.00 | \$ 1,299.00 | \$ 1,731.50 |
| 4 | \$ 1,360.00 | \$ 1,569.00 | \$ 2,091.50 |
| 5 | \$ 1,594.00 | \$ 1,839.00 | \$ 2,451.50 |
| 6 | \$ 1,828.00 | \$ 2,109.00 | \$ 2,811.50 |
| 7 | \$ 2,062.00 | \$ 2,379.00 | \$ 3,171.50 |
| 8 | \$ 2,296.00 | \$ 2,649.00 | \$ 3,531.50 |
| Each additional member | + \$ 234.00 | +\$ 270.00 | + \$ 360.00 |

(Turn page)

**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
Budget Worksheet (CA) – Part 2**
Effective April 1, 2019

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 | | |
| 9. Subtract line 8 from line 7 | A. | |

SAMPLE

(Turn page)

B. Deductions

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 10. 20% of line 3 | \$ | |
| 11. Standard Deduction – Monthly: Select one below. a) 1–3 person household \$82.00 b) 4-person household \$87.00 c) 5-person household \$102.00 d) 6+ person household \$117.00 | | |
| 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. Monthly Homeless Income Deduction (\$73.78) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months cannot also receive the homeless income deduction. | | |
| 14. Add lines 10, 11, 12, 13, and 13a | B. | |
| C. Adjusted Income | | |
| 15. Subtract B from A: Line 14 from line 9. | C. | \$ |

(Turn page)

D. Shelter Costs

| | | |
|---|-----------|--|
| 16. Semimonthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household (For hotel/emergency shelter cases): Enter maximum shelter allowance for family size. | \$ | |
| 17. Other Semimonthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.) | | |
| 18. 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 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months. | | |
| b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$400.00. | | |
| c) With utility expenses only: (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone allowance of \$158.00. | | |
| d) With telephone expense only: (For households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$15.00. | | |
| 19. Add lines 16, 17, and either 18b or 18c or 18d | D. | |

E. Excess Shelter Deductions

| | | |
|--|-----------|----|
| 20. Enter D (Shelter Costs): Enter amount from line 19. | \$ | |
| 21. Enter 1/2 (one half) of C (Adjusted Income): Enter 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 Shelter Deduction Allowed | \$276 | 00 |
| 24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less | E. | |

F. Semimonthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Net Income

| | | |
|---|-----------|--|
| 25. Enter C (Adjusted Income): Enter the amount on line 15. | \$ | |
| 26. Enter E (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 24. | | |
| 27. Semimonthly SNAP Net Income: Subtract line 26 from line 25. | F. | |

(Turn page)

G. 100% Semimonthly Net Income Test
If household is categorically eligible, skip this test and go directly to SNAP Benefit Calculation.

| | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------------------|
| 28. Enter Semimonthly net income amount for household size from table. | | Household Size | 100% Semimonthly Net Income |
| 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 SNAP benefits. Check 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% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section H. | <input type="checkbox"/> Ineligible | 1 | \$506.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 2 | \$686.00 |
| | | 3 | \$866.00 |
| | | 4 | \$1,046.00 |
| | | 5 | \$1,226.00 |
| | | 6 | \$1,406.00 |
| | | 7 | \$1,586.00 |
| | | 8 | \$1,766.00 |
| | | Each additional member | + \$180.00 |

H. SNAP Benefit Calculation

| | | |
|---|-----------|--|
| 30. Monthly SNAP Net 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 3 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 (CA) del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) – Parte 1

Entra en vigor el 1º de abril de 2019

Este formulario lo deben usar los hogares que no consten de una persona de edad avanzada o discapacitada.

Número del centro de trabajo: _____

| | Nombre del Caso Básico | Tipo del 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 de dólares.

| | | |
|--|----|--|
| 1. Ingreso salarial bruto quincenal | \$ | |
| 2. Ingreso neto quincenal de huésped/alojado o alojado | | |
| 3. Sume las líneas 1 y 2 | | |
| 4. Concesión quincenal de Asistencia en Efectivo (Para los casos de refugio de hotel/emergencia, incluya la asignación máxima de refugio para el número de integrantes de la familia en vez del alquiler efectivo.) | | |
| 5. Pago directo quincenal de alquiler | | |
| 6. Ingreso no salarial bruto quincenal (No anote el ingreso de empleo en esta línea.) | | |
| 7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6 | | |
| 8. Pago quincenal de manutención de niños obligatorio por la ley a la(s) persona(s) fuera del hogar de SNAP | | |
| 9. Reste la línea 8 de la línea 7 | | |

(Voltee la página)

C. Miembros del hogar:

| (A) Sin CA Sin SSI 59 años de edad o menos | (B) Número de personas con CA | (C) Total de integrantes del hogar | (D) Número de personas descalificadas | (E) Número de personas elegibles |
|---|--|---|--|---|
| | | | | |

| Ingreso bruto quincenal | | | |
|--|---|---|---|
| Número de integrantes de la familia | Tabla del 130% del ingreso bruto | Tabla del 150% del ingreso bruto | Tabla del 200% del ingreso bruto |
| 1 | \$ 658.00 | \$ 759.00 | \$ 1,011.50 |
| 2 | \$ 892.00 | \$ 1,029.00 | \$ 1,371.50 |
| 3 | \$ 1,126.00 | \$ 1,299.00 | \$ 1,731.50 |
| 4 | \$ 1,360.00 | \$ 1,569.00 | \$ 2,091.50 |
| 5 | \$ 1,594.00 | \$ 1,839.00 | \$ 2,451.50 |
| 6 | \$ 1,828.00 | \$ 2,109.00 | \$ 2,811.50 |
| 7 | \$ 2,062.00 | \$ 2,379.00 | \$ 3,171.50 |
| 8 | \$ 2,296.00 | \$ 2,649.00 | \$ 3,531.50 |
| Cada miembro adicional | + \$ 234.00 | + \$ 270.00 | + \$ 360.00 |

(Voltee la página)

Cálculo de Presupuesto del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (CA) – Parte 2

Entra en vigor el 1^o de abril de 2019

A. Ingreso – Anote las cantidades quincenales. No redondee las cantidades de dólares.

| | | |
|---|-----------|--|
| 1. Ingreso salarial bruto quincenal | \$ | |
| 2. Ingreso neto quincenal de huésped/inquilino o solo inquilino | | |
| 3. Sume las líneas 1 y 2 | | |
| 4. Asignación quincenal de CA (Para los casos de refugio de hotel/emergencia, incluya la asignación máxima de refugio para el número de integrantes de la familia en vez del alquiler efectivo.) | | |
| 5. Pago directo del alquiler quincenal | | |
| 6. Ingreso no salarial bruto quincenal (No anote el ingreso de empleo en esta línea.) | | |
| 7. Sume las líneas 3, 4, 5 y 6 | | |
| 8. Pago quincenal de manutención de niños obligado por la ley | | |
| 9. Reste la línea 8 de la línea 7 | A. | |

(Voltee la página)

B. Deducciones

| | | |
|---|--|--|
| <p>10. El 20% de la línea 3</p> | | |
| <p>11. Deducción normal – mensual: Seleccione una de las siguientes opciones.</p> <p>a) Hogar de 1–3 personas \$82.00 b) Hogar de 4 personas \$87.00 c) Hogar de 5 personas \$102.00 d) Hogar de 6 o más personas \$117.00</p> <p>12. Gastos quincenales de Cuidado Infantil/Cuidado de Dependientes (Use el gasto efectivo.) Si el hogar costea gastos de menudeo para cuidado de dependientes, no se remita a la Tabla del 130% del ingreso bruto. Remítase a la Tabla del 200% del ingreso bruto.</p> | | |
| <p>13. Recuperación automatizada quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para todas las otras recuperaciones automatizadas, no ingrese datos.</p> | | |
| <p>13a. Deducción mensual de ingreso para personas sin hogar (\$73.78) o gasto efectivo, lo que sea superior. Nota: Las familias sin vivienda (código de albergue 23) que califican para una SUA de calefacción/climatización por recibir pagos de HEAP superiores a \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de ingreso para personas sin hogar.</p> | | |
| <p>14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, y 13a B.</p> | | |

C. Ingreso ajustado

| | | |
|---|------------------|-----------|
| <p>15. Reste B de A: Línea 14 de la línea 9.</p> | <p>c.</p> | <p>\$</p> |
|---|------------------|-----------|

(Voltee la página)

D. Gastos de Albergue

| | | |
|---|-----------|--|
| 16. Alquiler efectivo quincenal o hipoteca facturada al hogar (Para los casos de refugio de hotel/emergencia): Anote la asignación máxima para el número de integrantes de la familia. | \$ | |
| 17. Otros gastos quincenales (Impuestos de bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios públicos, etc.) | | |
| 18. Asignación quincenal de servicios públicos: Seleccione la asignación correcta de servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad en la línea correspondiente. a) Anote cero (0) para el código de refugio 23 si el hogar no ha percibido pagos de HEAP superiores a \$20 en los últimos 12 meses. | | |
| b) Para gastos de calefacción o climatización o recibo de pagos de HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: Anote la asignación de \$400.00 normal quincenal conjunta para calefacción, servicios públicos y teléfono. | | |
| c) Para gastos de servicios públicos exclusivamente: (para los hogares no elegibles para la SUA de calefacción o aire acondicionado): Anote la asignación de \$158.00 quincenal combinada para servicios públicos y teléfono. | | |
| d) Para gastos de teléfono exclusivamente: Para aquellos hogares elegibles para la SUA de calefacción/aire acondicionado o servicios públicos salvo el código de refugio 23): Anote \$15.00. | | |
| 19. Sume las líneas 16, 17, y 18b o 18c o 18d | D. | |

E. Deducciones Sobrantes de Refugio

| | | |
|---|-----------|----|
| 20. Anote D (costos de albergue): La cantidad de la línea 19. | \$ | |
| 21. Anote la 1/2 (la mitad) de C (ingreso ajustado): La mitad de la cantidad de la línea 15. | | |
| 22. Costos sobrantes de refugio: Reste la línea 21 de la línea 20. Si la línea 20 es inferior a la línea 21, anote cero (0). | | |
| 23. Máxima deducción de refugio permitida. | \$276 | 00 |
| 24. Anote la cantidad de la línea 22 o 23, la que sea inferior. | E. | |

F. Ingreso neto quincenal de SNAP

| | | |
|---|-----------|--|
| 25. Anote C (ingreso ajustado): Anote la cantidad de la línea 15. | \$ | |
| 26. Anote E (Deducciones sobrantes de refugio): Cantidad en la línea 24. | | |
| 27. Ingreso neto quincenal de SNAP: Reste la línea 26 de la línea 25. | F. | |

(Voltee la página)

G. Prueba del ingreso neto quincenal del 100%

Si el hogar reúne los requisitos categóricamente, salte esta prueba y remítase directamente al cálculo de beneficio de SNAP.

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>28. Anote el ingreso neto quincenal para el número de integrantes del hogar de la tabla.</p> | | <p>Número de integrantes del hogar</p> | <p>100% del Ingreso neto quincenal</p> |
| | | 1 | \$506.00 |
| | | 2 | \$686.00 |
| | | 3 | \$866.00 |
| | | 4 | \$1,046.00 |
| | | 5 | \$1,226.00 |
| | | 6 | \$1,406.00 |
| | | 7 | \$1,586.00 |
| | | 8 | \$1,766.00 |
| | | Cada miembro adicional | + \$180.00 |

| | |
|---|--|
| <p>29. Compare la 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 superior a la cantidad en la línea 28, el hogar no reúne los requisitos para beneficios de SNAP. Marque la casilla Inelegible.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Inelegible</p> <p>(b) Si la cantidad anotada en la línea 27 equivale o es inferior a la cantidad en la línea 28, el hogar cumple la prueba del 100% del ingreso neto mensual. Marque la casilla Elegible y rellene la sección H.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Elegible</p> | |
|---|--|

SNAP EXAMPLE

H. Cálculo de beneficios de SNAP

| | | | |
|---|-----------|-----------|--|
| <p>30. Ingreso neto mensual de SNAP: Multiplique la cantidad de la línea 27 por 2</p> | H. | \$ | |
| <p>31. Asignación: Remítase a 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 de recuperación: Anote la cantidad recuperada. De no haberla, anote cero (0).</p> | | | |
| <p>33. Asignación tras la recuperación: Reste la línea 32 de la línea 31.</p> | | | |

Autorizado por: _____

Fecha: _____



Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled)*

Effective April 1, 2019

***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. Semimonthly legally obligated child support payment to person(s) outside the SNAP 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 SNAP sanctioned or disqualified member due to an IPV, skip Section B.

(Turn page)

B. 200% Gross Income Test

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <p>10. Enter maximum gross income amount for household size from table.</p> | <p>200% Gross Income Table</p> | |
| <p>11. Compare amount entered on line 7 with the 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 200% Gross Income Limitation. The household is not categorically eligible and must meet the 100% net SNAP income test in order to be eligible for SNAP benefits. Complete the rest of the form.</p> <p>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 SNAP benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.</p> | <p>Household Size</p> | <p>Semimonthly Gross Income</p> |
| | <p>1</p> | <p>\$1,011.50</p> |
| | <p>2</p> | <p>\$1,371.50</p> |
| | <p>3</p> | <p>\$1,731.50</p> |
| | <p>4</p> | <p>\$2,091.50</p> |
| | <p>5</p> | <p>\$2,451.50</p> |
| | <p>6</p> | <p>\$2,811.50</p> |
| | <p>7</p> | <p>\$3,171.50</p> |
| | <p>8</p> | <p>\$3,531.50</p> |
| | <p>Each additional member</p> | <p>+ \$360.00</p> |

Note: Households that are not categorically eligible for SNAP benefits are subject to the resource test.

SAMPLE

C. Deductions

| | | |
|--|-----------|--|
| 12. 20% of line 3 | \$ | |
| 13. Standard Deduction – Monthly: Select one below. a) 1–3 person household \$82.00 b) 4-person household \$87.00 c) 5-person household \$102.00 d) 6+ person household \$117.00 | | |
| 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. Monthly Homeless Income Deduction (\$73.78) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless income deduction. | | |
| 17. Add lines 12, 13, 14, 15, 16, and 16a | C. | |

D. Adjusted Income

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

(Turn page)

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. a) Enter zero (0) for shelter code 23 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months. | | |
| b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$400.00. | | |
| c) With utility expenses only: (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone allowance of \$158.00. | | |
| d) With telephone expense only: (For households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$15.00. | | |
| 22. Add lines 19, 20, and either 21b or 21c or 21d | E. | |

F. Excess Shelter Deductions

| | | |
|--|-----------|--|
| 23. Enter D (Shelter Costs): Enter amount from 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 20 is less than line 21, enter zero (0). | F. | |

G. Semimonthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Net Income

| | | |
|---|-----------|--|
| 26. Enter D (Adjusted Income): Enter the amount on line 15. | \$ | |
| 27. Enter F (Excess Shelter Deduction): Enter the amount on line 25. | | |
| 28. Semimonthly SNAP Net Income: Subtract line 27 from line 26. | G. | |

(Turn page)

H. 100% Semimonthly Net Income Test
If household is categorically eligible, skip this test and go directly to SNAP Benefit Calculation.

| | | | |
|--|---|-------------------------------|------------------------------------|
| 29. Enter Semimonthly net income amount for household size from table. | | Household Size | 100% Semimonthly Net Income |
| 30. Compare amount entered on line 28 with the amount entered on line 29. a) If the amount entered on line 28 is greater than the amount on line 29, the household is ineligible for SNAP benefits. Stop here. Check Ineligible box. 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% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I. | <input type="checkbox"/> Ineligible | 1 | \$506.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 2 | \$686.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 3 | \$866.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 4 | \$1,046.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 5 | \$1,226.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 6 | \$1,406.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 7 | \$1,586.00 |
| | <input type="checkbox"/> Eligible | 8 | \$1,766.00 |
| | | Each additional member | + \$180.00 |

I. SNAP Benefit Calculation

| | | |
|---|--|--|
| 31. Monthly SNAP Net Income: Multiply amount on line 28 by 2. | | |
| 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: _____



Hoja de Cálculo de Presupuesto del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (CA – SSI/Personas de Edad Avanzada/Discapacitados)*

En vigor el 1º de abril de 2019

*Para usar este formulario, el hogar debe constar de por lo menos un integrante que reciba SSI/de edad avanzada (60 años de edad o más) o discapacitado.

| | | |
|---|-----------------|--------------------------|
| Núm. del centro de trabajo: | Nombre de caso: | Categoría del caso/núm.: |
| Otro(s) beneficiarios(s) con derecho a pagos: | Nombre: | Categoría (Sufijo 2): |

Composición del hogar:

| (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 con SSI | (E) Número de personas con 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 de dólares.

| | | |
|---|-----------|--|
| 1. Ingreso salarial bruto quincenal | \$ | |
| 2. Ingreso neto quincenal de huésped/inquilino o inquilino | | |
| 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 número de integrantes de la familia en vez del alquiler que se paga actualmente. | | |
| 5. Pago de alquiler directo quincenal | | |
| 6. Ingreso no salarial bruto quincenal: No anote su ingreso de empleo aquí. | | |
| 7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6 | | |
| 8. Pago quincenal de manutención de niños obligatorio por la ley a persona(s) fuera del hogar de SNAP. | | |
| 9. Reste la línea 8 de la línea 7 | A. | |

Si todos los integrantes del hogar reciben CA o SSI, salte las Secciones B y H.

Si el hogar consta de un miembro sancionado o descalificado de SNAP debido a un IPV, salte la Sección B.

(Voltee la página)

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> | <p>Tabla del 200% ingreso bruto</p> | |
| <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 SNAP para ser elegible para beneficios de SNAP. Rellene el resto del formulario.</p> <p>b) Si la cantidad en la línea 9 es inferior 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 SNAP. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.</p> | <p>Número de integrantes del hogar</p> | <p>Ingreso bruto quincenal</p> |
| | <p>1</p> | <p>\$1,011.50</p> |
| | <p>2</p> | <p>\$1,371.50</p> |
| | <p>3</p> | <p>\$1,731.50</p> |
| | <p>4</p> | <p>\$2,091.50</p> |
| | <p>5</p> | <p>\$2,451.50</p> |
| | <p>6</p> | <p>\$2,811.50</p> |
| | <p>7</p> | <p>\$3,171.50</p> |
| | <p>8</p> | <p>\$3,531.50</p> |
| | <p>Cada integrante adicional</p> | <p>+ \$360.00</p> |

Nota: Los hogares que no son categóricamente elegibles para los beneficios de SNAP están sujetos a la prueba de recursos.

SAMPLE

(Voltee la página)

C. Deduciones

| | | |
|--|-----------|--|
| 12. 20% de la línea 3 | | |
| 13. Dedución fija – quincenal: Seleccione una opción. a) Hogar de 1–3 personas \$82.00 b) Hogar de 4 personas \$87.00 c) Hogar de 5 personas \$102.00 d) Hogar de 6 o más personas \$117.00 | | |
| 14. Gastos quincenales de Cuidado Infantil/de Dependientes (anote el gasto real) | | |
| 15. Recuperación quincenal automática: Anote sólo la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 . 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. Dedución quincenal de ingreso para personas sin viviendas (\$73.78) o el gasto real, el que sea mayor Nota: Las familias sin vivienda (código de albergue 23) que cualifican para una SUA de calefacción/aire acondicionado a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de ingreso para personas sin hogar. | | |
| 17. Sume las líneas 12, 13, 14, 15, 16, y 16a | C. | |

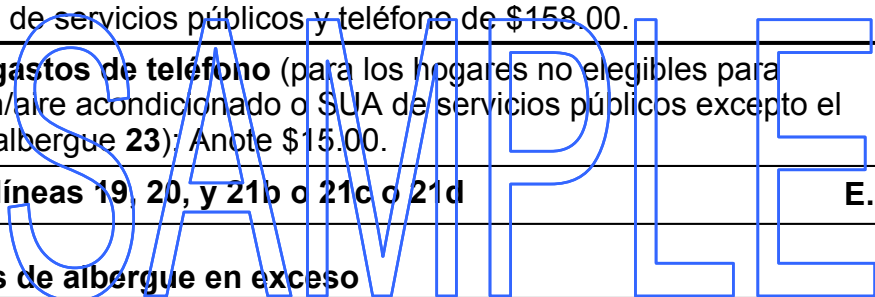
D. Ingreso Ajustado

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

(Voltee la página)

E. Gastos de albergue

| | | |
|--|-----------|--|
| <p>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.</p> | \$ | |
| <p>20. Otros gastos quincenales de albergue (Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios públicos, etc.)</p> | | |
| <p>21. Asignación quincenal de servicios públicos: Seleccione la asignación correcta para servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.</p> <p>a) Anote cero (0) para código de albergue 23, si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses.</p> | | |
| <p>b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o recibo de pagos HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: Anote la asignación quincenal normal combinada de \$400.00 para calefacción, servicios públicos y teléfono .</p> | | |
| <p>c) Sólo con gastos de servicios públicos: (para los hogares no elegibles para calefacción o aire acondicionado SUA): Anote la asignación quincenal combinada de servicios públicos y teléfono de \$158.00.</p> | | |
| <p>d) Sólo con gastos de teléfono (para los hogares no elegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23): Anote \$15.00.</p> | | |
| <p>22. Sume las líneas 19, 20, y 21b o 21c o 21d</p> | E. | |



F. Deduciones de albergue en exceso

| | | |
|---|-----------|--|
| <p>23. Anote D (Costos de albergue): Cantidad de la línea 22.</p> | \$ | |
| <p>24. Anote 1/2 (la mitad) de D (Ingreso ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 18.</p> | | |
| <p>25. Costos 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).</p> | F. | |

G. Ingreso neto quincenal de SNAP

| | | |
|--|-----------|--|
| <p>26. Anote D (Ingreso ajustado): Anote la cantidad en la línea 18.</p> | \$ | |
| <p>27. Anote F (Deducción de albergue en exceso): Anote la cantidad en la línea 25.</p> | | |
| <p>28. Ingreso neto quincenal de SNAP: Reste la línea 27 de la línea 26.</p> | 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 SNAP

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>29. Anote la cantidad del ingreso neto quincenal que aparece en la tabla, para el número de integrantes del hogar.</p> | | <p>Número de integrantes</p> | <p>100% del ingreso neto quincenal</p> |
| <p>30. Compare la cantidad de la línea 28 con la cantidad anotada en la línea 29.</p> <p>a) Si la cantidad de la línea 28 es superior a la cantidad de la línea 29, el hogar es inelegible para beneficios de SNAP. Pare aquí, Marque la casilla Inelegible</p> <p>b) Si la cantidad de la línea 28 es inferior 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 rellene la Sección I.</p> | <p><input type="checkbox"/> Inelegible</p> <p><input type="checkbox"/> Elegible</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> | <p>\$506.00</p> <p>\$686.00</p> <p>\$866.00</p> <p>\$1,046.00</p> <p>\$1,226.00</p> <p>\$1,406.00</p> <p>\$1,586.00</p> <p>\$1,766.00</p> |
| | | <p>Cada integrante adicional</p> | <p>+\$180.00</p> |

I. Cálculo de beneficios de SNAP

| | | |
|---|--|--|
| <p>31. Ingreso neto mensual de SNAP: Multiplique la cantidad de la línea 28 por 2.</p> | | |
| <p>32. Consignación: Consulte las tablas que se encuentran en los Formularios W-129F/W-129FF usando el ingreso de la línea 31 y el número de integrantes del hogar de la casilla H (Número de Personas Elegibles) en la página 1 de este formulario.</p> | | |
| <p>33. Cantidad Recuperada: Anote la cantidad recuperada, de no haberla, anote cero (0).</p> | | |
| <p>34. Consignación restante después de la recuperación: Reste la línea 33 de la línea 32.</p> | | |

Autorizado por: _____

Fecha: _____

Guide to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budgeting

(Effective April 1, 2019)



Department of Social Services
Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence Administration

W-204G (E) 03/29/19

130% GROSS INCOME LIMITS (effective 10/01/18)

Households that do not contain an elderly (60 years of age or older) or disabled individual and do not incur out-of-pocket dependent care expenses and do not have earned income are subject to the 130% gross income test.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Monthly Household Income | \$1,316 | \$1,784 | \$2,252 | \$2,720 | \$3,188 | \$3,656 | \$4,124 | \$4,592 | + \$468 |

165% GROSS INCOME LIMITS (effective 10/01/18)

An elderly individual (and his/her spouse) who is living with others and who is unable to purchase and prepare meals because he/she suffers from a permanent disability may be a separate food unit if the income of the others with whom the individual resides (excluding the income of the elderly individual and his/her spouse) does not exceed the 165% gross income limit for the household size of the others.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Monthly Household Income | \$1,670 | \$2,264 | \$2,858 | \$3,452 | \$4,046 | \$4,640 | \$5,234 | \$5,828 | + \$594 |

200% GROSS INCOME LIMITS (effective 10/01/18)

Households that contain an elderly or disabled individual or that incur out-of-pocket dependent care expenses that pass the 200% gross income test are categorically eligible to participate in SNAP as long as the household does not contain a SNAP-sanctioned or an Intentional Program Violation (IPV) member.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Monthly Household Income | \$2,023 | \$2,743 | \$3,463 | \$4,183 | \$4,903 | \$5,623 | \$6,343 | \$7,063 | + \$720 |

150% GROSS INCOME LIMITS (effective 10/01/18)

Households that have earned income that do not contain an elderly or disabled individual and do not incur out-of-pocket dependent care expenses that pass the 150% gross income test are categorically eligible to participate in SNAP as long as the household does not contain a SNAP sanctioned or an IPV member.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Monthly Household Income | \$1,518 | \$2,058 | \$2,598 | \$3,138 | \$3,678 | \$4,218 | \$4,758 | \$5,298 | + \$540 |

100% NET INCOME LIMITS (effective 10/01/18)

Households that are not categorically eligible to receive SNAP benefits are subject to the 100% net income test.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|
| Monthly Household Income | \$1,012 | \$1,372 | \$1,732 | \$2,092 | \$2,452 | \$2,812 | \$3,172 | \$3,532 | + \$360 |

STANDARD DEDUCTION AMOUNTS (effective 10/01/18)

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6+ |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Standard Deduction | \$164 | \$164 | \$164 | \$174 | \$204 | \$234 |

SHELTER DEDUCTIONS/EXCLUSIONS:

- The maximum excess shelter deduction is **\$552** (effective 10/01/18).
- The homeless income deduction is **\$147.55** (effective 04/01/19).
- The boarder/lodger exclusion is **\$192** for one person and **\$353** for two people (effective 10/01/18).

STANDARD UTILITY ALLOWANCE (SUA) LEVELS (effective 10/01/18)

| | | |
|---------------------|---------------------|--------------------|
| SUA Level 1 = \$800 | SUA Level 2 = \$316 | SUA Level 3 = \$30 |
|---------------------|---------------------|--------------------|

For information on the SUA Levels, see the SUA Levels Desk Guide (W-205HH).

THRIFTY FOOD PLAN (TFP) (effective 10/01/18)

The maximum SNAP benefit allotment per household size is as follows:

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Each Additional Member |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|---------|------------------------|
| Maximum SNAP Allotment | \$192 | \$353 | \$505 | \$642 | \$762 | \$914 | \$1,011 | \$1,155 | + \$144 |

The minimum monthly SNAP benefit allotment for eligible one- and two-person households is **\$15** (effective 10/01/18).

NEW YORK STATE NUTRITION IMPROVEMENT PROJECT (NYSNIP) BENEFIT AMOUNTS (effective 01/01/19)

| SHELTER TYPE CODE | SSI ONLY | SSI AND OTHER INCOME |
|--|----------|----------------------|
| Shelter Type Code 94 Shelter amount greater than \$257 per month and eligible for full SUA. | \$192 | \$192 |
| Shelter Type Code 95 Shelter amount of \$257 or less per month and eligible for full SUA. | \$192 | \$187 |
| Shelter Type Code 96 Shelter amount greater than \$257 per month and eligible for full SUA with \$21 HEAP. | \$192 | \$192 |
| Shelter Type Code 96 Shelter amount greater than \$257 per month and no SUA. | \$15 | \$15 |
| Shelter Type Code 97 Shelter amount of \$257 or less per month and eligible for full SUA with \$21 HEAP. | \$192 | \$187 |
| Shelter Type Code 97 Shelter amount of \$257 or less per month and no SUA. | \$15 | \$15 |
| Shelter Type Code 98 Shelter amount and SUA eligibility unknown. | \$15 | \$15 |