



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



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

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY DIRECTIVE #04-32-ELI

*(This Policy Directive Replaces PD #03-51-ELI)*

### OCTOBER 2004 CHANGES IN FOOD STAMP STANDARDS

<b>Date:</b> October 1, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Food Stamps
---------------------------------	------------------------------------

#### AUDIENCE

The instructions in this policy directive are for all Job and Non-Public Assistance (NPA) Food Stamp (FS) Center staff. The policy directive is informational for all other staff.

#### POLICY

The United States Department of Agriculture (USDA) has released its cost of living adjustments for the Food Stamp Program effective October 1, 2004. These adjustments will affect the following standards:

- FS table amounts for the 130% Gross Income Test;
- Net Income Eligibility Levels;
- Zero Benefit Levels;
- Thrifty Food Plan;
- Excess Shelter Maximum and Standard Deduction amounts.

#### OVERVIEW OF CHANGES

The current standard deduction for a household (h/h) of one to four persons will remain the same (\$134), but has increased to \$153 for a h/h of five persons and to \$175 for a h/h of six or more persons.

The following chart represents the new deduction amounts that will be used in all budgets with an effective date of 10/A/04 or later.

Food Stamp Standard Deduction	<u>Household Size</u>	<u>Standard Deduction</u>
	1	\$134
	2	\$134
	3	\$134
	4	\$134
	5	\$153
	6+	\$175

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

Shelter Deductions/  
Exclusions

The changes in the deductions/exclusions are as follows:

- Maximum Excess Shelter Deduction will increase to \$388.
- Boarder/Lodger Exclusion will increase to \$141 for one person or \$259 for two persons.
- Personal Care Shelter Amount will be reduced by \$2.

Homeless Shelter  
Deduction as well as  
SUA and Child Care  
Standards are  
unchanged.

The Homeless Shelter Deduction remains at \$143.

Current FS amounts for Combined Heat/Utility/Phone SUA (\$546.00), Combined Utility/Phone (\$248.00), Phone (\$33.00), Homeless Shelter Deduction (\$143.00), and Day Care Deduction (\$200.00 less than two years of age, \$175.00 two years or older) will remain unchanged.

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

Forms

The forms listed below have been revised to reflect the FS changes, and to accommodate the new format specifications required for all forms subject to language translation.

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

System Changes

The WMS budgeting system has been programmed to reflect the new FS changes effective September 18, 2004. Most cases were rebudgeted centrally through mass rebudgeting on the weekend of September 18, 2004. Cases that are rebudgeted will have a 10/A/04 budget effective date.

Mass rebudgeting of  
active cases to reflect  
changes


As part of the mass rebudgeting process, all stored budgets that are affected by these changes will also be rebudgeted effective 10/A/04.

Cases not included in  
mass rebudgeting

Cases that require bottom line budgeting and cases that have errors which prevent the calculation and/or processing of a new budget cannot be part of the mass rebudgeting.

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

**REQUIRED  
ACTION**

Resolving list of cases that were not mass rebudgeted	<p><u>Participants</u></p> <p>When the list of cases that require rebudgeting to reflect the new Food Stamp standards are received at the Job Center/NPA Food Stamp Center, the Center Director or Designee must ensure that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• any outstanding actions that prevent the calculation and/or processing of a new budget are resolved immediately;</li> <li>• these cases are rebudgeted according to the new standard outlined in this directive; <u>and</u></li> <li>• supplemental benefits, if necessary, are issued retroactive to 10/A/04.</li> </ul>
Cases in AP or SI status	<p><u>Applicants</u></p> <p>When calculating a budget after September 18, 2004, the Worker must:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• calculate a scratchpad budget to determine the benefit amount for September 2004 or any prior months;</li> <li>• place a copy of the scratchpad budget in the case record; <u>and</u></li> <li>• calculate and save the regular budget for 10/A/04 to issue future benefits.</li> </ul>
Preparing manual budgets	<p>Workers are reminded to use the revised <b>W-122A</b>, <b>W-122AA</b>, <b>W-122D</b> and <b>W-122DD</b> when preparing manual FS and bottom line budgets. Copies of the revised forms are attached to this procedure.</p>
Paperless Office System (POS)	<p>Workers at POS Centers will:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enter a case comment for all actions performed on a case: Click on the Case Comments icon  or press &lt;ALT&gt;M on the keyboard.</li> <li>• scan all non-POS-generated forms and notices that are signed by the individual into the electronic case record, except Domestic Violence-related documents.</li> </ul> <p><b>Note:</b> In the POS EFS activity, the <b>Grant Data Entry</b> window will be updated to reflect the revised FS Coupon amounts effective October 2004.</p>

**PROGRAM  
IMPLICATIONS**

Public Assistance  
Implications

There are no public assistance implications associated with the October 2004 FS changes.

Medicaid  
Implications

There are no Medicaid implications associated with the October 2004 FS changes.

---

**LIMITED ENGLISH  
SPEAKING  
ABILITY (LESA)  
IMPLICATIONS**

For Limited English Speaking Ability (LESA) applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with Policy Directive #02-43-OPE.

---

**FAIR HEARING  
IMPLICATIONS**

Applicants/participants are entitled to request a Fair Hearing if they feel that their Food Stamp case has been closed or their benefits reduced inappropriately.

Conferences at  
Job Centers

If the applicant/participant comes to the Job Center to request a conference, the Receptionist must alert the Fair Hearing and Conference (FH&C) Unit that the applicant/participant needs to be seen by a FH&C Supervisor I/AJOS I. If the applicant/participant calls the Job Opportunity Specialist (JOS)/Worker directly, the JOS/Worker must tell the applicant/participant to call the FH&C Unit.

The FH&C Supervisor I/AJOS I will listen to and evaluate the applicant/participant's complaint. After reviewing the case record and discussing the issue with the Worker and/or Group Supervisor, the FH&C Supervisor I/AJOS I will make a determination as to whether the Agency's action is correct and explain to the applicant/participant why the action was taken. The applicant/participant can still elect to request a Fair Hearing on the issue if s/he does not accept the explanation for the Agency's action.

Conferences at  
Food Stamp Centers

If an applicant/participant comes to the Food Stamp Center and requests a conference, the Receptionist must alert the Center Director's Designee that the applicant/participant is to be seen. If the applicant/participant contacts the Worker directly, advise the applicant/participant to call the Center Director's Designee.

The Center Director's Designee will listen to and evaluate the applicant/participant's complaint regarding the Food Stamp case.


After reviewing the documentation and case record, and discussing the issue with the Group Supervisor/Eligibility Specialist, the Center Director's Designee will attempt to resolve the issue through an explanation of the October 2004 Food Stamp changes. The Center Director's Designee is responsible for ensuring that further appeal by the applicant/participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases.

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

**REFERENCES**

ABEL Transmittal PA-2004-4 and Transmittal PA-2004-5

**ATTACHMENTS**

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

OTDA Notice of Intent to Change Food Stamps (October '04/NYC)

**W-122A** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA)  
(Rev. 10/1/04)

**W-122A (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (NPA)  
(Spanish) (Rev. 10/1/04)

**W-122AA** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA  
(SSI/Aged/Disabled) (Rev. 10/1/04)

**W-122AA(S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA  
(SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (10/1/04)

**W-122D** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA)  
(Rev. 10/1/04)

**W-122D (S)** Monthly Food Stamp Budget Worksheet (PA)  
(Spanish) (Rev. 10/1/04)

**W-122DD** Food Stamp Budget Worksheet  
(PA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 10/1/04)

**W-122DD(S)** Food Stamp Budget Worksheet  
(PA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (10/1/04)



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

Effective October 1, 2004  
130% Gross Income Limitation Worksheet

Complete Part 1 before Part 2. If box 9(a) is checked (ineligible), case is ineligible. Do not complete Part 2. If box 9(b) is checked (eligible), complete Part 2.

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

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

1. Monthly Gross Earned Income		
2. Net Monthly Income from Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 + 2		
4. Monthly Gross Unearned Income		
a) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
b) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
c) Monthly Gross Unearned Income – Source:		
5. Add lines 3, 4a, 4b, 4c		
6. Monthly Legally Obligated Child Support Payment		
7. Subtract line 6 from 5		

**B. 130% Gross Income Test**

8. Enter maximum gross income amount for household size from table.	
9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8.	
(a) If amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp Benefits. Check ineligible. Do not complete Part 2.	<input type="checkbox"/> <b>Ineligible</b>
(b) If amount entered on line 7 is less than the amount entered on line 8, household meets 130% Gross Income Limitation. Check eligible box. Complete Part 2 on pages 2–3.	<input type="checkbox"/> <b>Eligible</b>

Household Size	Monthly Gross Income
01	\$1,009.00
02	\$1,354.00
03	\$1,698.00
04	\$2,043.00
05	\$2,387.00
06	\$2,732.00
07	\$3,076.00
08	\$3,421.00
Each additional member	\$345.00

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

Effective October 1, 2004

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)		
7. Subtract line 6 from 5	<b>A.</b>	

**B. Deductions**

8. 20% of line 3		
9. Standard Deduction – Monthly: Select one below.		
a) 1–4-person household           \$134.00		
b) 5-person household           \$153.00		
c) 6+-person household       \$175.00		
10. Monthly Dependent Care Costs (maximum \$200 per child/dependent under 2 years old or \$175 per child/dependent over 2 years old)		
11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143.00) or actual expense, whichever is greater		
12. Add lines 8, 9, 10, 11	<b>B.</b>	

**C. Adjusted Income**

13. Subtract B from A		<b>C.</b>
-----------------------	--	-----------

**D. Shelter Costs**

14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household		
15. Other Monthly Expense (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
16. Monthly Utility Allowance		
a. Enter zero (0) for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the standard combined heat, utility, and phone allowance of \$546. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, and 39. Shelter codes 02, 06 and those listed in 16a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter the standard combined utility and phone standard of \$248. All shelter codes except 02, 06 and those listed in 16a above 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): Enter \$33.00.		
17. Add lines 14, 15, 16b or 16c or 16d	<b>D.</b>	

**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.		
21. Maximum Shelter Deduction Allowed	\$ 388	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 23	F.	
26. Coupon Allotment: Refer to tables on Forms W-129F/W-129FF	G.	
27. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero.		
28. Coupon Allotment After Recoupment: Subtract line 27 from line 26	H.	

\_\_\_\_\_  
 Worker Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

**SAMPLE**





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

Vigente el 1ro de octubre, 2004  
Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

Llene la Parte 1 antes que la Parte 2. Si la casilla 9(a) es marcada (inelegible), el caso es inelegible. No llene la Parte 2. Si la casilla 9(b) es marcada (elegible), llene la Parte 2.

Nombre del Caso		Número del Caso	Núm. Centro Cupones de Alimentos F-
(A) Tamaño del Hogar	(B) Número Descalificado	(C) Número Elegible	

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

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial		
2. Ingreso Neto por Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume líneas 1 + 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, 4c		
6. Pago Mensual de Manutención de Niños Obligado Por la Ley		
7. Reste la línea 6 de la 5		

SAMPLE

**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. No llene la Parte 2.	<input type="checkbox"/>	<b>Inelegible</b>
(b) Si la cantidad anotada en la línea 7 es menos que la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple la limitación del 130% del Ingreso Bruto. Marque la casilla de elegible. Llene la Parte 2 en las páginas 2–3.	<input type="checkbox"/>	<b>Elegible</b>

Tabla del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Mensual
01	\$ 1,009.00
02	\$ 1,354.00
03	\$ 1,698.00
04	\$ 2,043.00
05	\$ 2,387.00
06	\$ 2,732.00
07	\$ 3,076.00
08	\$ 3,421.00
Cada miembro adicional	\$ 345.00

## Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos (NPA) – Part 2

Vigente el 1ro de octubre, 2004

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 Cupones para Alimentos F-
-----------------	-----------------	---------------------------------------

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

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial		
2. Ingreso Neto por Inquilino/Huésped o Inquilino		
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)		
7. Reste la línea 6 de la 5	<b>A.</b>	

**B. Deducciones**

8. 20% de la línea 3		
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione uno de abajo.		
a) hogar de 1–4 personas                   \$ 134.00		
b) hogar de 5 personas                    \$ 153.00		
c) hogar de más de 6 personas         \$ 175.00		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Dependientes (máximo de \$200 por niño/dependiente menor de 2 años o \$175 por niño/dependiente mayor de 2 años de edad)		
11. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143.00) o gasto actual, el que sea mayor		
12. Sume las líneas 8, 9, 10, 11	<b>B.</b>	

**C. Ingreso Ajustado**

13. Reste B de A		<b>C.</b>
------------------	--	-----------

**D. Gastos de Albergue**

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 para códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. Para gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$546.00 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. Códigos de albergue 02, 06 y los códigos enumerados en 16a arriba no son elegibles para esta asignación si se provee documentación de gastos de servicios públicos.		
c. Solamente para gastos de servicios de electricidad y gas (sin gastos de alquiler ni calefacción o aire acondicionado): Anote la cantidad fija de \$248.00 conjunta para servicios de electricidad, gas y teléfono. Todos los códigos de refugio excepto 02, 06 y los códigos enumerados en 16a arriba pueden recibir esta asignación si provee documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.		
d. Solamente para gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de Servicios de Electricidad y Gas): Anote \$33.00.		
17. Sume las líneas 14, 15, 16b o 16c o 16d	<b>D.</b>	

**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.		
21. Dedución Máxima Permitida para Albergue	\$388	00
22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos	E.	

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

23. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad en la línea 13		
24. Anote E (Deducción en Exceso para Albergue): Anote la cantidad en la línea 22		
25. Ingreso Neto Mensual de Cupones para Alimentos: Reste la línea 24 de la línea 23	F.	
26. Porción de Cupones: Remítase a las tablas en los Formularios W-129F/W-129FF	G.	
27. Cantidad de Recuperación: Anote la cantidad de recuperación. Anote cero si no hay recuperación.		
28. Porción de Cupones Después de la Recuperación: Reste la línea 27 de la línea 26	H.	

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Date

**SAMPLE**



## Monthly Food Stamp Budget Worksheet – NPA (SSI/Aged/Disabled)

Effective October 1, 2004

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):		
7. Subtract line 6 from 5	A.	

**B. Deductions**

8. 20% of line 3		
9. Standard Deduction – Monthly: Select one.		
a) 1–4-person household      \$134.00		
b) 5-person household        \$153.00		
c) 6+-person household      \$175.00		
10. Monthly Child/Dependent Care Costs (maximum \$200 per child/dependent under 2 years old or \$175 per child/dependent over 2 years old):		
11. Monthly Medical Expenses: Subtract \$35.00 from gross expense amount and enter the balance. If less than zero, enter "0."		
12. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143.00) or actual expense, whichever is greater.		
13. Add lines 8, 9, 10, 11, 12	B.	

**C. Adjusted Income**

14. Subtract B from A (line 13 from 7)	C.	
--	----	--

**D. Shelter Costs**

<b>15. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household</b>		
<b>16. Other Monthly Expenses</b> (real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.):		
<b>17. Monthly Utility Allowance</b>		
a. <b>Enter zero for shelter codes:</b> 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. <b>With rent or heating or air conditioning expense:</b> Enter the standard combined heat, utility, and phone allowance of \$546. No documentation is required for shelter codes <b>01, 03, 20, 25, 26,</b> and <b>39</b> . Shelter codes <b>02, 06</b> and those listed in <b>17a</b> above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. <b>With utility expense only (no rent or heating or air conditioning expense):</b> Enter the combined utility and phone standard of \$248. All shelter codes except codes <b>02, 06</b> and those listed in <b>17a</b> above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
d. <b>With telephone expense only</b> (for households not eligible for heat/air conditioning or Utility SUA): Enter \$33.00.		
<b>18. Add lines 15, 16, 17b or 17c or 17d</b>	<b>D.</b>	

**E. Excess Shelter Deductions**

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

**F. Monthly Food Stamp Net Income**

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

Signature of Worker

Date

Signature of Supervisor

Date



## Cálculo de Presupuesto Mensual de Cupones para Alimentos – NPA (SSI/Ancianos/Incapacitados)

Vigente el 1ro de octubre, 2004

Nombre del Caso		Número del Caso	A/C Número de Centro F-
(A) Tamaño del Hogar	(B) Número Descalificado	(C) Número Elegible	

**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):		
7. Reste la línea 6 de la línea 5	A.	

**B. Deducciones**

8. 20 % de la línea 3		
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione una opción.		
a) Hogar de 1–4 personas           \$134.00		
b) Hogar de 5 personas           \$153.00		
c) Hogar de 6+ personas         \$175.00		
10. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes (máximo \$200 por niño/dependiente menor de 2 años o \$175 por niño/dependiente mayor de 2 años de edad):		
11. Gastos Médicos Mensuales: Deduzca \$35.00 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 Deducción Mensual (\$143.00) de Albergue para Desamparados o la cantidad que usted paga.		
13. Sume las líneas 8, 9, 10, 11, 12	B.	

**C. Ingreso Ajustado**

14. Reste B de la A (línea 13 de la 7)	C.	
--	----	--

**D. 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		
<p>a. Anote cero para los códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35</p> <p>b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado: Anote la asignación fija de \$546 conjunta para calefacción, servicios de electricidad, gas y teléfono. No se requiere documentación para los siguientes códigos de albergue: 01, 03, 20, 25, 26, 39. Casos con códigos de albergue 02, 06 y aquellos enumerados en la parte 17a de arriba solo pueden recibir la asignación si se proporciona la documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.</p> <p>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 \$248.00. Todos los códigos excepto los códigos 02, 06 y los códigos enumerados en la parte 17a de más arriba son elegibles para esta asignación si proveen documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.</p> <p>d. Solamente gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de Servicios de Electricidad y Gas): Anote \$33.00.</p>		
18. Sume las líneas 15, 16, 17b o 17c o 17d	D.	

**E. Deducciones en Exceso de Albergue**

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

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

22. Anote la C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad de la línea 14		
23. Anote la E (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	F.	
25. Porción de Cupones: Refiérase a las tablas de los Formularios W-129F/W-129FF	G.	
26. Cantidad de Recuperación: Anote la cantidad de recuperación. Anote un cero si no hay recuperación.		
27. Porción de Cupones Después de la Recuperación: Reste la línea 26 de la línea 25	H.	

Firma del Trabajador

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha



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

Effective October 1, 2004  
130% Gross Income Limitation Worksheet

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

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

Complete Part 1 before Part 2. If box 11(a) is checked (ineligible), case is ineligible. Do not complete Part 2. If box 11(b) is checked (eligible) complete Part 2. Enter semimonthly (S/M) amounts. Do not round down amounts.

**A. Income**

1. Semimonthly Gross Earned Income		
2. Net S/M Income From Boarder/Lodger or Lodger		
3. Add lines 1 and 2		
4. S/M PA 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 7		

SAMPLE

**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.  (a) If amount entered on line 9 is greater than amount on line 10, household does not meet 130% Gross Income Limitation and is ineligible for Food Stamp Benefits. Check ineligible box. Do not complete Part 2.  (b) If amount entered on line 10 is greater than amount entered on line 9, household meets 130% Gross Income Limitation. Check eligible box. Complete Part 2 on pages 3–5.	<input type="checkbox"/> <b>Ineligible</b>  <input type="checkbox"/> <b>Eligible</b>	



1. Household Composition

(A) Non-PA/Non-SSI 59 or Under	(B) Number on PA	(C) Total in Household	(D) Number Disqualified	(E) Number Eligible

130% Gross Income Table	
Household Size	Semimonthly Gross Income
01	\$ 504.50
02	\$ 677.00
03	\$ 849.00
04	\$ 1,021.50
05	\$ 1,193.50
06	\$ 1,366.00
07	\$ 1,538.00
08	\$ 1,710.50
Each additional member	\$ 172.50

SAMPLE

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

Effective October 1, 2004

Do not complete Part 2 until you have completed 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 PA 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 income from employment on this line.		
7. Add lines 3, 4, 5, and 6		
8. S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from 7	<b>A.</b>	

**B. Deductions**

10. 20% of Line 3		
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one below. a) 1–4 person household      \$67.00 b) 5-person household        \$76.50 c) 6+-person household      \$87.50		
12. S/M Child/Dependent Care Costs (may not exceed \$100 S/M per child/dependent under 2 years old or \$87.50 per child/dependent over 2 years old)		
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>B.</b>	

**C. Adjusted Income**

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

**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 for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the S/M standard combined heat, utility, and phone allowance of \$273. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39, and 41. Shelter codes 02, 06 and those listed in 18a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$124.00 or actual total of utility expenses and up to \$16.50 maximum telephone expense. Enter actual total or \$124.00, whichever is more. All shelter codes except codes 02, 06 and those listed in 18a above 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): Enter \$16.50.		
19. Add lines 16, 17, 18b or 18c or 18d <span style="float: right;">D.</span>		

**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.		
23. Maximum S/M Shelter Deduction Allowed	\$194	00
24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less. <span style="float: right;">E.</span>		

**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 25 <span style="float: right;">F.</span>		

**G. Monthly Food Stamp Net Income**

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

\_\_\_\_\_  
Signature of Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date

**SAMPLE**

**Cálculo de Presupuesto de Cupones de Alimentos Mensual (PA) – Parte 1**  
Vigente el 1ro de octubre, 2004  
Hoja de Cálculo del Límite del 130% del Ingreso Bruto

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

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

Llene la Parte 1 antes de la Parte 2. Si la casilla 11(a) se marca como (inelegible), el caso es inelegible. No llene la Parte 2. Si la casilla 11(b) se marca como (elegible), llene la Parte 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. <b>Concesión Quincenal de Asistencia Pública</b> (para casos de albergue de Hotel/Emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (no anote el ingreso de empleo en esta línea)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la 7		

**B. Prueba de Ingreso del 130%**

10. Anote la cantidad máxima del ingreso bruto por el tamaño de la familia basado en la tabla de la página 2.	
11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad en la línea 10.  (a) Si la cantidad anotada en la línea 9 es mayor que la cantidad en la línea 10, la familia no reúne la Limitación del Ingreso Bruto del 130% y no es elegible para Beneficios de Cupones para Alimentos. Marque la casilla de inelegible. No llene la Parte 2.  (b) Si la cantidad anotada en la línea 10 es mayor que la cantidad anotada en la línea 9, la familia reúne la Limitación de Ingreso Bruto del 130%. Marque la casilla de elegible. Llene la Parte 2 en las páginas 3–5.	<input type="checkbox"/> <b>Inelegible</b>  <input type="checkbox"/> <b>Elegible</b>

1. Miembros en el Hogar:

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

Índice del 130% del Ingreso Bruto	
Tamaño de la Familia	Ingreso Bruto Quincenal
01	\$ 504.50
02	\$ 677.00
03	\$ 849.00
04	\$ 1,021.50
05	\$ 1,193.50
06	\$ 1,366.00
07	\$ 1,538.00
08	\$ 1,710.50
Cada miembro adicional	\$ 172.50

SAMPLE

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

Vigente el 1ro de octubre del 2004

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 Pública (para casos de albergue de Hotel/Emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial: No anote el ingreso de empleo en esta línea.		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la 7	A.	

### B. Deduciones

10. 20% de la línea 3		
11. Deducción Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) hogar de 1 a 4 personas \$67.00 b) hogar de 5 personas \$76.50 c) hogar de más de 6 o más personas \$87.50		
12. Costos de Cuidado para Niños/Dependientes (no puede exceder de \$100 quincenales por niño/dependiente menor de 2 años o \$87.50 por niño/dependiente mayor de 2 años)		
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. Dedución 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 9)	C.	
-------------------------------------	----	--

**D. Costos de Albergue**

16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (para casos de Hotel/Refugio 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)		
18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos		
a. Anote cero para los códigos de albergue: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
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 \$273.00. No es necesaria documentación para los códigos de albergue: <b>01, 03, 20, 25, 26, 39</b> y <b>41</b> . Los códigos de albergue <b>02, 06</b> y los códigos enumerados en la parte 18a de arriba pueden recibir esta asignación solo si se proporciona documentación de gastos de servicios públicos.		
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 \$124.00 o la suma real de gastos de servicios públicos y un máximo de hasta \$16.50 en gastos de teléfono. Todos los códigos de albergue excepto <b>02, 06</b> y aquellos enumerados en la parte 18a de arriba, 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): Anote \$16.50.		
19. Sume 16, 17, 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 20. Si la cantidad de la línea 20 es menos que la de la 21, anote cero.		
23. Deducción Máxima Quincenal de Albergue Permitida	\$194	00
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

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

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



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

<b>28. Multiplique la cantidad de la línea 27 x 2</b>	<b>G.</b>		
<b>29. Porción de Cupones:</b> Vea las tablas del Formulario W-129F/W-129FF y utilice el ingreso de la línea 28 y el número de miembros del hogar de la Parte 1 casilla 1 (E).	<b>H.</b>		<b>00</b>
<b>30. Cantidad Recuperada:</b> Marque la cantidad recuperada. De no haberla, marque cero.			<b>00</b>
<b>31. Porción de Cupones después de la Recuperación:</b> Reste la línea 30 de la 29.	<b>I.</b>		<b>00</b>

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SAMPLE**

## Food Stamp Budget Worksheet (PA – SSI/Aged/Disabled)

Effective October 1, 2004

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

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

**1. Household Composition:**

(A) Non-PA Non-SSI Vet./SS	(B) Non-PA Non-SSI 59 or Under	(C) Non-PA Non-SSI 60 or Older	(D) Number on SSI	(E) Number on PA	(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 PA 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 income from employment on this line.		
7. Add lines 3, 4, 5, and 6		
8. Income Exclusion: S/M Legally Obligated Child Support Payment		
9. Subtract line 8 from line 7	A.	

**B. Deductions**

10. 20% of line 3		
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one.		
a) 1–4-person household	\$ 67.00	
b) 5-person household	\$ 76.50	
c) 6+-person household	\$ 87.50	

12. S/M Child/Dependent Care Costs: May not exceed \$100 S/M per child/dependent under 2 years old or \$87.50 per child/dependent over 2 years old.		
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, 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	<b>B.</b>	

**C. Adjusted Income**

16. Subtract B from A (line 15 from line 9; if less than zero enter "000")	<b>C.</b>	
--	-----------	--

**D. 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 for shelter codes: 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35		
b. With rent or heating or air conditioning expense: Enter the semimonthly standard combined heat, utility, and phone allowance of \$273. No documentation is required for shelter codes 01, 03, 20, 25, 26, 39, and 41. Shelter codes 02, 06 and those listed in 19a above may receive this allowance if documentation of utility expense is provided.		
c. With utility expenses only (no rent or heating or air conditioning expense): Enter combined utility and phone standard of \$124.00. All shelter codes except codes 02, 06, and those listed in 19a above 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): Enter \$16.50.		
20. Add lines 17, 18, 19b or 19c or 19d	<b>D.</b>	

**E. Excess Shelter Deductions**

21. Enter D (Shelter Costs): Amount from line 20		
22. Enter 1/2 of C (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.	<b>E.</b>	

**F. Semimonthly Food Stamp Net Income**

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

**G. Monthly Food Stamp Net Income**

27. Multiply amount on line 26 x 2	G.	
28. Coupon Allotment: Refer to Tables on Forms W-129F/W-129FF using income from line 27 and H/H size from box 1(H).	H.	00
29. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount. If none, enter zero.		00
30. Coupon Allotment After Recoupment: Subtract line 29 from line 28	I.	00

SAMPLE

## Cálculo de Presupuesto de Cupones para Alimentos (PA – SSI/Ancianos/Incapacitados) Vigente el 1ro de octubre, 2004

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

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 AP Sin SSI Vet./SS	(B) Sin AP Sin SSI 59 Años de Edad o Menos	(C) Sin AP Sin SSI 60 Años de Edad o Mayor	(D) Número de Personas en SSI	(E) Número de Personas en AP	(F) Número de Personas en el Hogar	(G) Número de Personas Descalificadas	(H) Número de Personas con Derecho

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. <b>Sume las líneas 1 + 2</b>		
4. <b>Concesión Quincenal de AP:</b> Para casos de Hotel/Albergue de Emergencia, incluya la asignación máxima de refugio para el tamaño de su familia en vez del alquiler que usted paga.		
5. <b>Pago Directo Quincenal de Alquiler</b>		
6. <b>Ingreso Bruto Salarial Quincenal:</b> No anote ingreso de empleo aquí		
7. <b>Sume las líneas 3, 4, 5, y 6</b>		
8. <b>Exclusión de Ingreso: Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley</b>		
9. <b>Reste la línea 8 de la línea 7</b>	<b>A.</b>	

**B. Deduciones**

10. <b>20% de la línea 3</b>		
11. <b>Deducción Quincenal – Fija:</b> Elija una de las opciones. a) hogar de 1–4 personas      \$ 67.00 b) hogar de 5 personas        \$ 76.50 c) hogar de 6+ personas       \$ 87.50		

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

**C. Ingreso Ajustado**

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

**D. Gastos de Albergue**

17. <b>Alquiler Real o Hipoteca Quincenales Facturados a la Familia:</b> Para casos de Albergue de Hotel/Emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.		
18. <b>Otros Gastos Quincenales de Albergue:</b> Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios de electricidad y gas, etc.		
19. <b>Asignación Quincenal para Servicios de Electricidad y Gas:</b> Escoja la asignación correcta para servicios de electricidad y gas (a, b, c o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.		
<p><b>a. Anote cero para los códigos de albergue:</b> 13, 14, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35</p>		
<p><b>b. Con gastos de alquiler o calefacción o aire acondicionado:</b> Anote la asignación quincenal normal de la combinación de calefacción, servicios de electricidad y gas y teléfono de \$273. No se requiere documentación para los códigos de refugio: 01, 03, 20, 25, 26, 39 y 41. Los códigos de albergue 02, 06 y aquellos enumerados en 19a más arriba, tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.</p>		
<p><b>c. Con gastos de servicios de electricidad y gas solamente:</b> (sin gastos de alquiler, calefacción o aire acondicionado) Anote la deducción normal de la combinación de servicios de electricidad y gas y teléfono de \$124.00. Todos los códigos de albergues, salvo 02, 06 y aquellos enumerados en 19a más arriba, tienen derecho a esta asignación si se proporciona documentación de gastos de servicios de electricidad y gas.</p>		
<p><b>d. Con gastos de teléfono solamente</b> (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de Servicios de Electricidad y Gas): Anote \$16.50.</p>		
20. <b>Sume las líneas 17, 18, 19b o 19c o 19d.</b>	<b>D.</b>	

**E. Deducciones de Albergue en Exceso**

21. <b>Anote D (Costos de Alojamiento):</b> Cantidad de la línea 20		
22. <b>Anote la mitad de C (Ingreso Ajustado):</b> La mitad de la cantidad de la línea 17		
23. <b>Gastos de Albergue en Exceso:</b> Reste la línea 22 de la línea 21. Si la cantidad de la línea 21 es menor que la de la línea 22, anote cero.	<b>E.</b>	

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

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

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

27. <b>Multiplique la Cantidad de la línea 26 x 2</b>	G.	
28. <b>Porción de Cupones:</b> Remítase a las Tablas de los Formularios W-129F/W-129FF, y use el ingreso de de línea 27 y el número de personas del domicilio del encasillado 1(H).	H.	00
29. <b>Cantidad de Recuperación:</b> Anote la cantidad de recuperación. De no haberla, anote cero.		00
30. <b>Porción de Cupones después de la Recuperación:</b> Reste la línea 29 de la línea 28	I.	00

SAMPLE