



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY DIRECTIVE #14-23-ELI

(This Policy Directive Replaces PD #13-21-ELI and PB #13-89-ELI)

OCTOBER 2014 CHANGES IN SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) STANDARDS

Date: September 29, 2014	Subtopic(s): Supplemental Nutrition Assistance Program
AUDIENCE	The instructions in this policy directive are for all Job Center and Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Center staff.
POLICY	<p>The United States Department of Agriculture (USDA) and the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) have released their cost-of-living adjustments for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), which will become effective October 1, 2014. The adjustments will affect the following items:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standard deductions; • Maximum excess shelter deduction; • Income limits for the 130% Gross Income Test, 165% Gross Income Test, 200% Gross Income Test, and the 100% Net Income Test; • Standard Utility Allowance (SUA) amounts; and • Thrifty Food Plan (TFP) SNAP benefit amounts
CHANGES IN SNAP STANDARDS	<p>The standard deduction will increase from \$152 to \$155 for one- to three-person households, from \$163 to \$165 for four person households, from \$191 to \$193 for five person households, and from \$219 to \$221 for households of six or more persons.</p> <p>The maximum excess shelter deduction which applies to SNAP households that do not contain an elderly (60 years of age or older) or disabled individual will increase from \$478 to \$490.</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

The SUA Level 1 will increase from \$753 to \$785 and the SUA Level 2 will increase from \$298 to \$311. The SUA Level 3 will remain unchanged at \$33.

SNAP STANDARDS

The following chart represents the standard deduction amounts that will be used in all budgets with an effective date of 10/A/14 or later:

Standard deduction amounts

<u>Household Size</u>	<u>Standard Deduction</u>
1	\$155
2	\$155
3	\$155
4	\$165
5	\$193
6+	\$221

Shelter deductions and exclusions

The shelter deductions/exclusions are as follows:

- The maximum excess shelter deduction will increase to \$490.
- The homeless shelter deduction will remain at \$143.
- The boarder/lodger exclusion will increase to \$194 for one person and \$357 for two people.

The SUA amounts are as follows:

SUA levels

- SUA Level 1 = \$785
- SUA Level 2 = \$311
- SUA Level 3 = \$33

SNAP households that do not contain an elderly or disabled individual and do not incur out-of-pocket dependent care expenses are subject to the 130% gross income test. The new 130% gross income levels are as follows:

130% Gross Income Limits Beginning October 2014

130% Gross Income Levels

<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
1	\$1,265
2	\$1,705
3	\$2,144
4	\$2,584
5	\$3,024
6	\$3,464
7	\$3,904
8	\$4,344
Each additional member	+\$440

An elderly individual (and his/her spouse) who is living with others and who is unable to purchase and prepare meals because of 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 individual and his/her spouse) does not exceed the 165% gross income limit for the household size of the others. The new 165% gross income levels are as follows:

165% Gross Income Limits Beginning October 2014

165% Gross Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$1,605
	2	\$2,163
	3	\$2,722
	4	\$3,280
	5	\$3,838
	6	\$4,396
	7	\$4,955
	8	\$5,513
	Each additional member	+\$559

See [PB #13-94-ELI](#) for information on SNAP categorical eligibility.

SNAP 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. The new 200% gross income levels are as follows:

200% Gross Income Limits Beginning October 2014

200% Gross Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$1,945
	2	\$2,622
	3	\$3,298
	4	\$3,975
	5	\$4,652
	6	\$5,328
	7	\$6,005
	8	\$6,682
	Each additional member	+\$677

Households that are not categorically eligible to receive SNAP benefits are subject to the 100% net income test. The new 100% net income levels are as follows:

100% Income Limits Beginning October 2014

100% Net Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$ 973
	2	\$1,311
	3	\$1,650
	4	\$1,988
	5	\$2,326
	6	\$2,665
	7	\$3,003
	8	\$3,341
	Each additional member	+\$339

The maximum SNAP benefit amounts will increase effective October 1, 2014. The new amounts are as follows:

Thrifty Food Plan (TFP)

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
Maximum SNAP Benefit	\$194	\$357	\$511	\$649	\$771	\$925	\$1,022	\$1,169

The maximum SNAP allowance figures above are for households of up to eight individuals. Add \$146 to the maximum SNAP benefit for each additional person.

The minimum SNAP allotment for eligible one- and two-person households will increase from \$15 to \$16.

The changes in the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP) standardized benefit levels will be announced in a separate procedure.

Updated forms

The forms listed below have been revised to reflect the SNAP changes:

- 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**)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (**W-138Q**)

See [PB #14-68-ELI](#) for the SUA eligibility changes.

In addition, the instructions on the lines regarding SUA level eligibility on forms **W-122A**, **W-122AA**, **W-122D**, and **W-122DD** were changed to reflect the changes in the eligibility to receive a Level I SUA.

State Notices

The State mailed a Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2014/NYC (see **Attachment A**) only to NYSNIP households that incurred a decrease in their SNAP benefits because they are no longer eligible to have the heating/cooling SUA automatically included in their SNAP benefit calculation.

All other households will not be sent a notice of the annual changes in SNAP standards. The information regarding the October 2014 mass changes in SNAP standards will be made available through a Public Notice Poster titled Notice to all SNAP Recipients (**LDSS-5006**). This poster must be displayed until November 30, 2014 in English and Spanish in reception and lobby areas where SNAP applications are accepted.

System changes

The Welfare Management System (WMS) has been programmed to reflect the SNAP changes. Most cases were rebudgeted centrally through a mass rebudget on September 21, 2014. Cases that were rebudgeted have a 10/A/14 budget effective date and can be identified by the unique authorization number **44446010**. As part of the mass rebudgeting process, all stored budgets that are affected by these changes were also re-budgeted effective 10/A/14.

A list of the cases that were not included in the mass rebudgeting will be forwarded to the Regional Managers. Regional Managers will forward the list to the appropriate locations for rebudgeting.

REQUIRED ACTION

Resolving list of cases that were not mass rebudgeted

Participants

When the list of cases that require manual rebudgeting to reflect the October 2014 changes is received at the Job Center/NCA SNAP Center, the Job Center/SNAP Center Director/designee must ensure that:

- any outstanding actions that prevent the calculation and/or processing of a new budget are resolved immediately, and
- supplemental benefits, if necessary, are issued retroactive to 10/A/14.

Applicants

When calculating a budget after September 21, 2014, the Worker must:

- calculate a scratchpad budget in WMS to determine the SNAP benefit amount for September 2014 or any prior months,
- place a copy of the scratchpad budget in the case record, and
- calculate and save the regular budget for 10/A/14 to issue future benefits.

Preparing manual budgets

Workers are reminded to use the revised **W-122A**, **W-122AA**, **W-122D**, and **W-122DD** when preparing manual SNAP budgets and bottom-line budgets.

Note: The household must contain at least one SSI/Aged/Disabled household member to use Forms **W-122AA** and **W-122DD**.

To manually determine a household's monthly SNAP allotment:

- calculate the household's net monthly income using Form **W-122A**, **W-122AA**, **W-122D**, or **W-122DD** as appropriate.
- find the monthly SNAP allotment by referencing the appropriate **W-129F** or **W-129FF** table to locate the appropriate income in the "Monthly Net Income" column and reading across to the appropriate household size.

If the computation results in \$1, \$3, or \$5, round up the amount to \$2, \$4, or \$6, respectively. Do not round up computations over \$5.

PROGRAM IMPLICATIONS

Paperless Office System (POS) Implications POS has been updated to reflect the October 2014 SNAP changes.

Cash Assistance Implications There are no Cash Assistance (CA) implications associated with the October 2014 SNAP changes.

Medicaid Implications There are no Medicaid implications associated with the October 2014 SNAP changes.

LIMITED ENGLISH PROFICIENT AND HEARING IMPAIRED IMPLICATIONS

For Limited English Proficient (LEP) and hearing-impaired applicants/participants, make sure to obtain appropriate interpreter services in accordance with [PD #11-33-OPE](#) and [PD #14-18-OPE](#).

FAIR HEARING IMPLICATIONS

Avoidance/Resolution Ensure that all case actions are processed in accordance with current procedures and that electronic case files are kept up-to-date. Remember that participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Conferences at Job Centers A participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If a participant comes to the Job Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the participant is waiting to be seen. In Model Centers, the Receptionist at Main Reception will issue an FH&C ticket to the participant to route him/her to the FH&C Unit and does not need to verbally alert the FH&C Unit staff.

The FH&C AJOS/Supervisor I will listen to and evaluate any material presented by the participant, review the case file, and explain the reason for the Agency's action(s) to the participant.

After reviewing the documentation and case record and discussing the issue with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker's Supervisor, the FH&C AJOS/Supervisor I will attempt to resolve the issue through an explanation of the October 2014 SNAP changes.

The FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal by the participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Conferences at SNAP Centers

If a participant comes to the SNAP Center requesting a conference, the Receptionist must alert the SNAP Center Director's Designee that the participant is to be seen. If the participant contacts the Worker directly, advise the participant to call the Designee. The Designee will listen to and evaluate the participant's complaint regarding the SNAP case.

After reviewing the document and case record and discussing the issue with the Group Supervisor/Eligibility Specialist, the SNAP Center Director's Designee will attempt to resolve the issue through an explanation of the October 2014 SNAP changes. The Designee is responsible for ensuring that further appeal by the participant through a Fair Hearing request is properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets

For Fair Hearing purposes, all evidence packets must include a copy of the Notice to all SNAP Recipients (**LDSS-5006**) regarding the annual cost of living adjustments. A copy of the Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2014/NYC, must be included for NYSNIP households that incur a decrease in their SNAP benefits.


REFERENCES

18 NYCRR 387.10, 387.12, and 387.15
 GIS 14 TA/DC033
 ABEL Transmittal 14-3

RELATED ITEMS

- [PB #13-94-ELI](#) Supplemental Nutrition Assistance Program Categorical Eligibility
- [PB #14-68-ELI](#) Standard Utility Allowance (SUA) Eligibility Changes
- [PB #14-103-OPE](#) Revisions to the Guide to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budgeting (W-204G)
- [PB #14-104-ELI](#) Revision to Forms W-129F and W-129FF

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachment A	Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2014/NYC
W-122A	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Rev. 9/29/14)
W-122A (S)	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 9/29/14)
W-122AA	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 9/29/14)
W-122AA (S)	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 9/29/14)
W-122D	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Rev. 9/29/14)
W-122D (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Spanish) (Rev. 9/29/14)
W-122DD	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 9/29/14)
W-122DD (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 9/29/14)
W-138Q	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Rev. 9/29/14)
W-138Q (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Spanish) (Rev. 9/29/14)
LDSS-5006	Notice to all SNAP Recipients (8/14)
LDSS-5006 SP	Notice to all SNAP Recipients (Spanish) (8/14)

CENTER F-15
233 SCHERMERHORN ST., 2ND FLOOR
BROOKLYN, NEW YORK 11201

New York State
Office of Temporary
and Disability Assistance



**MASS NOTICE OF INTENT TO CHANGE SNAP
OCTOBER 2014/NYC**

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

General Telephone No. for
Questions or Help: 718-722-4009

Dear SNAP Recipient:

You are receiving this notice because you receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits as a participant in the New York State Nutrition Improvement Project (NYSNIP), **and**

- you either do not incur a separate bill or charge for heating or air conditioning costs, **and** you have not received Home Energy Assistance Program (HEAP) benefits of more than \$20 during the month this letter is dated or during the immediately preceding twelve (12) months, **or**
- you have not provided any information to your local social services district about your shelter costs or utility costs since your current SNAP case opened.

If you do not incur a separate bill or charge for heating or air conditioning costs, **and** you have not received a HEAP benefit of more than \$20 during the month this letter is dated or during the immediately preceding twelve (12) months, then **due to a change in federal law** (Section 4006 of the Agricultural Act of 2014), you are no longer eligible to have the Heating/Air Conditioning Standard Utility Allowance (HCSUA) used in your SNAP benefit calculation. As a result, **beginning October 1, 2014, your SNAP benefits will decrease.**

If your monthly shelter costs (rent, mortgage, etc.) are **more than \$242**, your only income is SSI, and your monthly SNAP benefit was \$189, then **beginning October 1, 2014 your monthly SNAP benefit will be \$31.**

If your monthly shelter costs (rent, mortgage, etc.) are more than \$242, you receive other income (such as Social Security Disability income or have earnings) in addition to SSI, and your monthly SNAP benefit was \$189, then **beginning October 1, 2014 your monthly SNAP benefit will be \$22.**

If your monthly shelter costs are **\$242 or less**, beginning October 1, 2014, your monthly SNAP benefit will be \$16.

Also, if you are a SNAP recipient participating in NYSNIP and you have not provided any information to your local social services district about your shelter costs or utility costs since your current SNAP case opened, then beginning October 1, 2014, your monthly SNAP benefit will be \$16.

If you do incur a separate bill or charge for heating costs, air conditioning costs, electricity, cooking gas or other utility cost from a utility or from your landlord, or if you or someone you live with has received a HEAP payment of more than \$20 during the month this letter is dated or during the immediately preceding twelve (12) months, you might be eligible to have the Heating/Air Conditioning SUA or Utility SUA used in your SNAP benefit calculation and may be eligible for more SNAP benefits. If so, please contact the New York City Human Resources Administration office at the number on this letter.

If you think we made a mistake in figuring your October SNAP benefits due to the above noted changes, you may ask for a state fair hearing, *within 90 days of when your October 2014 SNAP benefits become available*. You can ask for a fair hearing by writing to: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany New York 12201; Faxing (518) 473-6735; on-line by requesting a form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; or by calling toll free: 1-800-342-3334.

LEGAL ASSISTANCE: If you think that you need a lawyer to assist you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group.

**PREAVISO GENERAL SOBRE CAMBIOS EN SUBSIDIO SNAP
OCTUBRE 2014 / NYC**

Estimado(a) beneficiario(a) de SNAP:

Le enviamos este aviso porque usted recibe el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) como participante en el proyecto titulado Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York (NYSNIP), y usted, ya sea:

- No tiene facturas o cargos por separado de calefacción o aire acondicionado, y no ha recibido un Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) por un monto mayor de \$20 en el mes de la fecha de esta carta o en los últimos doce (12) meses, **o bien**;
- Usted no ha suministrado datos a la oficina local de servicios sociales del distrito pertinente gastos de alojamiento o servicios públicos desde que su caso actual de SNAP se abrió recientemente.

Si no tiene facturas o cargos por separado de calefacción o aire acondicionado, y no ha recibido un Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) por un monto mayor de \$20 en el mes de la fecha de esta carta o en los últimos doce (12) meses, a consecuencia de una **modificación** en la **reglamentación federal** (Sección 4006 de la Ley sobre Agricultura de 2014), usted ya no es apto(a) para que se tome en consideración el Subsidio Estándar de Servicios Públicos (HCSUA) en el cálculo de su subsidio SNAP. Como consecuencia, **a partir del 1º de octubre de 2014, su subsidio SNAP disminuirá.**

Si sus gastos mensuales por alojamiento (alquiler, hipoteca, etc.) sobrepasan los \$242, su único ingreso es SSI, y su subsidio mensual SNAP era de \$189; comenzando el 1º de octubre de 2014, su subsidio mensual SNAP será de \$31.

Si sus gastos mensuales por alojamiento (alquiler, hipoteca, etc.) sobrepasan los \$242, recibe otro ingreso (tal como Seguro Social por Incapacidad o percibe ingresos) además de SSI, y su subsidio mensual SNAP fue de \$189; comenzando el 1º de octubre de 2014, su subsidio mensual SNAP será de \$22.

Si sus gastos mensuales por alojamiento son de \$242 o menos, comenzando el 1º de octubre de 2014, su subsidio mensual SNAP será de \$16.

Además, si usted es un beneficiario de subsidio SNAP que participa en el programa NYSNIP, y no ha suministrado ningún dato a su departamento local de servicios sociales del distrito pertinente a los gastos de alojamiento o servicios públicos desde que su caso actual de SNAP se abrió recientemente; comenzando el 1º de octubre de 2014, su subsidio mensual SNAP será de \$16.

Si tiene una factura o cargos por separado de calefacción, aire acondicionado, electricidad, gas para cocinar u otro cobro por servicio público proveniente de una compañía de servicios públicos o arrendador; o si usted o una de las personas que viven con usted ha recibido un pago de subsidio HEAP por un monto mayor de \$20 en el mes de la fecha de esta carta o en los últimos doce (12) meses, se podrá utilizar la asignación SUA para calefacción / aire acondicionado o asignación SUA para servicios públicos, en el cálculo de su subsidio SNAP y podrá recibir un aumento de subsidio SNAP. De ser así, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*New York City Human Resources Administration*) al número indicado en esta carta.

Si cree que hemos cometido un error en el cálculo del monto del subsidio SNAP para el mes de octubre según los cambios antes mencionados, puede solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de *90 días contados a partir de la fecha en octubre cuando el subsidio SNAP es acreditado a su cuenta*. Puede solicitar una audiencia imparcial mandando una carta a: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany New York 12201*; por fax al: (518) 473-6735; o en línea solicitando un formulario en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; o llamando gratis al: 1-800-342-3334

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (*Legal Aid Society*) u otra asociación de defensa legal de su localidad.

Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) – Part 1

Effective October 1, 2014

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		

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

8. Enter maximum Gross income amount for household size from table.	
<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>	<input type="checkbox"/> Ineligible <input type="checkbox"/> Eligible

Monthly Gross Income		
Household Size	130% Gross Income Table	200% Gross Income Table
1	\$1,265	\$1,945
2	\$1,705	\$2,622
3	\$2,144	\$3,298
4	\$2,584	\$3,975
5	\$3,024	\$4,652
6	\$3,464	\$5,328
7	\$3,904	\$6,005
8	\$4,344	\$6,682
Each additional member	+ \$440	+ \$677

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

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

Effective October 1, 2014

Do not complete Part 2 until you have completed the 130% Gross Income Test (or 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs) on page 1.

Case Name	Case Number	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.	

B. Deductions

8. 20% of line 3	\$	
9. Standard Deduction – Monthly. Select one below.		
a) 1–3 person household \$155		
b) 4-person household \$165		
c) 5-person household \$193		
d) 6+ person household \$221		
10. Monthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense) If the household has out-of-pocket dependent care costs do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.		
11. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater		
12. Add lines 8, 9, 10, and 11	B.	

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

14. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household	\$	
15. Other Monthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
16. Monthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23		
b) With 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 \$785.		
c) With utility expense only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$311.		
d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$33.		
17. Add lines 14, 15, and 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	\$490	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 Deductions): Enter the amount on line 22		
25. Monthly SNAP Net Income: Subtract line 24 from line 23.	F.	

G. 100% Monthly Net Income Test

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

26. Enter Monthly net income amount for household size from table.	
27. Compare amount entered on line 25 with the amount entered on line 26.	
<p>a) If the amount entered on line 25 is greater than the amount on line 26, the household is ineligible for SNAP benefits. Check Ineligible.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Eligible</p>	

Household Size	100% Monthly Net Income
1	\$973
2	\$1,311
3	\$1,650
4	\$1,988
5	\$2,326
6	\$2,665
7	\$3,003
8	\$3,341
Each additional member	+ \$339

H. SNAP Benefit Calculation

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

Authorized by: _____

Date: _____

SAMPLE

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

A partir del 1 de octubre, 2014

Este formulario debe ser usado por los hogares que no constan de una persona anciana o incapacitada.

Nombre del Caso	Número del Caso	Núm. Centro de SNAP S-
(A) Número de Miembros del Hogar	(B) Número de Miembros Inelegibles	(C) Número de Miembros Elegibles

A. Ingreso (no redondee las cantidades)

1. Ingreso Mensual Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Neto por Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume líneas 1 y 2		
4. Ingreso Mensual Bruto No Salarial		
a) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
b) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
c) Ingreso Mensual Bruto No Salarial – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c		
6. Pago Mensual de Manutención de Niños Obligado Por la Ley a las persona(s) fuera del hogar de SNAP.		
7. Reste la línea 6 de la línea 5		

B. Prueba del Ingreso Bruto – Use la prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes. Use la Prueba del 130% del Ingreso Bruto para todos los otros hogares.

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 el límite correspondiente del Ingreso Bruto y no es elegible para beneficios de SNAP. Marque la casilla de Inelegible . Pare aquí.	<input type="checkbox"/> Inelegible	
b) Si el hogar <u>no</u> contiene miembros sancionados o descalificados de beneficios de SNAP debido a un IPV y la cantidad anotada en la línea 7 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple el límite correspondiente del Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de SNAP. Marque la casilla de Elegible . Llene la Parte 2, pero salte la Sección G.	<input type="checkbox"/> Elegible	
c) Si el hogar <u>contiene</u> a un miembro sancionado o descalificado de beneficios de SNAP debido a un IPV y la cantidad anotada en la línea 7 es menos o igual a la cantidad anotada en la línea 8, el hogar cumple el límite del 130% del Ingreso Bruto pero no es categóricamente elegible para SNAP. El hogar también está sujeto a la prueba de recursos para SNAP. Marque la casilla de Elegible . Llene toda la Parte 2.		

Ingreso Bruto Mensual		
Tamaño de la Familia	Tabla del 130% del Ingreso Bruto	Tabla del 200% del Ingreso Bruto
1	\$1,265	\$1,945
2	\$1,705	\$2,622
3	\$2,144	\$3,298
4	\$2,584	\$3,975
5	\$3,024	\$4,652
6	\$3,464	\$5,328
7	\$3,904	\$6,005
8	\$4,344	\$6,682
Cada miembro adicional	+ \$440	+ \$677

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

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

A partir del 1 de octubre, 2014

No llene la Parte 2 hasta que haya llenado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (o la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes) en la página 1.

Nombre del Caso	Número del Caso	Núm. de la Oficina de SNAP S-
-----------------	-----------------	----------------------------------

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

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

B. Deducciones

8. 20% de la línea 3	\$	
9. Deducción Fija – Mensual: Seleccione uno de abajo.		
a) Hogar de 1–3 personas \$155		
b) Hogar de 4 personas \$165		
c) Hogar de 5 personas \$193		
d) Hogar de 6 o más personas \$221		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Niños/Dependientes (utilice el gasto real) Si el hogar tiene gastos de menudeo cuidado de dependientes, no use la Tabla del 130% del Ingreso Bruto. Use la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.		
11. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o gasto real, el que sea mayor		
12. Sume las líneas 8, 9, 10, y 11	B.	

C. Ingreso Ajustado

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

D. Gastos de Albergue

14. Alquiler o Hipoteca Real Mensual Facturada a la Familia	\$	
15. Otros Gastos Mensuales (contribución inmobiliaria, seguros, 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		
b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o el recibo de pagos HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: Anote la asignación mensual normal combinada de calefacción, servicios públicos y teléfono de \$785.		
c) Solamente para gastos de servicios públicos (para los hogares no elegibles para calefacción o SUA de aire acondicionado): Anote la norma combinada para servicios públicos y teléfono de \$311.		
d) Solamente para gastos de teléfono (para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos, excepto el código de albergue 23): Anote \$33.		
17. Sume las líneas 14, 15, y 16b o 16c o 16d	D.	

E. Deducciones de Albergue en Exceso

18. Anote D (Gastos de Albergue): Anote la cantidad de la línea 17	\$	
19. Anote 1/2 de C (Ingreso Ajustado): Anote 1/2 de la cantidad en la línea 13		
20. Gastos en Exceso de Albergue: Reste línea 19 de la línea 18; si la línea 18 es menos que la línea 19, anote cero (0).		
21. Deducción Máxima Permitida para Albergue	\$490	00
22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos	E.	

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

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 SNAP: Reste la línea 24 de la línea 23	F.	

G. Prueba del 100% del Ingreso Neto Mensual

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

26. Anote la cantidad neta mensual para el tamaño del hogar de la tabla.		
27. Compare la cantidad de la línea 25 con la cantidad de la línea 26.		
a) Si la cantidad de la línea 25 es mayor que la cantidad de la línea 26, el hogar es inelegible para beneficios de SNAP. Marque Inelegible.	<input type="checkbox"/>	Inelegible
b) Si la cantidad de la línea 25 es menor o igual a la cantidad de la línea 26, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto Mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección H.	<input type="checkbox"/>	Elegible

Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual
1	\$973
2	\$1,311
3	\$1,650
4	\$1,988
5	\$2,326
6	\$2,665
7	\$3,003
8	\$3,341
Cada miembro adicional	+\$339

H. Cálculos de Beneficios de SNAP

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

Autorizado por: _____

Fecha: _____

SAMPLE

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

Effective October 1, 2014

*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

8. Enter maximum gross income amount for household size from table.		200% Gross Income Table	
9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8. a) If the amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, the household does not meet the 200% Gross Income Limitation. The household is not categorically eligible and must meet the 100% net SNAP income test in order to be eligible for SNAP benefits. Complete the rest of the form. b) If the amount entered on line 7 is less than or equal to the amount entered on line 8, the household meets the 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible for SNAP benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.	Household Size	Monthly Gross Income	
	1	\$1,945	
	2	\$2,622	
	3	\$3,298	
	4	\$3,975	
	5	\$4,652	
	6	\$5,328	
	7	\$6,005	
	8	\$6,682	
	Each additional member	+ \$677	

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

C. Deductions

10. 20% of line 3	\$	
11. Standard Deduction – Monthly: Select one. a) 1–3 person household \$155 b) 4-person household \$165 c) 5-person household \$193 d) 6+ person household \$221		
12. Monthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
13. Monthly Medical Expenses: Subtract \$35 from the gross monthly medical expense amount and enter the balance. If less than zero, enter "0".		
14. Monthly Homeless Shelter Deduction (\$143) or actual expense, whichever is greater		
15. Add lines 10, 11, 12, 13, and 14	C.	

D. Adjusted Income

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

E. Shelter Costs

17. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter the maximum shelter allowance for the family size.	\$	
18. Other Monthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
19. Monthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23		
b) With 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 \$785.		
c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$311.		
d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$33.		
20. Add lines 17, 18, and 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.	

H. 100% Monthly Net Income Test

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

27. Enter Monthly net income amount for household size from table.		Household Size	100% Monthly Net Income
28. Compare amount entered on line 26 with the amount entered on line 27. a) If the amount entered on line 26 is greater than the amount on line 27, the household is ineligible for SNAP benefits. Stop here, Check Ineligible box. <input type="checkbox"/> Ineligible b) If the amount entered on line 26 is less than or equal to the amount entered on line 27, the household meets the 100% Monthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I. <input type="checkbox"/> Eligible		1	\$973
		2	\$1,311
		3	\$1,650
		4	\$1,988
		5	\$2,326
		6	\$2,665
		7	\$3,003
		8	\$3,341
	Each additional member	+	\$339

SAMPLE

I. SNAP Benefit Calculation

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

Authorized by: _____

Date: _____

Hoja de Cálculo de Presupuesto Mensual del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (NCA – SSI/Ancianos/Incapacitados)* A partir del 1ro de octubre, 2014

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

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

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

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

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

Si el hogar de SNAP contiene un miembro sancionado o descalificado por un IPV, salte la Sección B.

B. Prueba del 200% del Ingreso Bruto

8. Anote la cantidad máxima de Ingreso Bruto que aparece en la tabla, para el tamaño del hogar.	Tabla del 200% Ingreso Bruto	
9. Compare la cantidad anotada en la línea 7 con la cantidad anotada en la línea 8. a) Si la cantidad de la línea 7 es superior a la cantidad de la línea 8, el hogar no cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto. El hogar no es categóricamente elegible y tiene que cumplir la prueba del 100% del ingreso neto de SNAP para ser elegible para Beneficios de SNAP. Llene el resto del formulario. b) Si la cantidad de la línea 7 es menos o igual a la cantidad de la línea 8, el hogar cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de SNAP. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Mensual
	1	\$1,945
	2	\$2,622
	3	\$3,298
	4	\$3,975
	5	\$4,652
	6	\$5,328
	7	\$6,005
	8	\$6,682
	Cada miembro adicional	+ \$677

Nota: Los hogares que no son categóricamente elegibles para los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) están sujetos a la prueba de recursos.

C. Deducciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Deducción Fija – Mensual: Seleccione una opción. a) Hogar de 1–3 personas \$155 b) Hogar de 4 personas \$165 c) Hogar de 5 personas \$193 d) Hogar de 6 o más personas \$221		
12. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes (utilice el gasto real)		
13. Gastos Médicos Mensuales: Reste \$35 de la cantidad bruta del gasto médico y anote el balance. Si resulta menos de cero, anote "0".		
14. Deducción Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o la cantidad que usted paga realmente, anote la mayor de estas dos cantidades.		
15. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, y 14	C.	

D. Ingreso Ajustado

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

E. Gastos de Albergue

17. Alquiler o Hipoteca Mensual Facturada al Hogar: Para los casos de albergue de hotel/emergencia, anote la máxima asignación de albergue para el tamaño de la familia.	\$	
18. Otros Gastos Mensuales (Impuestos sobre bienes inmuebles, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)		
19. Asignación Mensual para Servicios Públicos: Seleccione la asignación correcta de servicios públicos (a, b, c, o d) en anote la cantidad en la línea que corresponda. a) Anote cero (0) para el código de albergue 23		
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 de \$785 normal mensual conjunta de calefacción, servicios públicos y teléfono.		
c) Solamente para gastos de servicios públicos (para los hogares no elegibles para calefacción o SUA de aire acondicionado): Anote la asignación normal conjunta para servicios públicos y teléfono de \$311.		
d) Solamente gastos de teléfono (para aquellos hogares inelegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23): Anote \$33.		
20. Sume las líneas 17, 18, y 19b o 19c o 19d.	E.	

F. Deducciones de Albergue en Exceso

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

G. Ingreso Neto Mensual del SNAP

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

H. Prueba del 100% del Ingreso Neto Mensual

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

27. Anote la cantidad neta Mensual para el tamaño del hogar de la tabla.		Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Mensual
28. Compare la cantidad de la línea 26 con la cantidad de la línea 27.	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible	1	\$973
(a) Si la cantidad de la línea 26 es superior a la cantidad de la línea 27, el hogar es inelegible para beneficios de SNAP. Pare aquí, Marque la casilla Inelegible.		2	\$1,311
(b) Si la cantidad de la línea 26 es menos o igual a la cantidad de la línea 27, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección I.		3	\$1,650
		4	\$1,988
		5	\$2,326
		6	\$2,665
		7	\$3,003
		8	\$3,341
		Cada miembro adicional	+ \$339

I. Cálculo de Beneficios del SNAP

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

Autorizado por: _____

Fecha: _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) – Part 1

Effective October 1, 2014

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		

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

10. Enter maximum applicable gross income amount for household size from table on page 2	\$	
<p>11. Compare amount entered on line 9 with amount entered on line 10.</p> <p>a) If the amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, the household does not meet the applicable Gross Income Test and is ineligible for 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>	<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible

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

C. Household Composition

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

Semimonthly Gross Income		
Household Size	130% Gross Income Table	200% Gross Income Table
1	\$632.50	\$ 972.50
2	\$852.50	\$ 1,311.00
3	\$1,072.00	\$1,649.00
4	\$1,292.00	\$ 1,987.50
5	\$1,512.00	\$ 2,326.00
6	\$1,732.00	\$ 2,664.00
7	\$1,952.00	\$ 3,002.50
8	\$2,172.00	\$ 3,341.00
Each additional member	+ \$220.00	+ \$ 338.50

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

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

Effective October 1, 2014

Do not complete Part 2 until you have completed the 130% Gross Income Test (or 200% Gross Income Test for households with out-of-pocket dependent care costs). See pages 1 and 2.

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

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

B. Deductions

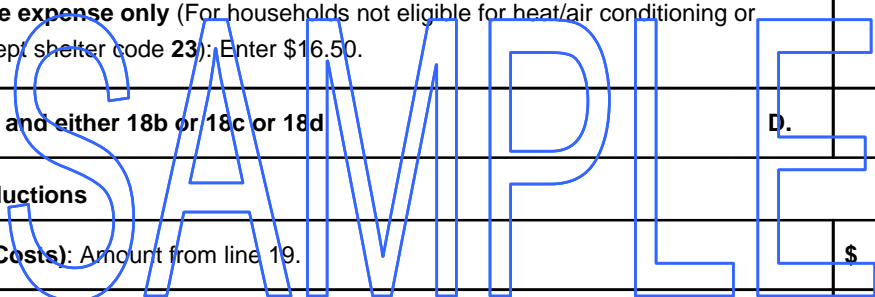
10. 20% of line 3		
11. Standard Deduction – Semimonthly: Select one below		
a) 1–3 person household	\$ 77.50	
b) 4-person household	\$ 82.50	
c) 5-person household	\$ 96.50	
d) 6+ person household	\$ 110.50	
12. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense) If the household has out-of-pocket dependent care costs do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.		
13. Semimonthly Automated Recoupment: Enter Semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
13a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
14. Add lines 10, 11, 12, 13, and 13a	B.	

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

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		
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 \$392.50.		
c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone allowance of \$155.50.		
d) With telephone expense only (For households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50.		
19. Add lines 16, 17, and either 18b or 18c or 18d	D.	



E. Excess Shelter Deductions

20. Enter D (Shelter Costs): Amount from line 19.	\$	
21. Enter 1/2 (one half) of C (Adjusted Income): 1/2 of amount on line 15.		
22. Excess Shelter Costs: Subtract line 21 from line 20. If line 20 is less than line 21, enter zero (0).		
23. Maximum Semimonthly Shelter Deduction Allowed	\$245	00
24. Enter amount from line 22 or 23, whichever is less.	E.	

F. Semimonthly SNAP Net Income

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

G.100% Semimonthly Net Income Test

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

28. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.		
29. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 28.		
a) If the amount entered on line 27 is greater than the amount on line 28, the household is ineligible for SNAP benefits. Check Ineligible.	<input type="checkbox"/>	Ineligible
b) If the amount entered on line 27 is less than or equal to the amount entered on line 28, the household meets the 100% Semimonthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section H.	<input type="checkbox"/>	Eligible

Household Size	100% Semimonthly Net Income
1	\$486.50
2	\$655.50
3	\$825.00
4	\$994.00
5	\$1,163.00
6	\$1,332.50
7	\$1,501.50
8	\$1,670.50
Each additional member	+ \$169.50

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 2 of this form.			
32. Recoupment Amount: Enter the recoupment amount, if none, enter zero (0).			
33. Allotment after Recoupment: Subtract line 32 from line 31.			

SAMPLE

Authorized by _____

Date _____

Cálculo de Presupuesto del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (CA) – Parte 1

A partir del 1ro de octubre, 2014

Este formulario lo tienen que usar los hogares que **no** constan de una persona anciana o incapacitada.

Número del Centro de Trabajo: _____

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

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

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$		
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o Inquilino			
3. Sume las líneas 1 y 2			
4. Concesión Quincenal de Asistencia en Efectivo (Para casos de albergue de hotel/emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler real.)			
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler			
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)			
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6			
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Menores Obligado por la Ley pagado a la(s) persona(s) fuera de/de los hogar(es) de SNAP			
9. Reste la línea 8 de la línea 7			

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

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

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

C. Miembros en el Hogar:

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

Ingreso Bruto Quincenal		
Tamaño de la Familia	Tabla del 130% del Ingreso Bruto	Tabla del 200% del Ingreso Bruto
1	\$ 632.50	\$ 972.50
2	\$ 852.50	\$ 1,311.00
3	\$ 1072.00	\$ 1,649.00
4	\$ 1,292.00	\$ 1,987.50
5	\$ 1,512.00	\$ 2,326.00
6	\$ 1,732.00	\$ 2,664.00
7	\$ 1,952.00	\$ 3,002.50
8	\$ 2,172.00	\$ 3,341.00
Cada miembro adicional	+ \$ 220.00	+ \$ 338.50

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

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

A partir del 1ro de octubre, 2014

No llene la Parte 2 hasta que haya terminado la Prueba del 130% del Ingreso Bruto (o la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos de menudeo para cuidado de dependientes). Vea las páginas 1 y 2.

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

1. Ingreso Quincenal Bruto Salarial	\$	
2. Ingreso Quincenal Neto de Huésped/Inquilino o solo inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de Asistencia en Efectivo (Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación de albergue máxima para el tamaño de familia en vez del alquiler actual.)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso Quincenal Bruto No Salarial (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago Quincenal de Mantenimiento de Niños Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

SAMPLE

B. Deduciones

10. 20% de la línea 3		
11. Dedución Fija – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) Hogar de 1–3 personas \$77.50 b) Hogar de 4 personas \$82.50 c) Hogar de 5 personas \$96.50 d) Hogar de 6 o más personas \$110.50		
12. Costos quincenales de Cuidado para Niños/Dependientes (Utilice el gasto real.) Si el hogar tiene costos de menudeo de cuidado para dependientes no use la Tabla del 130% del Ingreso Bruto. Use la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.		
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para todas las otras recuperaciones automáticas no anote nada.		
13a. Dedución Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto actual, cualquiera que sea mayor.		
14. Sume las líneas 10, 11, 12, 13, y 13a	B.	

C. Ingreso Ajustado

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

D. Gastos de Albergue

16. Alquiler Quincenal Pagado o Cuenta Hipotecaria a Nombre de Miembros del Hogar (Para casos de hotel/albergue de emergencia): Anote la máxima asignación permitida para el número de personas del hogar.	\$	
17. Otros Gastos Quincenales (Impuestos de bienes raíces, seguro, instalación de servicios públicos, etc.)		
18. Concesión Quincenal de Servicios Públicos: Elija la asignación de servicios públicos correcta (a, b, c, o d) y anote la cantidad en la línea apropiada. a) Anote cero (0) para el código de albergue 23		
b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o recibo de pagos de HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: Anote la asignación de \$392.50 normal quincenal conjunta de calefacción, servicios públicos y teléfono.		
c) Con gastos de servicios públicos solamente: (para los hogares no elegibles para calefacción o SUA de aire acondicionado): Anote la asignación quincenal de \$155.50.		
d) Con gastos de teléfono solamente (Para aquellos hogares sin derecho a calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23). Anote \$16.50.		
19. Sume 16, 17, y 18b o 18c o 18d	D	

E. Deduciones de Albergue en Exceso

20. Anote D (Costos de Albergue): La cantidad de la línea 19.	\$	
21. Anote la 1/2 de C (Ingreso Ajustado): La 1/2 de la cantidad de la línea 15.		
22. Costos en Exceso de Albergue: Reste la línea 21 de la línea 20. Si la cantidad de la línea 20 es menos que la de la línea 21, anote cero (0).		
23. Dedución Máxima Quincenal de Albergue Permitida.	\$245	00
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

F. Ingreso Quincenal Neto del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

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

G. Prueba del 100% Ingreso Neto Quincenal

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

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

Tamaño del Hogar	100% Ingreso Neto Quincenal
1	\$486.50
2	\$655.50
3	\$825.00
4	\$994.00
5	\$1,163.00
6	\$1,332.50
7	\$1,501.50
8	\$1,670.50
Cada miembro adicional	+ \$169.50

H. Cálculos de Beneficios de SNAP

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

Autorizado por _____

Fecha _____

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

Effective October 1, 2014

*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.

B. 200% Gross Income Test

10. Enter maximum gross income amount for household size from table.	200% Gross Income Table	
11. Compare amount entered on line 9 with the amount entered on line 10. a) If the amount entered on line 9 is greater than the amount on line 10, the household does not meet the 200% Gross Income Limitation. The household is not categorically eligible and must meet the 100% net SNAP income test in order to be eligible for food stamp benefits. Complete the rest of the form. b) If the amount entered on line 9 is less than or equal to the amount entered on line 10, the household meets the 200% Gross Income Limitation and is categorically eligible for SNAP benefits. Skip Section H and complete the rest of this form.	Household Size	Semimonthly Gross Income
	1	\$972.50
	2	\$1,311.00
	3	\$1,649.00
	4	\$1,987.50
	5	\$2,326.00
	6	\$2,664.00
	7	\$3,002.50
	8	\$3,341.00
	Each additional member	+\$338.50

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

C. Deductions

12. 20% of line 3		
13. Standard Deduction – Semimonthly: Select one. a) 1–3 person household \$ 77.50 b) 4-person household \$ 82.50 c) 5-person household \$ 96.50 d) 6+ person household \$ 110.50		
14. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
15. Semimonthly Automated Recoupment: Enter semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
16. Semimonthly Medical Expenses: Subtract \$17.50 from the gross semimonthly medical expense amount and enter the balance. If less than zero (0), enter "0".		
16a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater		
17. Add lines 12, 13, 14, 15, 16, and 16a	C.	

D. Adjusted Income

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

E. Shelter Costs

19. Semimonthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter the maximum shelter allowance for the family size.		\$	
20. Other Semimonthly Shelter Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)			
21. Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23 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 \$392.50. c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone standard of \$155.50. d) With telephone expense only (for households not eligible for heat/air conditioning or utility SUA except shelter code 23): Enter \$16.50.			
22. Add lines 19, 20, and either 21b or 21c or 21d	E.		

F. Excess Shelter Deductions

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

G. Semimonthly SNAP Net Income

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

H. 100% Semimonthly Net Income Test

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

29. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.																						
<p>30. Compare amount entered on line 28 with the amount entered on line 29.</p> <p>a) If the amount entered on line 28 is greater than the amount on line 29, the household is ineligible for SNAP benefits. Stop here. Check Ineligible box. <input type="checkbox"/></p> <p>b) If the amount entered on line 28 is less than or equal to the amount entered on line 29, the household meets the 100% Semimonthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I. <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Household Size</th> <th>100% Semimonthly Net Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$486.50</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$655.50</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$825.00</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$994.00</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$1,163.00</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$1,332.50</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$1,501.50</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$1,670.50</td></tr> <tr><td>Each additional member</td><td>+\$169.50</td></tr> </tbody> </table>		Household Size	100% Semimonthly Net Income	1	\$486.50	2	\$655.50	3	\$825.00	4	\$994.00	5	\$1,163.00	6	\$1,332.50	7	\$1,501.50	8	\$1,670.50	Each additional member	+\$169.50
	Household Size	100% Semimonthly Net Income																				
1	\$486.50																					
2	\$655.50																					
3	\$825.00																					
4	\$994.00																					
5	\$1,163.00																					
6	\$1,332.50																					
7	\$1,501.50																					
8	\$1,670.50																					
Each additional member	+\$169.50																					

I. SNAP Benefit Calculation

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

Authorized by _____

Date _____



Hoja de Cálculo de Presupuesto del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (CA – SSI/Ancianos/Incapacitados)*

Vigente el 1ro de octubre, 2014

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

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

Composición del Domicilio:

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

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

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

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

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

B. Prueba del 200% del Ingreso Bruto

10. Anote la cantidad máxima de ingreso bruto que aparece en la tabla correspondiente al tamaño de hogar.	Tabla del 200% Ingreso Bruto	
11. Compare la cantidad anotada en la línea 9 con la cantidad anotada en la línea 10. a) Si la cantidad en la línea 9 es superior a la cantidad en la línea 10, el hogar no cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto. El hogar no es categóricamente elegible y tiene que cumplir la Prueba del 100% del Ingreso Neto de SNAP para ser elegible para beneficios de SNAP. Llene el resto del formulario. b) Si la cantidad en la línea 9 es menos o igual a la cantidad en la línea 10, el hogar cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de SNAP. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto
	1	\$972.50
	2	\$1,311.00
	3	\$1,649.00
	4	\$1,987.50
	5	\$2,326.00
	6	\$2,664.00
	7	\$3,002.50
	8	\$3,341.00
	Cada miembro adicional	\$338.50

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

C. Deduciones

12. 20% de la línea 3		
13. Dedución Fija – Quincenal: Seleccione una opción. a) Hogar de 1 – 3 personas \$77.50 b) Hogar de 4 personas \$82.50 c) Hogar de 5 personas \$96.50 d) Hogar de 6 o más personas \$110.50		
14. Gastos Quincenales de Cuidado Infantil/de Dependientes (Utilice el gasto real.)		
15. Recuperación Quincenal Automática: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para toda otra recuperación automática no anote nada.		
16. Gastos Médicos Quincenales: Reste \$17.50 de la cantidad bruta de gastos médicos quincenales y anote el balance. Si menos de cero (0), anote "0".		
16a. Anote la cantidad superior de las dos siguientes: la Dedución Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o el gasto real.		
17. Sume las líneas 12, 13, 14, 15, 16, y 16a	C.	

D. Ingreso Ajustado

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

E. Gastos de Albergue

19. Alquiler Real o Hipoteca Quincenal Facturados al Hogar: Para casos de hotel/albergue de emergencia, anote la máxima asignación de albergue permitida para el tamaño de la familia.		\$	
20. Otros Gastos Quincenales de Albergue (Impuestos inmobiliarios, seguros, instalación de servicios públicos, etc.)			
21. Asignación Quincenal para Servicios Públicos: Seleccione la asignación correcta para servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda. a) Anote cero (0) para el código de albergue 23 b) Con gastos de calefacción o aire acondicionado o recibo de pagos HEAP superiores a \$20 durante los últimos 12 meses: Anote la asignación quincenal normal combinada de calefacción, servicios públicos y teléfono de \$392.50. c) Con gastos de servicios públicos solamente: (para los hogares no elegibles para calefacción o aire acondicionado SUA): Anote la asignación quincenal combinada de servicios públicos y teléfono de \$155.50. d) Con gastos de teléfono solamente (para los hogares no elegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23): Anote \$16.50.			
22. Sume las líneas 19, 20, y 21b o 21c o 21d	E.		

F. Deduciones de Albergue en Exceso

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

G. Ingreso Neto Quincenal del SNAP

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

H. Prueba del 100% del Ingreso Neto Quincenal

Si el hogar es categóricamente elegible, salte esta prueba y vaya directamente a los Cálculos de Beneficios del SNAP

29. Anote la cantidad del Ingreso Neto Quincenal que aparece en la tabla, para el tamaño del hogar.			Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Quincenal
30. Compare la cantidad de la línea 28 con la cantidad anotada en la línea 29. a) Si la cantidad de la línea 28 es superior a la cantidad de la línea 29, el hogar es inelegible para beneficios de SNAP. Pare aquí, Marque la casilla Inelegible b) Si la cantidad de la línea 28 es menos o igual a la cantidad de la línea 29, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección I.	<input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Elegible		1	\$486.50
			2	\$655.50
			3	\$825.00
			4	\$994.00
			5	\$1,163.00
			6	\$1,332.50
			7	\$1,501.50
			8	\$1,670.50
			Cada miembro adicional	+\$169.50

I. Cálculo de Beneficios del SNAP

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

Autorizado por _____

Fecha _____

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines

- SNAP benefits provide your family with assistance when buying food. They are used in place of cash to buy food at grocery stores or supermarkets.
- You don't have to be out of work to apply for SNAP benefits. You can be employed and still be eligible for SNAP benefits.
- You can own your own home and car and still be eligible for SNAP benefits.
- If you are eligible, you will receive SNAP benefits within 30 days. Certain households with little income or savings, or with high shelter costs, can receive SNAP benefits within five days.

Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8	Each additional member
Maximum Gross Monthly Income	\$1,265	\$1,705	\$2,144	\$2,584	\$3,024	\$3,464	\$3,904	\$4,344	+ \$440

- These income limits are effective October 1, 2014.
- The Maximum Gross Monthly Income limits do not apply to SNAP households with an elderly or disabled individual, or if everyone in your household receives SSI, TANF, or SNA, you do not need to meet any income limit. Households that incur dependent care expenses are subject to higher gross income limits.

To file a SNAP application, you may:

- submit an application online through the **ACCESS NYC** website at www.nyc.gov/accessnyc or the **MyBenefits** website at www.mybenefits.ny.gov;
- mail your application to the **Division of SNAP Services, Mail Application & Referral Unit (MARU), P.O. Box 24510, Brooklyn, NY 11201**;
- fax your application to **(917) 639-1111**;
- apply at a participating community based organization (CBO) [call 311 for a listing of participating CBO's]; or
- appear in person during the listed hours of operation for any of the SNAP Centers identified below.

Your SNAP application will be considered as filed if it contains a minimum of your name, address (if you have one), and a signature on the application. When your application is received, you will be contacted to schedule an eligibility interview.

Please review the enclosed SNAP Documentation Guide (**W-129G**), which lists some of the more common documents that can be used to verify each of the applicable eligibility factors. If you are mailing the application, please ensure that you enclose copies of all required documentation. If you plan to file the application in person, please bring originals of all required documentation. Providing the required documentation will assist us in expediting the processing of your SNAP application.

New York City SNAP Centers The following SNAP Centers are open from 8:30 AM to 5:00 PM, Monday through Friday (except legal holidays)				Extended Hours Centers The following SNAP Centers are open from 8:30 AM to 6:00 PM, Monday through Friday and 9:00 AM to 5:00 PM on Saturday (except legal holidays)	
Manhattan	East End – S02 2322 Third Avenue 3rd Floor New York, NY 10035	Washington Heights – S13 4055 10th Avenue Lower Level New York, NY 10034	St. Nicholas – S14 132 West 125th Street 3rd Floor New York, NY 10027	Waverly – S19 12 West 14th Street 4th Floor New York, NY 10011	
Brooklyn	Williamsburg – S21 30 Thornton Street 4th Floor Brooklyn, NY 11206	Coney Island – S22 2857-2865 West 8th Street 1st Floor Brooklyn, NY 11224		Ft. Greene – S20 275 Bergen Street 1st Floor Brooklyn, NY 11217	
	North Brooklyn – S26 500 Dekalb Avenue 4th Floor Brooklyn, NY 11205	East New York – S28 404 Pine Street 1st Floor Brooklyn, NY 11208			
Bronx	Melrose – S40 260 East 161st Street 3rd Floor Bronx, NY 10451	Crotona – S46 1910 Monterey Avenue 5th Floor Bronx, NY 10457		Concourse – S45 1375 Jerome Avenue 2nd Floor Bronx, NY 10452	
Queens	Queens – S53 32-20 Northern Boulevard 2nd Floor Long Island City, NY 11101	Rockaway – S79 219 Beach 59th Street 1st Floor Rockaway, NY 11692		Jamaica – S54 165-08 88th Avenue 3rd Floor Jamaica, NY 11432	
Staten Island				Richmond – S99 201 Bay Street 2nd Floor Staten Island, NY 10301	

Guía de Ingresos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

- Los beneficios de SNAP le proveen a su familia asistencia a la hora de comprar alimentos. Estos beneficios de SNAP se utilizan en lugar de dinero en efectivo para comprar alimentos en bodegas o supermercados.
- Usted no tiene que estar desempleado para solicitar beneficios de SNAP. Usted puede estar empleado y aún ser elegible para los beneficios de SNAP.
- Usted puede ser elegible para recibir beneficios de SNAP aun si es propietario(a) de su casa y automóvil.
- Si usted es elegible, recibirá beneficios de SNAP dentro de 30 días. Ciertos hogares con poco ingreso o ahorros, o con altos costos de alquiler, pueden recibir los beneficios de SNAP dentro de cinco días.

Miembros en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada miembro adicional
Máximo Ingreso Bruto Mensual	\$1,265	\$1,705	\$2,144	\$2,584	\$3,024	\$3,464	\$3,904	\$4,344	+ \$440

- Estos límites de ingresos entran en vigencia a partir del 1 de octubre de 2014.
- Los límites del Máximo Ingreso Bruto Mensual no corresponden a hogares de SNAP con personas ancianas o incapacitadas, o si todos en su hogar reciben SSI, TANF, o SNA, usted no tiene que cumplir ningún límite de ingreso. Los hogares que incurrn en gastos de cuidado de dependientes están sujetos a límites mayores de ingreso bruto.

Para presentar una solicitud de SNAP, usted puede:

- presentar una solicitud por el Internet mediante **ACCESS NYC** en www.nyc.gov/accessnyc o al website de **MyBenefits** en www.mybenefits.ny.gov;
- enviar por correo su solicitud a la **Division of SNAP Services, Mail Application & Referral Unit (MARU), P.O. Box 24510, Brooklyn, NY 11201**;
- enviar por fax al **(917) 639-1111**;
- presentar solicitud en una organización comunitaria (CBO) (llamar al 311 para una lista de CBO participantes); o
- presentarse en persona durante las horas laborables indicadas para cualquiera de los Centros de SNAP identificados abajo.

Su solicitud de SNAP se considerará presentada si contiene como mínimo su nombre, dirección (de tenerla), y firma en la solicitud. Cuando se reciba su solicitud, nos comunicaremos con usted para programar una entrevista de elegibilidad.

Por favor repase la adjunta Guía de Documentación de SNAP (**W-129C-S1**), la cual lista algunos de los documentos más comunes que se pueden utilizar para verificar cada uno de los factores de elegibilidad que corresponden.

Si usted va a enviar por correo su solicitud, favor de asegurarse de adjuntar copias de todos los documentos solicitados. Si piensa presentar la solicitud en persona, favor de traer los originales de toda la documentación solicitada. El proporcionar la documentación solicitada permitirá acelerar el trámite de solicitud de SNAP.

Centros de SNAP de la Ciudad de Nueva York				Centros Con Horarios Suplementarios	
Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de 8:30 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes (excepto los días feriados oficiales)				Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de 8:30 AM a 6:00 PM, de lunes a viernes y de 9:00 AM a 5:00 PM el sábado (excepto los días feriados oficiales)	
Manhattan	East End – S02 2322 Third Avenue 3er piso New York, NY 10035	Washington Heights – S13 4055 10th Avenue planta baja New York, NY 10034	St. Nicholas – S14 132 West 125th Street 3er piso New York, NY 10027	Waverly – S19 12 West 14th Street 4to piso New York, NY 10011	
Brooklyn	Williamsburg – S21 30 Thornton Street 4to piso Brooklyn, NY 11206	Coney Island – S22 2857-2865 West 8th Street 1er piso Brooklyn, NY 11224		Ft. Greene – S20 275 Bergen Street 1er piso Brooklyn, NY 11217	
	North Brooklyn – S26 500 Dekalb Avenue 4to piso Brooklyn, NY 11205	East New York – S28 404 Pine Street 1er piso Brooklyn, NY 11208			
Bronx	Melrose – S40 260 East 161st Street 3er piso Bronx, NY 10451	Crotona – S46 1910 Monterey Avenue 5to piso Bronx, NY 10457		Concourse – S45 1375 Jerome Avenue 2do piso Bronx, NY 10452	
Queens	Queens – S53 32-20 Northern Boulevard 2do piso Long Island City, NY 11101	Rockaway – S79 219 Beach 59th Street 1er piso Rockaway, NY 11692		Jamaica – S54 165-08 88th Avenue 3er piso Jamaica, NY 11432	
Staten Island				Richmond – S99 201 Bay Street 2do piso Staten Island, NY 10301	



Notice to all SNAP Recipients

Important! Please Read!

Beginning October 1, 2014, some items used to figure the amount of SNAP benefits a household receives will change. These changes are a result of **federally-required** changes to the following standards and deductions:

The Standard Deduction for households of one to three persons will increase from \$152 to \$155.

The Standard Deduction for households of four persons will increase from \$163 to \$165.

The Standard Deduction for households of five persons will increase from \$191 to \$193.

The Standard Deduction for households of six or more persons will increase from \$219 to \$221.

The SNAP Maximum Excess Shelter Deduction will increase from \$478 to \$490.

The new Standard Utility Allowance (SUA) amounts, as of October 1, 2014 are:

	New York City	Nassau / Suffolk	Rest of State
Heating / Air Conditioning SUA	\$785	\$732	\$650
Utility SUA	\$311	\$287	\$263
Phone SUA	\$33 (unchanged)		

(Note. SUA values other than the Phone SUA include amounts for water, sewage and trash collection.)

These changes may affect the amount of SNAP benefits you get. Depending on your individual circumstance **the amount of your monthly SNAP benefit may not change, or it may decrease or increase as a result of these changes.**

The **maximum** SNAP benefit amount by household size will increase to the following amounts.

HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8	Each Additional Member > 8
Amount of Maximum Benefit:	\$194	\$357	\$511	\$649	\$771	\$925	\$1022	\$1169	\$146

The minimum SNAP benefit amount that a one or two person household can receive will increase \$1 to \$16.00 per month.

The State Regulations which allow us to do this are 18 NYCRR 358-3.3(e)(1)(i), 387.10, 387.12 and 387.15.

Reporting Rules: Most SNAP households with income only have to report changes every six months. Every six months, you either will be asked to recertify, or will be mailed a form for you to use to report changes. **The one exception to this rule is if your household's gross monthly income becomes more than 130% of the federal poverty level.**

Your gross income includes all income any member of your household receives during the calendar month before taxes and other deductions are taken out.

See Chart below: The dollar amount shown under your household's size shows the new 130% of poverty income limit for your household, **as of October 1, 2014**. If your household's gross monthly income becomes more than this amount, you must report the new, higher income amount to your county social services office or, if you live in New York City, to your HRA Center by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the month.

Report Household Gross Income Over Income Limits Below Based on Your Household Size:										
HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Report if Gross Household Income Goes Over:	\$1265	\$1705	\$2144	\$2584	\$3024	\$3464	\$3904	\$4344	\$4784	\$5224

If you think we made a mistake in figuring your October SNAP benefits due to above noted changes, you may ask for a state fair hearing, *within 90 days of when your October 2014 SNAP benefits become available*. You can ask for a fair hearing by writing to: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany New York 12201; Faxing (518) 473-6735; on-line by requesting a form at: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; or by calling toll free: 1-800-342-3334.

LEGAL ASSISTANCE: If you think that you need a lawyer to assist you with this problem, you may be able to get a lawyer at no cost to you by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group.



Aviso a todos los beneficiarios de SNAP

IMPORTANTE Léalo

Comenzando el 1º de octubre de 2014, habrá cambios en algunos de los factores que se usan para determinar la cantidad del subsidio SNAP que las unidades familiares reciben. Estas modificaciones son el resultado de cambios **requeridos por el gobierno federal** en los siguientes estándares y deducciones.

La deducción estándar para unidades familiares de una a tres personas aumentará de \$152 a \$155

La deducción estándar para unidades familiares de cuatro personas aumentará de \$163 a \$165

La deducción estándar para unidades familiares de cinco personas aumentará de \$191 a \$193

La deducción estándar para unidades familiares de seis o más personas aumentará de \$219 a \$221

La Deducción Máxima por Exceso de Gastos de Vivienda para unidades beneficiarias de SNAP aumentará de \$478 a \$490

Los nuevos montos del Subsidio Estándar de Servicios Públicos (SUA, siglas en inglés) a partir del 1º de octubre de 2014 son:

	Ciudad de Nueva York	Condados de Nassau / Suffolk	Resto del estado
Calefacción / Aire acondicionado (SUA)	\$785	\$732	\$650
Servicios públicos básicos (SUA)	\$311	\$287	\$263
Servicios telefónicos (SUA)	\$33 (sin cambios)		

(Nota: los valores SUA, aparte de la asignación SUA para gastos de teléfono, incluye montos correspondientes a agua, alcantarillado, y recolección de desperdicios).

Estos cambios pueden afectar el monto del subsidio SNAP que usted recibe. Según su situación en particular, **el monto del subsidio mensual de SNAP que usted recibe quizás no se modifique, o puede que disminuya o aumente a consecuencia de estos cambios.**

El monto **máximo** del subsidio SNAP, según el número de integrantes de la unidad familiar, aumentará por los siguientes montos:

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR	1	2	3	4	5	6	7	8	Por cada miembro adicional > 8
Monto máximo del subsidio:	\$194	\$357	\$511	\$649	\$771	\$925	\$1022	\$1169	\$146

El monto mínimo del subsidio SNAP que una unidad familiar compuesta por una o dos personas puede recibir aumentará de \$1 a \$16 al mes.

Conforme Reglamentación Estatal 18 NYCRR 358-3.3(e)(1)(i), 387.10, 387.12 y 387.15.

Reglas sobre informe de cambios:

La mayoría de las unidades familiares que reciben SNAP y cuentan con ingresos, solamente tienen que reportar cambios cada seis meses. Cada seis meses, se le pedirá que someta una revalidación o se le enviará por correo un formulario de informe de cambios. **La única excepción a esta regla es si el monto mensual de ingresos brutos de la unidad familiar sobrepasa el 130% del índice federal de pobreza.** Su ingreso bruto se conforma de todos los ingresos (antes de la deducción de impuestos y demás deducciones) que cada miembro de la unidad familiar recibe en un mes calendario.

Examine el cuadro a continuación: la cantidad en dólares que se muestra debajo de la casilla que representa el número de integrantes del grupo familiar, muestra el nuevo límite de 130% del índice de pobreza correspondiente al grupo familiar a partir del 1º de octubre de 2014. Si el total mensual de ingresos brutos de su grupo familiar sobrepasa ese monto, usted debe reportar el nuevo monto del aumento en ingresos a su oficina de servicios sociales del condado. Si vive en la Ciudad de Nueva York, deberá reportarlo al centro de la oficina HRA por teléfono, por escrito o en persona dentro de 10 días de finalizar el mes.

Reporte ingresos brutos del grupo familiar que sobrepasen los niveles de ingresos límite que se muestran a continuación según el número de integrantes del grupo familiar:											
Nº DE INTEGRANTES DEL GRUPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reporte si el ingreso bruto del grupo familiar sobrepasa:	\$1265	\$1705	\$2144	\$2584	\$3024	\$3464	\$3904	\$4344	\$4784	\$5224	

Si cree que hemos cometido un error al calcular el monto del subsidio SNAP para el mes de octubre según los cambios antes mencionados, puede solicitar una audiencia imparcial dentro de 90 días contados a partir de la fecha en octubre de 2014 cuando el subsidio SNAP es acreditado a su cuenta. Puede solicitar una audiencia imparcial mandando una carta a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany New York 12201; por fax al (518) 473-6735; por internet, solicitando un formulario en el sitio web <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; o llamando gratis al 1-800-342-3334.

ASISTENCIA LEGAL: si cree que necesita representación legal en la resolución de este problema, puede obtener los servicios de un abogado, sin costo alguno, comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) u otra asociación de defensa legal de su localidad.