



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Jill Berry, Deputy Commissioner
Office of Program Support

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY DIRECTIVE #15-24-ELI *(This Policy Directive Replaces PD #14-23-ELI)*

OCTOBER 2015 CHANGES IN SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) STANDARDS

Date: September 24, 2015	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, 2015. 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; and • Standard Utility Allowance (SUA) amounts
CHANGES IN SNAP STANDARDS	<p>The standard deduction will increase from \$165 to \$168 for four person households, from \$193 to \$197 for five person households, and from \$221 to \$226 for households of six or more persons. The standard deduction for one- to three-person households will remain unchanged at \$155.</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 \$490 to \$504.</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 decrease from \$785 to \$768 and the SUA Level 2 will decrease from \$311 to \$304. 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/15 or later:

Standard deduction amounts

<u>Household Size</u>	<u>Standard Deduction</u>
1	\$155
2	\$155
3	\$155
4	\$168
5	\$197
6+	\$226

Shelter deductions and exclusions

The shelter deductions/exclusions are as follows:

- The maximum excess shelter deduction is \$504.
- The homeless shelter deduction will remain at \$143.
- The boarder/lodger exclusion will remain as \$194 for one person and \$357 for two people.

The SUA amounts are as follows:

SUA levels

- SUA Level 1 = \$768
- SUA Level 2 = \$304
- 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 2015

130% Gross Income Levels

<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
1	\$1,276
2	\$1,726
3	\$2,177
4	\$2,628
5	\$3,078
6	\$3,529
7	\$3,980
8	\$4,430
Each additional member	+\$451

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 2015

165% Gross Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$1,619
	2	\$2,191
	3	\$2,763
	4	\$3,355
	5	\$3,907
	6	\$4,479
	7	\$5,051
	8	\$5,623
	Each additional member	+\$572

See [PB #14-121-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 2015

200% Gross Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$1,962
	2	\$2,655
	3	\$3,348
	4	\$4,042
	5	\$4,735
	6	\$5,428
	7	\$6,122
	8	\$6,815
	Each additional member	+\$693

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 2015

100% Net Income Levels	<u>Household Size</u>	<u>Monthly Household Income</u>
	1	\$ 981
	2	\$1,328
	3	\$1,675
	4	\$2,021
	5	\$2,368
	6	\$2,715
	7	\$3,061
	8	\$3,408
	Each additional member	+\$347

The maximum SNAP benefit amounts effective October 1, 2015 will remain unchanged. The 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 remain as \$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**)

Additional changes to form **W-138Q**:

- The option to submit an online SNAP application through the MyBenefits website was removed;
- The address of the Coney Island SNAP Center (S22) was changed from 2857-2865 West 8th Street to 2865 West 8th Street; and
- The Hunts Point SNAP Center (S40) floor designation was changed from the 2nd floor to the 1st floor

The Schedule of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Issuance (Households of One to Ten Persons) (**W-129F**) and the Schedule of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Issuance (Households of Eleven to Twenty Persons) (**W-129FF**) will not be revised because all the data on the forms remain unchanged.

State Notice

The State mailed a Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2015/NYC (see **Attachment A**) to all SNAP households informing them that some items used to figure the amount of SNAP benefits a household receives will change. Depending on a household's circumstances, the amount of their SNAP benefit may increase, decrease, or remain the same.

Note: OTDA will not produce a Public Notice Poster for the October 2015 SNAP changes.

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, 2015. Cases that were rebudgeted have a 10/A/15 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/15.

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 2015 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/15.

Applicants

When calculating a budget after September 20, 2015, the Worker must:

- calculate a scratchpad budget in WMS to determine the SNAP benefit amount for September 2015 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/15 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 2015 SNAP changes.

Cash Assistance Implications There are no Cash Assistance (CA) implications associated with the October 2015 SNAP changes.

Medicaid Implications There are no Medicaid implications associated with the October 2015 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 #14-24-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 2015 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 2015 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 Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2015/NYC.


REFERENCES

18 NYCRR 387.10, 387.12, and 387.15
 GIS 15 TA/DC034
 ABEL Transmittal 15-3

RELATED ITEMS

[PB #14-121-ELI](#) Supplemental Nutrition Assistance Program Categorical Eligibility
[PB #15-12-ELI](#) Standard Utility Allowance (SUA) Eligibility Changes
[PB #15-87-OPE](#) Revisions to the Guide to Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budgeting (W-204G)

ATTACHMENTS

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachment A	Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2015/NYC
Attachment B	Mass Notice of Intent to Change SNAP October 2015/NYC (Spanish)
W-122A	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Rev. 9/24/15)
W-122A (S)	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA) (Spanish) (Rev. 9/24/15)
W-122AA	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Rev. 9/24/15)
W-122AA (S)	Monthly Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (NCA – SSI/Aged/Disabled) (Spanish) (Rev. 9/24/15)
W-122D	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Rev. 9/24/15)
W-122D (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) (Spanish) (Rev. 9/24/15)
W-122DD	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/ Disabled) (Rev. 9/24/15)
W-122DD (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA – SSI/Aged/ Disabled) (Spanish) (Rev. 9/24/15)
W-138Q	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Rev. 9/14/15)
W-138Q (S)	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Income Guidelines (Spanish) (Rev. 9/14/15)

**MASS NOTICE OF INTENT TO CHANGE SNAP
OCTOBER 2015/NYC**

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

General Telephone No. for
Questions or Help:

Dear SNAP Recipient:

Beginning October 1, 2015, some items used to figure the amount of SNAP benefits a household gets will change. These changes are the result of federally-required changes to the following standards and deductions. The Standard Deduction for households of 1 to 3 persons will remain unchanged at \$155. The Standard Deduction for households of four persons will increase by \$3, from \$165 to \$168. The Standard Deduction for households of five persons will increase by \$4, from \$193 to \$197. The Standard Deduction for households of six or more persons will increase by \$5, from \$221 to \$226. The SNAP Maximum Excess Shelter Deduction will increase by \$14, from \$490 to \$504.

The new Standard Utility Allowance (SUA) amounts, as of October 1, 2015 are:

New York City	Old SUA Values	New SUA Values
Heating / Air Conditioning SUA Values	\$785	\$768
Basic Utility SUA Values	\$311	\$304
Phone SUA	\$33 (Unchanged)	

Note: The 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 amounts of SNAP benefits per household size, known as the "Thrifty Food Plan" amounts, will not change.

The minimum SNAP benefit amount that a one or two-person household currently can receive, \$16.00 per month, will not change.

The 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 is the amount of income before taxes and other deductions are taken out, not the amount you receive when you receive your check. Your total gross monthly income includes all income any member of your household receives during the calendar month.

See Chart below: The dollar amount shown under your household size shows the new 130% of poverty income limit for your household, as of October 1, 2015. If your household's gross monthly income becomes greater than this amount, you must report the new gross monthly income amount to your social services office by phone, in writing, or in person within 10 days after the end of the month.

Report Household Gross Income Over the 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:	\$1276	\$1726	\$2177	\$2628	\$3078	\$3529	\$3980	\$4430	\$4881	\$5332

Some households must report changes in their household circumstances within 10 days of the month following the month in which the change occurred. You must follow this reporting rule; if your household has no income at all; if your household has no income from employment and all adults are either over age 60 or disabled; or if you receive SSI/SSD and you live in a state-certified group home. Also, if your household contains a seasonal migrant farmworker, or if your household is certified for fewer than four months, or if your household is homeless ("undomiciled", without any shelter).

CONTINUE ON THE REVERSE

NOTICE OF INTENT TO CHANGE SNAP

OCTOBER'15/NYC

The reduction to your SNAP benefits is a federally-mandated mass change to SNAP benefit amounts. Pursuant to federal regulations at 7 CFR 271.7(f), there is no right to a fair hearing to dispute this reduction. If you think some other mistake, such as an improper computation, was made in figuring your SNAP benefits, you may ask for a State Fair Hearing within 90 days of when your October 2015 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 you need a lawyer to help 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. For the names of other lawyers, check your Yellow Pages under "Lawyers".

PREAVISO GENERAL DE CAMBIOS EN SNAP
OCTUBRE 2015 / NYC

N° de caso:
Oficina Local / Unidad / Trabajador(a):

N° de teléfono general para
preguntas o ayuda:

Estimado(a) beneficiario(a) de SNAP:

Comenzando el 1ro de octubre de 2015, habrá cambios en algunos de los factores que se usan para determinar la cantidad del subsidio de SNAP que las unidades familiares reciben. Estos cambios son el resultado de cambios requeridos por el gobierno federal en los siguientes estándares y deducciones. La Deducción Estándar para un grupo familiar con 1 a 3 personas permanecerá sin cambios en \$155. La Deducción Estándar para un grupo familiar con cuatro personas aumentará por \$3, de \$165 a \$168. La Deducción Estándar para un grupo familiar con cinco personas aumentará por \$4, de \$193 a \$197. La Deducción Estándar para un grupo familiar con seis o más personas aumentará por \$5, de \$221 a \$226. La Deducción Máxima de Asignación por Vivienda de SNAP aumentará por \$14, de \$490 a \$504.

Los nuevos montos del Subsidio Estándar de Servicios Públicos (SUA, siglas en inglés) a partir del 1ro de octubre de 2015 son:

Ciudad de Nueva York	Montos antiguos SUA	Montos nuevos SUA
Calefacción / Aire acondicionado Valores SUA	\$785	\$768
Servicios públicos básicos Valores SUA	\$311	\$304
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

Dichos cambios pueden afectar la cantidad de SNAP que usted recibe. Según su situación en particular, el monto de la subvención mensual de SNAP que usted recibe quizás no se modifique, o puede que disminuya o aumente a consecuencia de estos cambios.

Los montos máximos de la subvención SNAP, según el número de integrantes del grupo familiar, conocido como los montos del «Plan Ahorrativo de Alimentos» (*Thrifty Food Plan*), no cambiará.

El monto mínimo de la subvención SNAP que un grupo familiar compuesto por una o dos personas actualmente puede recibir, \$16.00 al mes, no cambiará.

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

Reglas sobre informe de cambios

La mayoría de los hogares que reciben SNAP y tienen solamente ingresos, tienen que reportar cambios cada seis meses. Cada seis meses, se le pedirá que ya sea, someta una revalidación o se le enviará por correo un formulario para que usted reporte los cambios. **La única excepción a esta regla es si el monto mensual de ingresos brutos del grupo familiar llega a sobrepasar el 130% del índice federal de pobreza.** Su ingreso bruto es el monto de ingresos antes de descontar impuestos y otras deducciones y no la cantidad que usted recibe cuando cobra su cheque. El monto total de su ingreso mensual en bruto incluye todos los ingresos que los miembros de su grupo familiar reciben durante el 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 1° de octubre de 2015. Si el total mensual de ingresos brutos de su grupo familiar sobrepasa ese monto, usted debe reportar la nueva cantidad mensual del ingreso bruto a su distrito de servicios sociales, ya sea 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										
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reportar si el ingreso bruto del grupo familiar sobrepasa los:	\$1276	\$1726	\$2177	\$2628	\$3078	\$3529	\$3980	\$4430	\$4881	\$5332

Ciertos grupos familiares deben continuar reportando cambios que afectan la habilitación para recibir SNAP. Dichos cambios deben reportarse dentro de 10 días del mes posterior en el que se dio el cambio. Debe seguir esta regla de reporte de cambios si su grupo familiar no recibe ningún tipo de ingresos; o si su grupo familiar no percibe ingresos devengados de un empleo y todos los adultos tienen ya sea 60 años de edad o más; o tienen una incapacidad; o si usted recibe SSI / SSD y vive en una residencia grupal certificada por el Estado. Además, si uno de los integrantes de su grupo familiar es trabajador agrícola migrante-estacional o si su grupo familiar ha sido certificado por menos de cuatro meses, o si su grupo familiar está desamparado («sin domicilio», sin albergue).

CONTINÚA AL REVERSO

La reducción de su subsidio SNAP es un cambio general exigido por el gobierno federal a los montos del subsidio SNAP. Conforme reglamentación 7 CFR 271.7 (f), no hay derecho a una Audiencia Imparcial con el fin de impugnar la reducción. Si cree que nos hemos equivocado al calcular el monto de su subsidio SNAP; o cree que hemos hecho un error al determinar su habilitación para recibir el subsidio SNAP, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal dentro de 90 días contados a partir de la fecha en octubre de 2015 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 del presente 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. Puede encontrar los nombres de otros abogados en la páginas amarillas, bajo "Abogados" ("Lawyers").

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

Effective October 1, 2015

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.

9. Compare amount entered on line 7 with the amount entered on line 8.

a) If the amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, the household does not meet the applicable Gross Income Limitation and is ineligible for SNAP benefits. **Check Ineligible box. Stop here.**

b) If the household does not 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.**

c) If the household contains 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.**

Ineligible

 Eligible

Monthly Gross Income		
Household Size	130% Gross Income Table	200% Gross Income Table
1	\$1,276	\$1,962
2	\$1,726	\$2,655
3	\$2,177	\$3,348
4	\$2,628	\$4,042
5	\$3,078	\$4,735
6	\$3,529	\$5,428
7	\$3,980	\$6,122
8	\$4,430	\$6,815
Each additional member	+ \$451	+ \$693

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, 2015

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 \$168		
c) 5-person household \$197		
d) 6+ person household \$226		
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 Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless shelter deduction.		
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 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months		
b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$768.		
c) With utility expense only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$304.		
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	\$504	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	\$981
2	\$1,328
3	\$1,675
4	\$2,021
5	\$2,368
6	\$2,715
7	\$3,061
8	\$3,408
Each additional member	+ \$347

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, 2015

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

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

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

1. Ingreso Salarial Bruto Mensual	\$	
2. Ingreso Neto Mensual por Huésped/Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Ingreso No Salarial Bruto Mensual		
a) Ingreso Bruto No Salarial Mensual – Fuente:		
b) Ingreso Bruto No Salarial Mensual – Fuente:		
c) Ingreso Bruto No Salarial Mensual – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c		
6. Pago Mensual de Manutención de Niños 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 por cuenta propia 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> consta de 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>consta</u> de 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	\$1,276	\$1,962
2	\$1,726	\$2,655
3	\$2,177	\$3,348
4	\$2,628	\$4,042
5	\$3,078	\$4,735
6	\$3,529	\$5,428
7	\$3,980	\$6,122
8	\$4,430	\$6,815
Cada miembro adicional	+\$451	+\$693

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, 2015

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 Normal -- Mensual: Seleccione una opción más abajo.		
a) Hogar de 1–3 personas \$155		
b) Hogar de 4 personas \$168		
c) Hogar de 5 personas \$197		
d) Hogar de 6 o más personas \$226		
10. Costos Mensuales para Cuidado de Niños/Dependientes (Remítase al gasto real.) Si el hogar tiene gastos por cuenta propia de cuidado de dependientes, no se remita a 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 Nota: Las familias sin hogar (código de albergue 23) que cualifican para una SUA de calefacción/acondicionamiento a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de refugio para personas sin hogar.		
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 (impuestos inmuebles, 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 si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses.		
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 \$768.		
c) Sólo 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 \$304.		
d) Sólo 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 Sobrantes

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	\$504	00
22. Anote la cantidad de la línea 20 o 21 la que sea menos	E.	

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

23. Anote C (Ingreso Ajustado): Anote la cantidad en la línea 13	\$	
24. Anote E (Deducción Sobrante 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	\$981
2	\$1,328
3	\$1,675
4	\$2,021
5	\$2,368
6	\$2,715
7	\$3,061
8	\$3,408
Cada miembro adicional	+\$347

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, 2015

*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.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Household Size</th> <th style="width: 70%;">Monthly Gross Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">\$1,962</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$2,655</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$3,348</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$4,042</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$4,735</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$5,428</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$6,122</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">\$6,815</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: center;">+ \$693</td></tr> </tbody> </table>	Household Size	Monthly Gross Income	1	\$1,962	2	\$2,655	3	\$3,348	4	\$4,042	5	\$4,735	6	\$5,428	7	\$6,122	8	\$6,815	Each additional member	+ \$693
	Household Size	Monthly Gross Income																			
	1	\$1,962																			
	2	\$2,655																			
	3	\$3,348																			
	4	\$4,042																			
	5	\$4,735																			
	6	\$5,428																			
	7	\$6,122																			
	8	\$6,815																			
Each additional member	+ \$693																				

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 \$168 c) 5-person household \$197 d) 6+ person household \$226		
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 Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless shelter deduction.		
15. Add lines 10, 11, 12, 13, and 14	C.	

D. Adjusted Income

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

E. Shelter Costs

17. Monthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household: For hotel/emergency shelter cases, enter the maximum shelter allowance for the family size.	\$	
18. Other Monthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
19. Monthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months.		
b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the monthly standard combined heat, utility, and telephone allowance of \$768.		
c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the combined utility and telephone standard of \$304.		
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. 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"/> Ineligible	1	\$981
	<input type="checkbox"/> Eligible	2	\$1,328
		3	\$1,675
		4	\$2,021
		5	\$2,368
		6	\$2,715
		7	\$3,061
		8	\$3,408
		Each additional member	+ \$347

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/Discapacitados)* A partir del 1ro de octubre de 2015

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

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

A. Ingreso -Anoté la cantidad Mensual, no redondee las cantidades de dólares.

1. Ingreso Salarial Bruto Mensual	\$	
2. Ingreso Mensual Neto del Huésped/Inquilino o Huésped		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Ingreso No Salarial Bruto Mensual. No anote el ingreso salarial en estas líneas.		
a) Ingreso No Salarial Bruto Mensual – Fuente:		
b) Ingreso No Salarial Bruto Mensual – Fuente:		
c) Ingreso No Salarial Bruto Mensual – Fuente:		
5. Sume las líneas 3, 4a, 4b, y 4c		
6. Pago mensual de manutención de niños 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 E y H.

Si el hogar de SNAP consta de 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 inferior 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	\$1,962	
	2	\$2,655	
	3	\$3,348	
	4	\$4,042	
	5	\$4,735	
	6	\$5,428	
	7	\$6,122	
	8	\$6,815	
	Cada miembro adicional	+ \$693	

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. Deduciones

10. 20% de la línea 3	\$	
11. Dedución Fija – Mensual: Seleccione una opción. a) Hogar de 1–3 personas \$155 b) Hogar de 4 personas \$168 c) Hogar de 5 personas \$197 d) Hogar de 6 o más personas \$226		
12. Costos Mensuales de Cuidado de Niños/Dependientes (use 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. Dedución Mensual de Albergue para Desamparados (\$143) o el gasto real, el que sea mayor Nota: Las familias sin hogar (código de albergue 23) que cualifican para una SUA de calefacción/acondicionamiento a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de refugio para personas sin hogar.		
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 código de albergue 23 si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses. 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 \$768 normal mensual conjunta de calefacción, servicios públicos y teléfono. c) Sólo 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 \$304. d) Sólo gastos de teléfono (para aquellos hogares ineligibles 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. Deduciones de Albergue Sobrantes

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 Sobrantes. Reste la línea 22 de la línea 21. Si la línea 21 es inferior a 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. (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. (b) Si la cantidad de la línea 26 es inferior 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.	<input type="checkbox"/> Inelegible	1	\$981
	<input type="checkbox"/> Elegible	2	\$1,328
		3	\$1,675
		4	\$2,021
		5	\$2,368
		6	\$2,715
		7	\$3,061
		8	\$3,408
		Cada miembro adicional	+ \$347

SAMPLE

I. Cálculo de Beneficios de SNAP

29. Concesión: Remítase a 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 de Miembros Elegibles) 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, 2015

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	\$638.00	\$981.00
2	\$863.00	\$1,327.50
3	\$1,088.50	\$1,674.00
4	\$1,314.00	\$2,021.00
5	\$1,539.00	\$2,367.50
6	\$1,764.50	\$2,714.00
7	\$1,990.00	\$3,061.00
8	\$2,215.00	\$3,407.50
Each additional member	+ \$225.50	+ \$346.50

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.

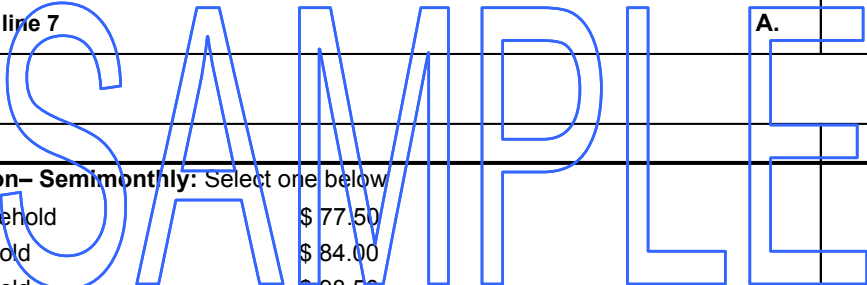
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Budget Worksheet (CA) – Part 2

Effective October 1, 2015

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

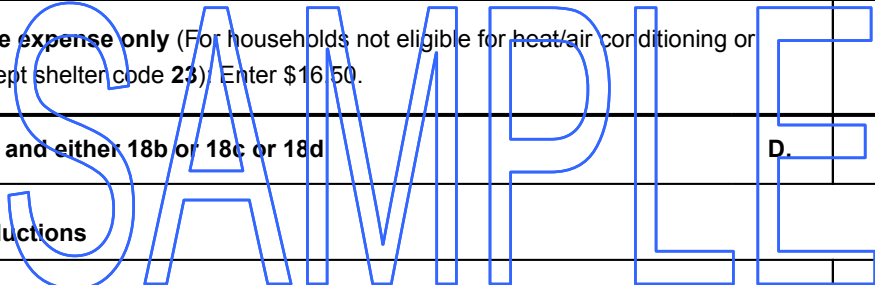
10. 20% of line 3		
11. Standard Deduction– Semimonthly: Select one below		
a) 1–3 person household	\$ 77.50	
b) 4-person household	\$ 84.00	
c) 5-person household	\$ 98.50	
d) 6+ person household	\$ 113.00	
12. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense) If the household has out-of-pocket dependent care costs do not use the 130% Gross Income Table. Use the 200% Gross Income Table.		
13. Semimonthly Automated Recoupment: Enter Semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
13a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless shelter deduction.		
14. Add lines 10, 11, 12, 13, and 13a	B.	

C. Adjusted Income

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

D. Shelter Costs

16. Semimonthly Actual Rent or Mortgage Billed to Household (For hotel/emergency shelter cases): Enter maximum shelter allowance for family size.	\$	
17. Other Semimonthly Expenses (Real estate taxes, insurance, installation of utilities, etc.)		
18. Semimonthly Utility Allowance: Select the correct utility allowance (a, b, c, or d) and enter the amount on the appropriate line. a) Enter zero (0) for shelter code 23 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months.		
b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$384.00.		
c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone allowance of \$152.00.		
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	\$252	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.

<p>28. Enter Semimonthly net income amount for household size from table.</p>																					
<p>29. Compare amount entered on line 27 with the amount entered on line 28.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ineligible</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Eligible</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Household Size</th> <th style="text-align: center;">100% Semimonthly Net Income</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: right;">\$490.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">\$664.00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: right;">\$837.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: right;">\$1,010.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: right;">\$1,184.00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: right;">\$1,357.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: right;">\$1,530.50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: right;">\$1,704.00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Each additional member</td><td style="text-align: right;">+ \$173.50</td></tr> </tbody> </table>	Household Size	100% Semimonthly Net Income	1	\$490.50	2	\$664.00	3	\$837.50	4	\$1,010.50	5	\$1,184.00	6	\$1,357.50	7	\$1,530.50	8	\$1,704.00	Each additional member	+ \$173.50
Household Size	100% Semimonthly Net Income																				
1	\$490.50																				
2	\$664.00																				
3	\$837.50																				
4	\$1,010.50																				
5	\$1,184.00																				
6	\$1,357.50																				
7	\$1,530.50																				
8	\$1,704.00																				
Each additional member	+ \$173.50																				

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, 2015

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

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 Salarial Bruto Quincenal	\$	
2. Ingreso Neto Quincenal 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 la familia en vez del alquiler real.)		
5. Pago Directo Quincenal de Alquiler		
6. Ingreso No Salarial Bruto Quincenal (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago Quincenal de Manutención de Niños Obligado por la Ley 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 Bruto – Vea la Prueba del 200% del Ingreso Bruto para los hogares con gastos por cuenta propia para cuidado de dependientes. Para todos los otros hogares vea la Prueba del 130%.

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

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	\$ 638.00	\$ 981.00
2	\$ 863.00	\$ 1,327.50
3	\$ 1,088.50	\$ 1,674.00
4	\$ 1,314.00	\$ 2,021.00
5	\$ 1,539.00	\$ 2,367.50
6	\$ 1,764.50	\$ 2,714.00
7	\$ 1,990.00	\$ 3,061.00
8	\$ 2,215.00	\$ 3,407.50
Cada miembro adicional	+ \$ 225.50	+ \$ 346.50

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, 2015

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 Salarial Bruto Quincenal	\$	
2. Ingreso Neto Quincenal 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 máxima de albergue para el tamaño de la familia en vez del alquiler actual.)		
5. Pago de Alquiler Directo Quincenal		
6. Ingreso No Salarial Bruto Quincenal (No anote el ingreso de empleo en esta línea.)		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago Quincenal de Manutención de Niños Obligado por la Ley		
9. Reste la línea 8 de la línea 7	A.	

SAMPLE

B. Deducciones

10. 20% de la línea 3		
11. Deducción Normal – Quincenal: Favor de seleccionar una de las siguientes. a) Hogar de 1–3 personas \$77.50 b) Hogar de 4 personas \$84.00 c) Hogar de 5 personas \$98.50 d) Hogar de 6 o más personas \$113.00		
12. Costos quincenales de Cuidado para Niños/Dependientes (Utilice el gasto real.) Si el hogar tiene costos por cuenta propia de cuidado para dependientes no se remita la tabla del 130% del Ingreso Bruto. Vea la Tabla del 200% del Ingreso Bruto.		
13. Recuperación Automática Quincenal: Anote la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 solamente. Para todas las otras recuperaciones automáticas, no anote nada.		
13a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o gasto actual, cualquiera que sea mayor. Nota: Las familias sin hogar (código de albergue 23) que cualifican para una SUA de calefacción/acondicionamiento a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de refugio para personas sin hogar.		
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 de albergue 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 si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses.		
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 \$384.00 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 \$152.00.		
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 las líneas 16, 17, y 18b o 18c o 18d		D.

E. Deduciones Sobrantes de Albergue

20. Anote D (Costos de Albergue): La cantidad de la línea 19.	\$	
21. Anote la 1/2 (mitad) de C (Ingreso Ajustado): La 1/2 de la cantidad de la línea 15.		
22. Costos Sobrantes de Albergue: Reste la línea 21 de la línea 20. Si la cantidad de la línea 20 es inferior a la de la línea 21, anote cero (0).		
23. Máxima Dedución Quincenal de Albergue Permitida.	\$252	00
24. Anote la menor de las cantidades de las líneas 22 y 23.	E.	

F. Ingreso Neto Quincenal de SNAP

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

G. Prueba del Ingreso Neto Quincenal del 100%

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

28. Anote el ingreso neto Quincenal para el tamaño del hogar de la tabla.	
29. Compare la cantidad anotada en la línea 27 con la cantidad en la línea 28.	
(a) Si la cantidad anotada en la línea 27 es superior a 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 inferior a o igual a la cantidad en la línea 28, el hogar cumple la Prueba del 100% del Ingreso Neto Quincenal. Marque la casilla elegible y llene la sección H.	<input type="checkbox"/> Elegible

Tamaño del Hogar	100% del Ingreso Neto Quincenal
1	\$490.50
2	\$664.00
3	\$837.50
4	\$1,010.50
5	\$1,184.00
6	\$1,357.50
7	\$1,530.50
8	\$1,704.00
Cada miembro adicional	+ \$173.50

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, 2015

*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 SNAP 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	\$981.00
	2	\$1,327.50
	3	\$1,674.00
	4	\$2,021.00
	5	\$2,367.50
	6	\$2,714.00
	7	\$3,061.00
	8	\$3,407.50
	Each additional member	+346.50

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. <ul style="list-style-type: none"> a) 1–3 person household \$ 77.50 b) 4-person household \$ 84.00 c) 5-person household \$ 98.50 d) 6+ person household \$ 113.00 		
14. Semimonthly Child/Dependent Care Costs (use actual expense)		
15. Semimonthly Automated Recoupment: Enter semimonthly recoupment for duplicate check fraud or offense codes 01–32 and 99 only. For all other automated recoupments, make no entry.		
16. Semimonthly Medical Expenses: Subtract \$17.50 from the gross semimonthly medical expense amount and enter the balance. If less than zero (0), enter "0".		
16a. Semimonthly Homeless Shelter Deduction (\$71.50) or actual expense, whichever is greater Note: Homeless households (shelter code 23) that qualify for a heating/cooling SUA due to receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months, cannot also receive the homeless shelter deduction.		
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 if household has not received HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months.		
b) With heating or air conditioning expense or receipt of HEAP payments greater than \$20 in the last 12 months: Enter the semimonthly standard combined heat, utility and telephone allowance of \$384.00.		
c) With utility expenses only (for households not eligible for heating or air conditioning SUA): Enter the semimonthly combined utility and telephone standard of \$152.00.		
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.		Household Size	100% Semimonthly Net Income
30. Compare amount entered on line 28 with the amount entered on line 29. a) If the amount entered on line 28 is greater than the amount on line 29, the household is ineligible for SNAP benefits. Stop here. Check Ineligible box. b) If the amount entered on line 28 is less than or equal to the amount entered on line 29, the household meets the 100% Semimonthly Net Income Test. Check Eligible box and complete Section I.	<input type="checkbox"/>	1	\$490.50
	<input type="checkbox"/>	2	\$664.00
	<input type="checkbox"/>	3	\$837.50
	<input type="checkbox"/>	4	\$1,010.50
	<input type="checkbox"/>	5	\$1,184.00
	<input type="checkbox"/>	6	\$1,357.50
	<input type="checkbox"/>	7	\$1,530.50
	<input type="checkbox"/>	8	\$1,704.00
	<input type="checkbox"/>	Each additional member	+\$173.50

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)*

A partir del 1ro de octubre de 2015

*El hogar debe constar de por lo menos un miembro en SSI/anciano (60 años de edad o más) o discapacitado 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 de dólares.

1. Ingreso Salarial Bruto Quincenal	\$	
2. Ingreso Neto Quincenal de Huésped/Inquilino o Inquilino		
3. Sume las líneas 1 y 2		
4. Concesión Quincenal de CA: Para casos de hotel/albergue de emergencia, incluya la asignación máxima de albergue para el tamaño de la familia en vez del alquiler que se paga actualmente		
5. Pago de Alquiler Directo Quincenal		
6. Ingreso No Salarial Bruto Quincenal: No anote su ingreso de empleo aquí.		
7. Sume las líneas 3, 4, 5, y 6		
8. Pago quincenal de manutención de niños 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 consta de 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 inferior o igual a la cantidad en la línea 10, el hogar cumple el 200% del Límite de Ingreso Bruto y es categóricamente elegible para beneficios de SNAP. Salte la Sección H y llene el resto de este formulario.	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto
	1	\$981.00
	2	\$1,327.50
	3	\$1,674.00
	4	\$2,021.00
	5	\$2,367.50
	6	\$2,714.00
	7	\$3,061.00
	8	\$3,407.50
	Cada miembro adicional	\$346.50

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

C. Deducciones

12. 20% de la línea 3		
13. Deducción Fija – Quincenal: Seleccione una opción.		
a) Hogar de 1 – 3 personas \$77.50		
b) Hogar de 4 personas \$84.00		
c) Hogar de 5 personas \$98.50		
d) Hogar de 6 o más personas \$113.00		
14. Gastos Quincenales de Cuidado Infantil/de Dependientes (anote el gasto real)		
15. Recuperación Quincenal Automática: Anote sólo la recuperación quincenal por fraude de cheques duplicados o códigos de ofensa 01–32 y 99 . Para toda otra recuperación automática no anote nada.		
16. Gastos Médicos Quincenales: Reste \$17.50 de la cantidad bruta de gastos médicos quincenales y anote el balance. Si menos de cero (0), anote "0".		
16a. Deducción Quincenal de Albergue para Desamparados (\$71.50) o el gasto real, el que sea mayor Nota: Las familias sin hogar (código de albergue 23) que cualifican para una SUA de calefacción/acondicionamiento a raíz de recibir pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses, no pueden recibir además la deducción de refugio para personas sin hogar.		
17. Sume las líneas 12, 13, 14, 15, 16, y 16a	C.	

D. Ingreso Ajustado

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

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 de Servicios Públicos: Seleccione la asignación correcta para servicios públicos (a, b, c, o d) y anote la cantidad correcta en la línea que corresponda.		
a) Anote cero (0) para código de albergue 23 si el hogar no ha recibido pagos de HEAP mayores de \$20 en los últimos 12 meses.		
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 \$384.00.		
c) Sólo con gastos de servicios públicos: (para los hogares no elegibles para calefacción o aire acondicionado SUA): Anote la asignación quincenal combinada de servicios públicos y teléfono de \$152.00.		
d) Sólo con gastos de teléfono (para los hogares no elegibles para calefacción/aire acondicionado o SUA de servicios públicos excepto el código de albergue 23): Anote \$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 inferior o igual a la cantidad de la línea 29, el hogar cumple el 100% de la Prueba de Ingreso Neto mensual. Marque la casilla Elegible y llene la Sección I.	<input type="checkbox"/> Inelegible	1	\$490.50
	<input type="checkbox"/> Elegible	2	\$664.00
	<input type="checkbox"/> Inelegible	3	\$837.50
	<input type="checkbox"/> Elegible	4	\$1,010.50
	<input type="checkbox"/> Inelegible	5	\$1,184.00
	<input type="checkbox"/> Elegible	6	\$1,357.50
	<input type="checkbox"/> Inelegible	7	\$1,530.50
	<input type="checkbox"/> Elegible	8	\$1,704.00
			Cada miembro adicional

I. Cálculo de Beneficios del SNAP

31. Ingreso Neto Mensual de SNAP: Multiplique la Cantidad de la línea 28 por 2.	I.	
32. Porción: Remítase 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 de Personas Elegibles) 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	\$1,276	\$1,726	\$2,177	\$2,628	\$3,078	\$3,529	\$3,980	\$4,430	+ \$451

- These income limits are effective October 1, 2015.
- 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;
- 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				Extended Hours Centers	
The following SNAP Centers are open from 8:30 AM to 5:00 PM, Monday through Friday (except legal holidays)				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 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	Hunts Point – S40 845 Barretto Street 1st Floor Bronx, NY 10474	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	

Pautas 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. Se usan 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 propietario(a) de su casa y automóvil y aún ser elegible para beneficios de SNAP.
- 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	\$1,276	\$1,726	\$2,177	\$2,628	\$3,078	\$3,529	\$3,980	\$4,430	+ \$451

- Estos límites de ingresos entran en vigor a partir del 1 de octubre de 2015.
- Los límites del Máximo de Ingreso Bruto Mensual no corresponden a los hogares de SNAP con personas ancianas o discapacitadas, o si todos en su hogar reciben SSI, TANF, o SNA, usted no tiene que cumplir ningún límite de ingreso. Los hogares que incurrir en gastos de cuidado de dependientes están sujetos a límites mayores del ingreso bruto.

Para presentar una solicitud de SNAP, usted puede:

- presentar una solicitud por el Internet mediante el sitio Web de **ACCESS NYC** en www.nyc.gov/accessnyc;
- enviar por correo su solicitud a la **Division of SNAP Services, Mail Application & Referral Unit (MARU), P.O. Box 24510, Brooklyn, NY 11201**;
- enviar su solicitud por fax al **(917) 639-1111**;
- presentar solicitud en una organización comunitaria (CBO) [llame al 311 para una lista de los 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-129G [S]**), la cual lista algunos de los documentos más comunes que se pueden utilizar para verificar cada uno de los factores de elegibilidad que correspondan. 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 nos permitirá acelerar el trámite de su solicitud de SNAP.

Los Centros de SNAP de la Ciudad de Nueva York				Los Centros Con Horarios Suplementarios	
Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de las 8:30 AM a las 5:00 PM, de lunes a viernes (excepto los días feriados oficiales)				Los siguientes Centros de SNAP están abiertos de las 8:30 AM a las 6:00 PM, de lunes a viernes y de las 9:00 AM a las 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 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	Hunts Point – S40 845 Barretto Street 1er piso Bronx, NY 10474	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	