



OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

POLICY DIRECTIVE #23-05-ELI (This Policy Directive Replaces PD #22-05-ELI)

EARNED INCOME DISREGARD EFFECTIVE JUNE 2023

Date: May 15, 2023	Subtopic(s): Cash Assistance Budgeting
------------------------------	--

AUDIENCE This policy directive is for Benefits Access Center (BAC) and HIV/AIDS Services Administration (HASA) Center staff and is informational for all others.

POLICY Social Services Law (SSL) Section 131-a(8)(a)(iii) requires that the Cash Assistance (CA) Earned Income Disregard (EID) be adjusted in June of each year to reflect changes in the most recently published Federal Poverty Guidelines from the United States Department of Health and Human Services.

The EID is applicable to all Cash Assistance households with earned income and is applied to earnings up to the Federal Poverty Level.

BACKGROUND Effective June 1, 2023, the EID will increase from 50% to 62%. The work expense disregard will remain as \$150 per month.

The 2023 poverty level guidelines listed below are used to determine the maximum earnings that can count toward the EID.

This chart represents the 100% federal poverty level guidelines by household size.

2023 CA Poverty Level Guidelines	
Size of Family Unit	Semimonthly Limit
1	\$607.50
2	\$821.67
3	\$1035.83
4	\$1250.00
5	\$1464.17
6	\$1678.33
7	\$1892.50
8	\$2106.67
For each additional person, add \$214.17	

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?

Request a Clearance in [Service NOW](#), or send an e-mail to fiacallcenter2@dss.nyc.gov, or Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or fax to: (917) 639-0298

When calculating a budget with earned income, the EID is applied prior to the work expense disregard.

The EID change from 50% to 62% will impact budgets effective **6/A/23** or later.

Note: Based on policy changes that were included in the enacted 2022-23 New York State budget, effective October 1, 2022:

- the 185% Gross Income Test (GIT) and the Poverty Level Test were eliminated;
- the eligibility to receive the EID was expanded to all households with earned income; and
- the budgeting methodology was changed to apply the EID prior to the work expense disregard.

Revised Forms

The forms below have been revised to reflect the changes:

See [PB #11-58-OPE](#)

See [PB #15-98-OPE](#)

See [PB #08-125-OPE](#)

See [PB #10-113-OPE](#)

- Recoupment Overpayment Worksheet (**FIA-1104**)
- Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship (**W-145F**)
- Guide to Cash Assistance Budgeting (**W-203K**)
- Cash Assistance Budget Computation (**W-648**)
- Step-Parent / Grandparent Budget Worksheet – Cash Assistance (**W-648B**)
- Temporary housing Budget Worksheet (**W-648M**)

Center Directors must ensure that all previous versions of the above forms are removed from circulation and recycled.

Mass Re-budgeting

As part of the implementation of the CA budgeting changes, a Mass Re-budget (MRB) has been completed.

The MRB is comprised of Pass I and Pass II processes. Pass I created notices through Client Notice System (CNS) that informed participants with earned income of the changes to the CA grant.

The unique authorization number for this MRB is **99999343**.

Pass I occurred over the weekend of April 15-16, 2023. Pass I calculated and saved a new budget and passed the new budget number to CNS to generate a notice of the change no later than ten days before the date of the contemplated action. These CNS notices reflect changes to both CA and Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) budgets.

Pass II of the MRB will occur over the weekend of May 20-21, 2023. As a result of this MRB, the saved budgets will be authorized for the affected cases for the **6/A/23** cycle.

CA cases of participants enrolled in the Grant Diversion Program will not be re-budgeted in this MRB.

Note: Multi-suffix cases are excluded from the MRB process. These cases are placed on an exception report and forwarded to the Regional Managers for further processing.

Also, as part of the MRB process, all stored budgets (including **FIA-3A** budgets) affected by these changes, will be re-budgeted for the **6/A/23** cycle.

REQUIRED ACTION

When determining financial eligibility for CA, only the Net Income Test is conducted:

- **Net Income Test** – The Net Income test must be conducted to determine financial eligibility. The EID must be applied as follows:

Applying the EID

- If the family or individual is applying for the first time or reapplying on a case that has been closed for more than four months, financial eligibility must be determined prior to the application of the EID. Therefore, the Net Income Test must be done first to determine financial eligibility. If the household passes the Net Income Test, the household is deemed financially eligible and the EID is then applied to determine the household’s semimonthly grant. If the household fails the net income test, the household is ineligible for CA.
- If the family or individual has an active CA case or is reapplying on a case that has been closed for four months or less, the EID must be applied prior to applying the Net Income Test to determine the household’s financial eligibility. If the household fails the Net Income Test, after applying the EID, the household is ineligible for CA.

See the “PA/SNAP Budgeting Manual”, pages **A-62** and **A-63** for the budgeting process for cases that have been closed for four (4) months or less.

Note: The household is not eligible for the EID in any month in which the earned income was unreported or was reported more than ten (10) days after the date of their first pay. The household remains eligible for the EID going forward for the next available cycle. In addition, the EID is not granted for the month following the month that the earned income was reported if the earned income was reported more than 10 days after the date of the first pay and less than 10 days before the end of the month.

When calculating a budget in the Welfare Management System (WMS), the Automated Budgeting and Eligibility Logic (ABEL) system automatically performs the Net Income Test.

Cases excluded from the MRB process

Multi-suffix and any other cases that were excluded from the MRB process must be manually re-budgeted. When the exception report is received, the Job Opportunity Specialist (JOS)/Worker must:

- calculate, save, and authorize a new budget (with a budget effective date of **06/A/23** or later) to reflect the changes listed in this policy directive.
- ensure that a Client Notices System (CNS) notice is generated for single suffix cases. (Do not use M3E Indicator **A** or **T**.)
- multi-suffix cases require manual notices.
- supplement where the CA grant results in an increase

Make a case entry detailing all actions taken.

PROGRAM IMPLICATIONS

Paperless Office System (POS) Implications

There are no POS implications.

SNAP Implications

Because of these changes, most CA/SNAP households with budgeted earned income will experience an increase in their CA grant. This change is budgetable for SNAP purposes. CA/SNAP cases that were mass re-budgeted will have their SNAP benefits adjusted automatically and will be sent a CNS notice. CA/SNAP cases listed as exceptions during the MRB process must be manually re-budgeted and sent a manual notice.

Medicaid Implications

There are no Medicaid implications.

LIMITED ENGLISH PROFICIENT (LEP) AND DEAF/HARD-OF HEARING IMPLICATIONS

Staff must obtain appropriate interpretation services for individuals who are Limited English Proficient (LEP) or deaf or hard-of-hearing. Please refer to PD #18-10-OPE, PD #17-19-OPE and DSS-PB #2021-007 (R1) for detailed instructions.

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 applicants/participants must receive either adequate or timely and adequate notification of all actions taken on their case.

Conferences

An applicant/participant can request and receive a conference with a Fair Hearing and Conference (FH&C) AJOS/Supervisor I at any time. If an applicant/participant comes to the Benefits Access Center requesting a conference, the Receptionist must alert the FH&C Unit that the individual is waiting to be seen. In Model Offices, the Receptionist at Main Reception will issue an FH&C ticket to the applicant/participant to route them 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 applicant/participant, review the case file and discuss the issue(s) with the JOS/Worker responsible for the case and/or the JOS/Worker’s Supervisor. The AJOS/Supervisor I will explain the reason for the Agency’s action(s) to the applicant/participant.

Should the applicant/participant elect to continue their appeal by requesting a Fair Hearing or proceeding to a hearing already requested, the FH&C AJOS/Supervisor I is responsible for ensuring that further appeal be properly controlled and that appropriate follow-up action is taken in all phases of the Fair Hearing process.

Evidence Packets

All Evidence Packets must contain a detailed history, e.g. copies of POS “Case Comments” and/or New York City Work, Accountability and You (NYCWAY) “Case Notes” screens, copies of relevant WMS screen printouts, notices sent, and other documentation relevant to the action taken.

REFERENCES

22 TA/DC081
 22 TA/DC085
 22-ADM-11
 SSL Section 131-a (8)(a)(ii and iii)
 18 NYCRR 352.19 and 352.20
 ABEL Transmittal 23-1

RELATED ITEMS [PA/SNAP Budgeting Manual](#)
[PB #08-125-OPE](#)
[PB #10-113-OPE](#)
[PB #11-58-OPE](#)
[PB #15-98-OPE](#)

ATTACHMENTS

FIA-1004	Recoupment Overpayment Worksheet (Rev. 04/03/2023)
W-145F	Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship (Rev. 04/03/2023)
W-145F (S)	Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship (Spanish) (Rev. 04/03/2023)
W-203K	Guide to Cash Assistance Budgeting (Rev. 04/03/2023)
W-648	Cash Assistance Budget Computation (Rev. 04/03/2023)
W-648 (S)	Cash Assistance Budget Computation (Spanish) (Rev. 04/03/2023)
W-648B	Step-Parent / Grandparent Budget Worksheet – Cash Assistance (Rev. 04/03/2023)
W-648B (S)	Step-Parent / Grandparent Budget Worksheet – Cash Assistance (Spanish) (Rev. 04/03/2023)
W-648M	Temporary Housing Budget Worksheet (Rev. 04/03/2023)
W-648M (S)	Temporary Housing Budget Worksheet (Spanish) (Rev. 04/03/2023)

Recoupment Overpayment Worksheet

Worker's Name: _____ Date: ___/___/___ Originating Center/Work Location: _____

Case Name: _____ Case Number: _____ Suffix Number: _____ Date of Discovery: ___/___/___

Individual Matched: _____ Line Number: _____ Total Offense Period: _____

A		B	C	D	E	F	G	H
Cycles		Amount of CA Grant Received Semimonthly During Offense Period*	Number of Cycles	Amount of Earned or Unearned Income Available in Offense Period <small>(Less applicable disregards) (Enter amount from page 2)</small>	New Grant Amount With Income Applied	Total New Grant Amount With Income Applied During Entire Offense Period <small>(E x C)</small>	Total Grant Amount Received in Offense Period <small>(B x C)</small>	Overpayment Amount to be Recouped <small>(G-F)</small>
From	To							
*Include recoupments and supplemental payments.								

SAMPLE

Note: The recoupable amount must be less than or equal to the amount of the semimonthly Cash Assistance grant.

(Turn page)

Determining Available Income

Eligible for income disregards **YES or NO**

1. Gross Income _____
 - a. Frequency of Pay _____
2. Convert Income to Semimonthly Amount _____
3. Subtract Earned Income Disregard from amount in line 2 _____
4. Subtract the semimonthly work expense disregard of \$75 from amount in line 3 _____

Note: If Household is not eligible for disregards enter amount from line 2 in Column D
If Household is eligible for disregards enter amount from line 4 in Column D

SAMPLE



Recoupment Worksheet to Determine Undue Hardship

(Round down all money figures to the nearest 50¢)
Effective October 1, 2022

Case Number:		Category:	
Case Name Suffix:		Center Number:	
		Total to be shared	Suffix to be Recouped
			Other People in Household
A. Semimonthly Income			
1. CA Household Needs			
2. SNAP Benefits (1/2 of Monthly SNAP Benefit)			
3. Exempt Income (Employment Incentive, child support bonus payments, etc.)			
4. Total Income (Lines 1, 2 + 3)			
B. Semimonthly Expenses			
5. Food Needs Based on USDA – Thrifty Food Plan:			
1 Person = \$140.50 5 Persons = \$558.00 2 Persons = \$258.00 6 Persons = \$669.50 3 Persons = \$370.00 7 Persons = \$740.00 4 Persons = \$469.50 8 Persons = \$845.50 \$105.50 for each additional person			
6. Semimonthly Actual Rent			
7. Semimonthly Utilities (Averaged over last three months)			
8. Semimonthly Clothing for Children on Suffix being Recouped (\$12.50 x Children)			
9. Semimonthly Verified Medical Expenses of Persons on Suffix Being Recouped			
10. Total Expenses (Lines 5, 6, 7, 8, 9)			
C. Maximum Available for Recoupment			
11. Total Income Minus Total Expenses (Line 4 minus Line 10)			
12. Minimum Recoupment (5% of Line 1)			
13. Maximum Available for Recoupment (Larger of Line 11 or 12)			
D. Maximum Allowable Recoupment			
14. Semimonthly Household Needs of Suffix Being Recouped (From Line 1)			
15. Maximum Recoupment (10% of Line 14)			
16. Semimonthly Amount to be Recouped (Smaller of Line 13 or 15)			
17. Recoupment Percentage (Line 16 divided by Line 14)			

Signature and Title of Staff Member Completing Worksheet _____

Date _____

Instructions

(Round down all money figures to the nearest 50¢)

- Line 1:** Enter semimonthly household needs. Include rent payments issued as two-party checks or paid directly to the landlord.
- Line 2:** Enter semimonthly SNAP Benefit. For composite or mixed household cases, enter the household's semimonthly SNAP Benefit in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 3:** Enter all semimonthly exempt income such as the \$75.00 work expense disregard, earned income disregard, and child support bonus payments.
- Line 4:** Total of **lines 1, 2 and 3**.
- Line 5:** Enter the food needs for the participant's family based on the USDA Thrifty Food Plan.
- Line 6:** Enter the semimonthly rent amount paid by the participant's or the department to the landlord. Do not include any portion of the rent paid by friends or relatives to the landlord. For composite cases, enter the household's semimonthly rent (actually charged) in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 7:** Enter the average utility expense (if any) from heat and electric bills submitted for the last three months. For composite cases, enter the semimonthly amount paid by the household in the first column; prorate this amount for the case to be recouped and enter the prorated amount in the second column.
- Line 8:** Multiply the number of children in the household by \$12.50 and enter the total.
- Line 9:** Enter the average semimonthly medical expense not covered by Medicaid (must be verified).
- Line 10:** Total of **lines 5, 6, 7, 8 and 9**.
- Line 11:** Subtract the amount on **line 10** (Total Expense) from the amount on **line 4** (Total Income) and enter the difference.
- Line 12:** Enter 5% of the amount on **line 1**.
- Line 13:** Enter the amount on **line 11** or **12**, whichever is larger.
- Line 14:** Enter the semimonthly household needs.
- Line 15:** Enter 10% of the amount on **line 14**.
- Line 16:** Enter the amount on **line 13** or **15**, whichever is smaller.
- Line 17:** Divide the amount on **line 16** by the amount on **line 14** to obtain the maximum allowable percentage of recoupment. Round down the percentage to the nearest whole percentage. For example, 6.7% would be rounded down to 6%.



Hoja de cálculo de recuperación para determinar adversidad injustificada

(redondee todas las cifras de dinero a los 50¢ inferiores más cercanos)

Entra en vigor el 1.º de octubre de 2022

Número de caso:		Categoría:		
Sufijo del nombre de caso:		Núm. de centro:		
		Total a ser compartido	Sufijo a ser recuperado	Otras personas en el hogar
A. Ingresos bimensuales				
1. Necesidades del hogar que recibe la Asistencia en Efectivo (CA)				
2. Beneficios de SNAP (la mitad (1/2) del beneficio mensual de SNAP)				
3. Ingresos exentos (incentivos de empleo, pagos extra de sustento de menores, etc.)				
4. Total de ingresos (líneas 1, 2 + 3)				
B. Gastos bimensuales				
5. Necesidad de alimentos basadas en el Plan Económico de Alimentos Thrifty del USDA (USDA -Thrifty Food Plan)				
1 Persona = \$140.50 5 Personas = \$558.00 2 Personas = \$258.00 6 Personas = \$669.50 3 Personas = \$370.00 7 Personas = \$740.00 4 Personas = \$469.50 8 Personas = \$845.50 \$105.50 por cada persona adicional				
6. Alquiler bimensual real				
7. Servicios públicos bimensuales (promedio de los últimos tres meses)				
8. Gasto bimensual de ropa para niños del sufijo a ser recuperado (\$12.50 x niños)				
9. Gastos médicos bimensuales verificados de las personas del sufijo a ser recuperado				
10. Total de gastos (líneas 5, 6, 7, 8, 9)				
C. Máximo disponible para la recuperación				
11. Total de ingresos menos total de gastos (línea 4 menos línea 10)				
12. Recuperación mínima (el 5% de la línea 1)				
13. Monto máximo disponible para recuperación (el que resulte mayor al comparar las líneas 11 y 12)				
D. Recuperación máxima admisible				
14. Necesidades bimensuales del hogar del sufijo a ser recuperado (de la línea 1)				
15. Recuperación máxima (el 10% del monto de la línea 14)				
16. Monto bimensual a ser recuperado (el que resulte menor al comparar las líneas 13 y 15)				
17. Porcentaje de la recuperación (divida la línea 16 entre la línea 14)				

Firma y cargo del personal que ha completado este formulario

Fecha

Instrucciones

(redondee todas las cifras de dinero a los 50¢ inferiores más cercanos)

- Línea 1:** Anote el monto de las necesidades bimensuales del hogar. Incluya los pagos de alquiler efectuados en cheques a dos partes o pagos directos al arrendador.
- Línea 2:** Anote los beneficios bimensuales de *SNAP*. Para los casos de hogares compuestos o mixtos, anote el beneficio bimensual de *SNAP* del hogar en la primera columna; proratee este monto del caso a ser recuperado y anote la cifra prorrateada en la segunda columna.
- Línea 3:** Anote todo ingreso bimensual exento, tal como los \$75.00 de la exclusión de gasto del trabajo, la exclusión de ingresos ganados y los pagos extra del sustento de menores.
- Línea 4:** El total de las **líneas 1, 2 y 3**.
- Línea 5:** Anote el monto de la necesidad de alimentos del hogar participante, conforme al Plan Económico de Alimentos *Thrifty* del *USDA* (*USDA Thrifty Food Plan*).
- Línea 6:** Anote el monto de alquiler bimensual pagado por el participante o por el Departamento al arrendador. No incluya ninguna porción de su alquiler pagada al arrendador por sus amigos o parientes. Para los casos compuestos, anote en la primera columna el alquiler bimensual del hogar (lo que realmente se cobra); proratee este monto del caso a ser recuperado y anote la cifra prorrateada en la segunda columna.
- Línea 7:** Anote el monto promedio de los gastos de servicios públicos (de haberlos) basándose en las facturas presentadas de electricidad y calefacción de los últimos tres meses. Para los casos compuestos, anote en la primera columna el monto bimensual pagado por el hogar; proratee este monto del caso a ser recuperado y anote la cifra prorrateada en la segunda columna.
- Línea 8:** Multiplique el número de niños en el hogar por \$12.50 y anote el total.
- Línea 9:** Anote el promedio de los gastos médicos bimensuales que no estén cubiertos por *Medicaid* (sujeto a verificación).
- Línea 10:** El total de las **líneas 5, 6, 7, 8 y 9**.
- Línea 11:** Reste el monto de la **línea 10** (el total de gastos) al monto de la **línea 4** (el total de ingresos) y anote la diferencia.
- Línea 12:** Anote el 5% del monto de la **línea 1**.
- Línea 13:** Anote el monto que resulte mayor al comparar las **líneas 11 y 12**.
- Línea 14:** Anote las necesidades bimensuales del hogar.
- Línea 15:** Anote el 10% del monto de la **línea 14**.
- Línea 16:** Anote el monto que resulte menor al comparar las **líneas 13 y 15**.
- Línea 17:** Divida el monto de la **línea 16** entre el monto de la **línea 14** para obtener el máximo porcentaje admisible de recuperación. Redondee al porcentaje inferior entero más cercano. Por ejemplo, 6.7% se redondearía al 6%.

Guide to Cash Assistance Budgeting (Effective June 1, 2023)



Schedule of Semimonthly (S/M) Pre-added Allowance (10/1/12)

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
Amount	\$79.00	\$126.00	\$168.00	\$216.50	\$267.00	\$308.50	\$42.50

Special Situations

- Single persons residing in public shelters can receive a Cash Assistance personal needs allowance of \$22.50 semimonthly.
- Homeless persons who refuse placement in a shelter can receive the pre-added, energy and restaurant allowance.
- For family members joining the household for limited periods (e.g., weekends) authorize \$4.00 per day, per person.
- All participants who are billed for rent are entitled to a shelter allowance equal to the rent or the maximum shelter allowance for family size, whichever is less.
- Persons with HIV/AIDS may be limited to a shelter allowance of up to \$480 per month and up to \$330 per month for each additional person on the case.

Schedule 1

Maximum S/M Shelter Allowance with Children[†] (effective 11/1/03)

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	7 or More
S/M Amount	\$138.50	\$141.50	\$200.00	\$225.00	\$250.50	\$262.00	\$273.00

Schedule 2

Maximum S/M Shelter Allowance without Children

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$107.50	\$125.00	\$143.00	\$156.00	\$168.50	\$174.50	\$201.50	\$210.50

S/M Energy Grants

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	Each Additional Person
S/M Amount	\$12.55	\$19.75	\$26.50	\$34.35	\$42.35	\$48.60	\$6.25

S/M Fuel for Heating: Other than Natural Gas Fuel Type (Oil, Kerosene, Propane) (Code 2)**

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$35.00	\$35.00	\$35.00	\$36.50	\$38.50	\$41.00	\$44.00	\$46.50

S/M Fuel for Heating: Natural Gas Fuel Type (Code 1), Coal (Code 4), Other Code (Code 9)**

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$28.00	\$28.00	\$28.00	\$29.00	\$30.50	\$32.50	\$34.50	\$37.00

S/M Fuel for Heating: Other than Natural Gas Fuel Type (Electric) (Code 3)**

CA Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8 or More
S/M Amount	\$45.00	\$45.00	\$45.00	\$47.00	\$49.50	\$53.00	\$56.50	\$60.00

Expenses Incidental to Employment

Item of Expense	Allowance
Earned Income Disregard	62% of Gross earned income
Standard Semimonthly Work Expense Disregard	\$75.00

Expenses Incidental to Approved Training

Carfare	Public transportation expense
----------------	-------------------------------

Schedule of Semimonthly Restaurant Allowance (Includes Sales Tax)

	Dinner	Lunch and Dinner	All Meals
Amount per Person	\$14.50	\$23.50	\$32.00
Pregnant Women, Persons under 18 Years of Age and Full-Time Students Who Will Graduate before 19th Birthday	\$32.50	\$41.50	\$50.00

Schedule of Emergency Assistance Grants for All Cases

CA Family Size	Daily Rate	
	Pre-added and Energy Allowance	*Pre-added, Energy and Restaurant Allowance
1	\$6.10	\$8.25
2	\$9.70	\$14.00
3	\$12.95	\$19.35
4	\$16.70	\$25.25
5	\$20.60	\$31.30
6	\$23.80	\$36.60
7	\$27.05	\$42.00
8	\$30.30	\$47.35
9	\$33.55	\$52.75
10	\$36.80	\$58.15
Each Additional Person	\$3.25	\$5.40

[†] Includes pregnant women

* Add \$1.20 per individual, if entitled, to the \$50.00 semimonthly restaurant allowances.

** Enter the appropriate code in the fuel type field on the household screen (**NSBL02**) of the budget in WMS.



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Center: _____

Cash Assistance Budget Computation (Effective June 1, 2023)

Do not use this form for the following housing situations:

- Temporary housing with shelter type codes **06, 13, 14, 30, 33,** or **34.** Use Form **W-648M.**
- Congregate care/residential treatment with shelter type codes **15, 16, 27, 28, 29, 31, 32, 42,** or **43.** Use Form **W-648J.**

- Active CA cases and cases closed for four (4) months or less
- New cases or cases closed for more than four (4) months

SAMPLE

Other Eligible Payee(s)

First Name	M.I.	Last Name	Category	Suffix	How many in the Suffix?
Total number in household:					

Section 1: Calculation of Income/Needs

Enter Semimonthly (S/M) amounts. (Be sure to use conversion chart for weekly and monthly amounts.)

If the individual in receipt of income is legally responsible for the other suffix(es), all income/needs must be prorated.

Should it be prorated? Yes No

If Yes, what is the indicator: _____

A. Income					S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
1.	Suffix	Name	How Often	Gross Income					
					\$	\$	\$	\$	\$

Section 1: Calculation of Income/Needs (continued)

Unearned Income:				S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
2.	Workers' Compensation							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
3.	New York State Disability							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
4.	Unemployment Insurance Benefits							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
5.	Social Security Benefits							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
6.	Veterans' pension or compensation							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
7.	Interest/Dividends							
	Suffix	How Often	Gross Income					
				\$	\$		\$	
8.	Subtotal of lines 2 through 7			\$	\$		\$	

SAMPLE

Section 1: Calculation of Income/Needs (continued)

Unearned Income (continued)			S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix	
9.	Amount from Page 2, Line 8		\$	\$		\$		
10.	Child support/Combined Child and Spousal Support							
	Total Amount of Child Support							
	Suffix	Income						Number of Children
	(For each suffix in receipt of child support/combined child and spousal support income, subtract up to \$50/\$100 from S/M amount above and enter the net amount under the appropriate suffix on the right hand side.) ¹			\$		\$		
11.	Other (including Alimony/Spousal Support only ²) (specify):		\$	\$		\$		
12.	Total S/M Unearned Income (add lines 9 through 11)		\$	\$		\$		
13.	Total S/M gross income (line 1 plus line 12)		\$	\$		\$		

¹ CA households with one child are entitled to have up to \$50 S/M disregarded and households with two or more children are entitled to have up to \$100 S/M disregarded. If determined eligible for cash assistance, child support/combined child and spousal support is not budgetable but is assigned to the Agency through the Office of Child Support Services.

² No disregards are applied to income received from combined child and spousal support where the last child on the CA case is 21 years of age or older, or alimony/spousal only support orders.

SAMPLE

B. Needs			S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
14.	Basic allowance		\$	\$		\$	
15.	Energy grant		\$	\$		\$	
16.	Fuel for heating		\$	\$		\$	
17.	Pregnancy allowance						
	Enter Number of Pregnant Women						
	Suffix _____	Suffix _____					
18.	Subtotal of lines 14 through 17		\$	\$		\$	

Section 1: Calculation of Income/Needs (continued)

B. Needs (continued)				S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix																
19. Amount from Page 3, Line 18				\$	\$		\$																	
20. Restaurant Allowance																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Suffix _____</td></tr> <tr> <th style="width: 20%;">Number of People</th> <th style="width: 20%;">Meals</th> <th colspan="2" style="width: 60%;">Amount</th> </tr> <tr> <td>Pregnant or under 18*</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 or older non-pregnant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Suffix _____				Number of People	Meals	Amount		Pregnant or under 18*				18 or older non-pregnant			
Suffix _____																								
Number of People	Meals	Amount																						
Pregnant or under 18*																								
18 or older non-pregnant																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Suffix _____</td></tr> <tr> <th style="width: 20%;">Number of People</th> <th style="width: 20%;">Meals</th> <th colspan="2" style="width: 60%;">Amount</th> </tr> <tr> <td>Pregnant or under 18*</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 or older non-pregnant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Suffix _____				Number of People	Meals	Amount		Pregnant or under 18*				18 or older non-pregnant			
Suffix _____																								
Number of People	Meals	Amount																						
Pregnant or under 18*																								
18 or older non-pregnant																								
				\$	\$		\$																	
21. Other (specify):				\$	\$		\$																	
22. Shelter Allowance																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Suffix _____</td></tr> <tr> <th style="width: 30%;">Select Shelter Allowance Schedule</th> <th style="width: 10%;">No. of People</th> <th style="width: 10%;">Max. Allowed</th> <th style="width: 50%;">Actual Amount</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter With Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter Without Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Suffix _____				Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount	<input type="checkbox"/> Shelter With Children				<input type="checkbox"/> Shelter Without Children			
Suffix _____																								
Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount																					
<input type="checkbox"/> Shelter With Children																								
<input type="checkbox"/> Shelter Without Children																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Suffix _____</td></tr> <tr> <th style="width: 30%;">Select Shelter Allowance Schedule</th> <th style="width: 10%;">No. of People</th> <th style="width: 10%;">Max. Allowed</th> <th style="width: 50%;">Actual Amount</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter With Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter Without Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Suffix _____				Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount	<input type="checkbox"/> Shelter With Children				<input type="checkbox"/> Shelter Without Children			
Suffix _____																								
Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount																					
<input type="checkbox"/> Shelter With Children																								
<input type="checkbox"/> Shelter Without Children																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Prorated _____ (Total Household Members)</td></tr> <tr> <th style="width: 30%;">Select Shelter Allowance Schedule</th> <th style="width: 10%;">No. of People</th> <th style="width: 10%;">Max. Allowed</th> <th style="width: 50%;">Actual Amount</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter With Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shelter Without Children</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Prorated _____ (Total Household Members)				Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount	<input type="checkbox"/> Shelter With Children				<input type="checkbox"/> Shelter Without Children								
Prorated _____ (Total Household Members)																								
Select Shelter Allowance Schedule	No. of People	Max. Allowed	Actual Amount																					
<input type="checkbox"/> Shelter With Children																								
<input type="checkbox"/> Shelter Without Children																								
Enter actual amount or maximum allowed, whichever is less				\$	\$		\$																	
23. Total S/M needs (add lines 19 through 22)				\$	\$		\$																	

SAMPLE

* This also applies to a person who is under 19 years of age and is a full-time student regularly attending a secondary school or in the equivalent level of vocational or technical training if they may reasonably be expected to complete the educational or training program before reaching age 19.

Section 2: Poverty Level / Income Comparison for EID

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
24.	Enter total S/M gross earned income (from line 1).	\$	\$		\$	
25.	Enter poverty guideline amount for family size from look-up chart.	\$	\$		\$	

2023 Poverty Guidelines Look-up Chart	
Size of Family	Semimonthly Limit
1	\$607.50
2	\$821.67
3	\$1,035.83
4	\$1,250.00
5	\$1,464.17
6	\$1,678.33
7	\$1,892.50
8	\$2,106.67
For each additional person, add \$214.17 semimonthly.	

SAMPLE

Section 3A: Net Income Test

Active CA cases and cases closed for four (4) months or less

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
26.	Enter the amount from line 24 or line 25, whichever is LESS.		\$		\$							
27.	62% earned income disregard (multiply the amount on line 27 by 0.62). [†] <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____				\$		\$			
Suffix _____	Suffix _____											
28.	Work expense disregard, subtract \$75 S/M (allow \$75 S/M for each employed individual). <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____				\$		\$			
Suffix _____	Suffix _____											
29.	Earned income disregard plus work expense disregard, Line 27 plus line 28. <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____				\$		\$			
Suffix _____	Suffix _____											
30.	S/M gross earned income. Enter the amount from line 24.		\$		\$							
31.	S/M adjusted earned income. Line 30 minus line 29. If equal to or less than zero (0), enter (0).		\$		\$							
31A.	S/M net earned income to be prorated. Enter the total income earned by the legally responsible suffix in box A and divide proportionally in box B and box C.	A	\$	B	\$	C						
32.	Total S/M unearned income (from line 12)		\$		\$							
33.	Total S/M income (line 32 plus 31A). If there is no entry in line 31A, use line 31.		\$		\$							
34.	Total S/M needs (from line 23)		\$		\$							
35.	OCSS sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 34 by 0.25) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OCSS Sanction</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	OCSS Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
OCSS Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											

[†] The earned income disregard is only available for earnings up until the poverty level.

Section 3A: Net Income Test (continued)
Active CA cases and cases closed for four (4) months or less

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
36.	S/M needs (line 34 minus line 35)		\$		\$							
37.	Budget deficit (line 36 minus line 33 – round down to the nearest 50¢) Enter amount if greater than zero (0). If equal to or less than zero (0), do not enter amount here; enter amount on line 38.		–		–							
38.	Budget surplus – if line 33 is equal to or more than line 36, the household has failed the net income test and is not eligible for CA[†] .		+		+							
39.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 37) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
40.	S/M budget deficit (line 37 minus line 39 – round down to the nearest 50¢)		CA Grant \$		CA Grant \$							

[†]If one suffix fails the net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

SAMPLE

Section 3B: Net Income Test

New cases or cases closed for more than four (4) months

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
41.	S/M gross earned income (from line 24)		\$		\$							
42.	S/M work expense disregard – \$75 S/M (allow \$75 S/M for each employed individual)		\$		\$							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____				\$		\$			
Suffix _____	Suffix _____											
43.	S/M net earned income (line 41 minus line 42). If there are no legal lines of responsibility, skip line 43A.		\$		\$							
43A.	S/M net earned income to be prorated. Enter the total income earned by the legally responsible suffix in box A and divide proportionally in box B and box C.	A \$	B \$		C \$							
44.	Total S/M unearned income (from line 12)	\$	\$		\$							
45.	Total S/M income (lines 43A plus 44). If there is no entry in line 43A, use line 43.	\$	\$		\$							
46.	Total S/M needs (from line 23 – round down to the nearest 50¢)	\$	\$		\$							
47.	OCSS sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 46 by 0.25)		\$		\$							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OCSS Sanction</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	OCSS Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
OCSS Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
48.	S/M needs (line 46 minus line 47)	\$	\$		\$							
49.	Subtotal budget deficit (line 48 minus line 45 – round down to nearest 50¢). Enter amount if greater than zero (0). If equal to or less than zero (0), do not enter amount here; enter amount on line 50.	\$	–		–							
50.	Budget surplus – if line 45 is equal to or more than line 48, the household has failed the net income test and is ineligible for CA. [†]	\$	+		+							
51.	Enter the amount from line 24 or line 25, whichever is LESS.		\$		\$							
52.	Earned income disregard. multiply the amount on line 51 by 0.62. ^{††}		\$		\$							
53.	S/M net earned income (line 43 minus line 52). if there are no legal lines of responsibility, skip line 53A.		\$		\$							
53A.	S/M net earned income to be prorated. Enter the total income earned by the legally responsible suffix in box A and divide proportionally in box B and box C.	A \$	B \$		C \$							

[†] If one suffix fails the net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

^{††} An applicant's eligibility for CA must be determined without application of the 62% Earned Income Disregard (EID) unless the applicant has received CA for any one of the four months preceding the date of the current application. If eligible without the EID, the disregard is granted in calculating the net earned income.

Section 3B: Net Income Test (continued)
New cases or cases closed for more than four (4) months

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
54.	Total S/M needs (from line 46)		\$		\$							
55.	Total S/M income (line 44 plus line 53A). If there is no entry in line 53A, use line 53.	\$	\$		\$							
56.	Budget deficit (line 54 minus line 55 – round down to the nearest 50¢)		\$		\$							
57.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 56)											
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suffix _____</td> <td>Suffix _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </tbody> </table>		Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
58.	S/M budget deficit (line 56 minus line 57 – round down to the nearest 50¢)		CA Grant \$		CA Grant \$							

Section 4: Income for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Calculation

		Total
59.	Add together the budget deficits for each suffix (line 40 or line 58) and enter the total. This amount is also entered on line 4 of Form W-122D/DD . For alien cases with individuals ineligible for SNAP/ enter only the prorated cash assistance of eligible individuals on line 4 of Form W-122D/DD .	

Authorization Period: From: _____ To: _____.

 Authorized by

 Date



Fecha: _____
 Número de caso: _____
 Nombre del caso: _____
 Volumen de casos: _____
 Centro: _____

Hoja de cálculo de presupuesto para la Asistencia en Efectivo (Entra en vigor el 1.º de junio de 2023)

No utilice este formulario para las siguientes situaciones de vivienda:

- Vivienda provisional con códigos de albergue **06, 13, 14, 30, 33 o 34**. Utilice el formulario **W-648M (S)**.
- Cuidado en grupo/tratamiento interno con códigos de albergue **15, 16, 27, 28, 29, 31, 32, 42 o 43**. Utilice el formulario **W-648J (S)**.

- Casos activos de CA y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos.
 Casos nuevos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses.

Otro(s) beneficiario(s) elegible(s).

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido	Categoría	Sufijo	¿Núm. de personas en el sufijo?
Número total de personas en el hogar:					

Sección 1: Cálculos de ingresos/necesidades

Anote los montos bimensuales. (Asegúrese de utilizar la tabla de conversión para los montos semanales y mensuales). Si el beneficiario de los ingresos es legalmente responsable de otro(s) sufijo(s), se deben prorratear todas las necesidades/ingresos.

¿Se deben prorratear los montos? Sí No

En caso afirmativo, cuál es el indicador: _____

A. Ingresos.				Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo
1.	Ingresos ganados brutos bimensuales.							
	Sufijo	Nombre	Frecuencia	Ingresos brutos				
				\$	\$		\$	

Sección 1: Cálculo de ingresos/necesidades (continuación)

Ingresos no ganados:			Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de Personas en el sufijo	
2.	Indemnización para trabajadores							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
3.	Seguro del Estado de Nueva York para discapacitados							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
4.	Beneficios de seguro de desempleo							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
5.	Beneficios de Seguro Social							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
6.	Pensión o indemnización para veteranos de guerra							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
7.	Intereses/dividendos							
	Sufijo	Frecuencia						Ingresos brutos
			\$	\$		\$		
8.	Subtotal de las líneas 2 a 7		\$	\$		\$		

Sección 1: Cálculo de ingresos/necesidades (continuación)

Ingresos no ganados (continuación)			Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	
9.	Monto de la página 2, línea 8.		\$	\$		\$		
10.	Sustento de menores/combinación de sustento de menores y sustento conyugal.							
	Monto total de sustento de menores							
	Sufijo	Ingresos						Número de niños
	(Para cada sufijo que reciba ingresos por sustento de menores o por combinación de <u>sustento de menores conyugal</u> , reste hasta \$50/\$100 del monto bimensual indicado arriba y anote el monto neto en el sufijo correspondiente a mano derecha). ¹			\$		\$		
11.	Otro ingreso (solo incluida la pensión alimenticia/sustento conyugal ²) (especifique):		\$	\$		\$		
12.	Total de ingresos no ganados bimensuales (sume las líneas 9 a 11).		\$	\$		\$		
13.	Total de ingresos brutos bimensuales (Sume las líneas 1 y 12).		\$	\$		\$		

¹ Los hogares beneficiarios de la Asistencia en Efectivo (CA) que tengan un niño, tienen derecho a excluir hasta \$50 bimensuales y los hogares con dos o más niños tienen derecho a excluir hasta \$100 bimensuales. Si se determina que usted es elegible para recibir CA, el sustento de menores/combinación de sustento de menores y sustento conyugal no serán presupuestables, sino que se asignarán a la Agencia mediante la Oficina de Servicios para el Sustento de Menores.

² No se aplicarán exclusiones a ingresos recibidos por sustento de menores/combinación de sustento de menores y conyugal en los casos de CA donde el último menor tenga 21 años o más de edad, o si existen ordenes solo para pensión alimenticia/sustento conyugal.

Número total de personas en el hogar _____

B. Necesidades.			Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo
14.	Asignación básica		\$	\$		\$	
15.	Subsidio para energía		\$	\$		\$	
16.	Combustible para calefacción		\$	\$		\$	
17.	Asignación para embarazo						
	Anote el número de embarazadas						
	Sufijo _____	Sufijo _____					
18.	Subtotal de las líneas 14 a 17		\$	\$		\$	

Sección 1: Cálculo de ingresos/necesidades (continuación)

B. Necesidades (continuación)				Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo																																											
19	Monto de la página 3, línea 18			\$	\$		\$																																												
20.	Asignación para restaurante																																																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Número de personas</th> <th>Comidas</th> <th>Monto</th> </tr> <tr> <td>Embarazadas o menores de 18 años de edad*</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Número de personas</th> <th>Comidas</th> <th>Monto</th> </tr> <tr> <td>Embarazadas o menores de 18 años*</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Sufijo _____				Número de personas		Comidas	Monto	Embarazadas o menores de 18 años de edad*				No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad				Sufijo _____				Número de personas		Comidas	Monto	Embarazadas o menores de 18 años*				No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad														
Sufijo _____																																																			
Número de personas		Comidas	Monto																																																
Embarazadas o menores de 18 años de edad*																																																			
No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad																																																			
Sufijo _____																																																			
Número de personas		Comidas	Monto																																																
Embarazadas o menores de 18 años*																																																			
No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad																																																			
21.	Otra necesidad (especifique):			\$	\$		\$																																												
22.	Asignación de albergue																																																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <th>Seleccione plan de asignación de albergue</th> <th>Núm. de personas</th> <th>Monto máximo</th> <th>Monto actual</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue con niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue sin niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <th>Seleccione plan de asignación de albergue</th> <th>Núm. de personas</th> <th>Monto máximo</th> <th>Monto actual</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue con niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue con niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Prorrateado _____ (total de integrantes del hogar)</td> </tr> <tr> <th>Seleccione plan de asignación de albergue</th> <th>Núm. de personas</th> <th>Monto máximo</th> <th>Monto actual</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue con niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albergue sin niños</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Anote el monto actual o el monto máximo permitido, el que sea menor.</p>									Sufijo _____				Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual	<input type="checkbox"/> Albergue con niños				<input type="checkbox"/> Albergue sin niños				Sufijo _____				Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual	<input type="checkbox"/> Albergue con niños				<input type="checkbox"/> Albergue con niños				Prorrateado _____ (total de integrantes del hogar)				Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual	<input type="checkbox"/> Albergue con niños		
Sufijo _____																																																			
Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual																																																
<input type="checkbox"/> Albergue con niños																																																			
<input type="checkbox"/> Albergue sin niños																																																			
Sufijo _____																																																			
Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual																																																
<input type="checkbox"/> Albergue con niños																																																			
<input type="checkbox"/> Albergue con niños																																																			
Prorrateado _____ (total de integrantes del hogar)																																																			
Seleccione plan de asignación de albergue	Núm. de personas	Monto máximo	Monto actual																																																
<input type="checkbox"/> Albergue con niños																																																			
<input type="checkbox"/> Albergue sin niños																																																			
23.	Total de necesidades bimensuales (sumar desde la línea 19 hasta la 22).			\$	\$		\$																																												

* Esto también se aplica a personas que tengan menos de 19 años de edad y que asistan con regularidad y a tiempo completo a la escuela secundaria o que asistan a un programa de capacitación vocacional o técnico de nivel equivalente, si es razonable esperar que concluyan el programa educativo o de capacitación antes de cumplir los 19 años de edad.

Sección 2: Nivel de pobreza/comparación de ingresos para Exclusión de Ingresos Ganados (EID)

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo
24.	Anote el total de ingresos ganados brutos bimensuales (de la línea 1)	\$	\$		\$	
25.	Anote el monto que corresponde al número de integrantes del hogar, según aparece en la tabla de referencia para las pautas de pobreza.	\$	\$		\$	

Tabla de referencia para las Pautas de Pobreza de 2023	
Número de integrantes del hogar	Límite bimensual
1	\$607.50
2	\$821.67
3	\$1,035.83
4	\$1,250.00
5	\$1,678.33
6	\$1,892.50
7	\$1,746.25
8	\$2,106.67
Añada \$214.17 bimensuales por cada persona adicional.	

SAMPLE

Sección 3A: Prueba de ingresos netos

Casos activos de Asistencia en Efectivo y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos.

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
26.	Anote el monto de la línea 24 o el de la línea 25, el que sea MENOR.		\$		\$							
27.	El 62% de la exclusión de ingresos ganados (multiplique el monto de la línea 27 por 0.62). [†]		\$		\$							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Sufijo _____	Sufijo _____				\$		\$			
Sufijo _____	Sufijo _____											
28.	Exclusión de gastos de trabajo: reste \$75 bimensuales (calcule \$75 bimensuales por cada persona que esté empleada).		\$		\$							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Sufijo _____	Sufijo _____				\$		\$			
Sufijo _____	Sufijo _____											
29.	Sumar la exclusión de ingresos ganados más la exclusión de gastos de trabajo. Sume la línea 27 y la 28.		\$		\$							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Sufijo _____	Sufijo _____				\$		\$			
Sufijo _____	Sufijo _____											
30.	Ingresos ganados brutos bimensuales. Anote el monto de la línea 24.		\$		\$							
31.	Ingresos ganados ajustados bimensuales. De la línea 30, restar la 29. Si el resultado es igual o menor que cero (0), anote (0).		\$		\$							
31A.	Ingresos ganados netos bimensuales a prorratearse. Anote en la casilla A el total de ingresos ganados por el sufijo con responsabilidad legal y divida este monto proporcionalmente entre las casillas B y C.	A	B	B	B	B						
32.	Total de ingresos no ganados bimensuales (de la línea 12).	\$	\$	\$	\$	\$						
33.	Total de ingresos bimensuales (sume la línea 32 y la línea 31A). Si no ha ingresado datos en la línea 31A, utilice la línea 31.	\$	\$	\$	\$	\$						
34.	Total bimensual de necesidades (de la línea 23).	\$	\$	\$	\$	\$						
35.	Sanción de OCSS: anote el monto de la reducción del 25% de necesidades, si le corresponde (multiplique el monto de la línea 34 por 0.25).		\$		\$							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Sanción de OCSS</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>		Sanción de OCSS		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$		\$	
Sanción de OCSS												
Sufijo _____	Sufijo _____											
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí											

[†] La exclusión de ingresos ganados (EID) solo está disponible para los ingresos que no sobrepasen el nivel de pobreza.

Sección 3A: Prueba de ingresos netos (continuación)

Casos activos de Asistencia en Efectivo y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos.

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo o	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
36.	Necesidades bimensuales (a la línea 34 réstele la línea 35).		\$		\$							
37.	Déficit presupuestario (a la línea 36 réstele la línea 33 y redondee a los 50¢ inferiores). Si el monto resulta mayor que cero (0), anótelo. Si el monto equivale a o es menor que cero (0), no lo anote aquí, sino en la línea 38.		-		-							
38.	Excedente de presupuesto: si la línea 33 equivale a o es mayor que la línea 36, el hogar ha fallado la prueba de ingresos netos y no reúne los requisitos de elegibilidad para CA. [†]		+		+							
39.	Anote el monto prorrateado de la sanción por abuso de sustancias/por empleo, si le corresponde (el monto prorrateado de la línea 37). <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 60%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Monto prorrateado por abuso de sustancias/por empleo</th> </tr> <tr> <th>Sufijo</th> <th>Sufijo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </tbody> </table>	Monto prorrateado por abuso de sustancias/por empleo		Sufijo	Sufijo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$		\$	
Monto prorrateado por abuso de sustancias/por empleo												
Sufijo	Sufijo											
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí											
40.	Déficit presupuestario bimensual (a la línea 37 réstele la línea 39 – redondee a los 50¢ inferiores).		Subsidio de CA \$		Subsidio de CA \$							

[†] Si un sufijo falla la prueba de ingresos netos, vuelva a calcular las necesidades del sufijo(s) restante(s), excluyendo al sufijo inelegible. Provea las asignaciones completas o porción prorrateada aumentada según el número de sufijo(s) restante(s).

Sección 3B: Prueba de ingresos netos

Casos nuevos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses.

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufij o	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
41.	Ingresos ganados brutos bimensuales (de la línea 24).		\$		\$							
42.	Exclusión de gastos de trabajo bimensual –reste \$75 bimensuales (calcule \$75 bimensuales por cada persona empleada).											
	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">Sufijo _____</td> <td style="width:50%">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Sufijo _____	Sufijo _____				\$		\$			
Sufijo _____	Sufijo _____											
43.	Ingresos ganados netos bimensuales (a la línea 41 réstele la línea 42). Si no hay líneas de responsabilidad legal, salte la línea 43A.		\$		\$							
43A.	Ingresos ganados netos bimensuales a prorratearse. Anote en la casilla A el total de ingresos ganados por el sufijo con responsabilidad legal y divida este monto proporcionalmente entre las casillas B y C.	A	B	C								
		\$	\$	\$								
44.	Total bimensual de ingresos no ganados (de la línea 12).	\$	\$		\$							
45.	Total bimensual de ingresos (suma las líneas 43A y 44). Si no ha ingresado datos en la línea 43A, utilice la línea 43).	\$	\$		\$							
46.	Total de necesidades bimensuales (de la línea 23, redondee a los 50¢ inferiores).	\$	\$		\$							
47.	Sanción de OCSS: anote el monto de la reducción de necesidades del 25%, si corresponde (multiplique el monto de la línea 46 por 0.25).											
	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center">Sanción de OCSS</td> </tr> <tr> <td style="width:50%">Sufijo _____</td> <td style="width:50%">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align:center"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sanción de OCSS		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$		\$	
Sanción de OCSS												
Sufijo _____	Sufijo _____											
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí											
48.	Necesidades bimensuales (a la línea 46 réstele la línea 47).	\$	\$		\$							
49.	Subtotal del déficit presupuestario (a la línea 48 réstele la línea 45 y redondee a los 50¢ inferiores). Anote el monto si es mayor que cero (0). Si es equivalente a o menor que cero (0), no anote el monto aquí, sino en la línea 50.	\$	–		–							
50.	Excedente de presupuesto – si la línea 45 equivale a o es mayor que la línea 48, el hogar ha fallado la prueba de ingresos netos y no reúne los requisitos para CA. [†]	\$	+		+							
51.	Anote el monto de la línea 24 o 25, el que sea MENOR.		\$		\$							
52.	Exclusión de ingresos ganados (EID). Multiplique el monto de la línea 51 por 0.62. ^{††}		\$		\$							
53.	Ingresos ganados netos bimensuales (a la línea 43 réstele la línea 52). Si no existe responsabilidad legal, pase directamente a la línea 53A.		\$		\$							
53A.	Ingresos ganados netos bimensuales a prorratearse. Anote en la casilla A el total de ingresos ganados que el sufijo con responsabilidad legal recibe y divida este monto proporcionalmente entre las casillas B y C.	A	B	C								
		\$	\$	\$								

† Si un sufijo falla la prueba de ingresos netos, vuelva a calcular las necesidades del sufijo(s) restante(s), excluyendo al sufijo inelegible. Provea las asignaciones completas o porción prorrateada aumentada según el número de sufijo(s) restante(s).

†† La elegibilidad del solicitante para recibir CA debe determinarse sin aplicarse la Exclusión para Ingresos Ganados (Earned Income Disregard, EID) del 62%, a menos que el solicitante haya recibido CA durante cualquiera de los cuatro meses anteriores a la fecha de la solicitud actual. En caso de reunir los requisitos sin EID, la exclusión se otorga al calcular los ingresos ganados netos.

Sección 3B: Prueba de ingresos netos (continuación)
Casos nuevos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses.

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufij o	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
54.	Necesidades de necesidades bimensuales (de la línea 46).		\$		\$							
55.	Total de ingresos bimensuales (sume las líneas 44 y 53A). Si no ha ingresado datos en la línea 53A, utilice la línea 53.	\$	\$		\$							
56.	Déficit presupuestario bimensual (a la línea 54 réstele la línea 55 y redondee a los 50¢ inferiores).		\$		\$							
57.	Anote la sanción por abuso de sustancias/por empleo prorrateada, si corresponde (porción prorrateada de línea 56). <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <th colspan="2">Sanción prorrateada por abuso de sustancias/por empleo</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sanción prorrateada por abuso de sustancias/por empleo		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$		\$	
Sanción prorrateada por abuso de sustancias/por empleo												
Sufijo _____	Sufijo _____											
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí											
58.	Déficit bimensual presupuestario bimensual (a la línea 56 réstele la línea 57 y redondee a los 50¢ inferiores).		Subsidio de CA \$		Subsidio de CA \$							

Sección 4: Ingresos para el cálculo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

		Total
59	Sume los déficits presupuestarios de cada sufijo (línea 40 o línea 58) y anote el total. Este monto también se anota en la línea 4 del formulario W-122D (S)/W-122DD (S) . Para los casos de extranjeros que consten con personas inelegibles para recibir SNAP, anote en la línea 4 del formulario W-122D (S)/W-122DD (S) solo el monto prorrateado de la Asistencia en Efectivo de las personas elegibles.	

Período de autorización: desde: _____ hasta: _____.

 Autorizado por:

 Fecha

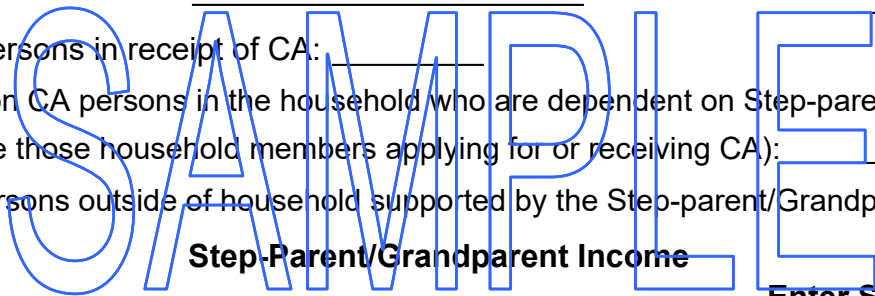


Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Step-Parent/Grandparent Budget Worksheet – Cash Assistance (effective October 1, 2022)

Section I – Household Information

- A. Step-parent Grandparent Name: _____
- B. Composite Case Name(s) _____ Case Number(s): _____
- C. Number of persons in receipt of CA: _____
- D. Number of Non CA persons in the household who are dependent on Step-parent/Grandparent
(do not include those household members applying for or receiving CA): _____
- E. Number of persons outside of household supported by the Step-parent/Grandparent: _____



Step-Parent/Grandparent Income

Enter Semi-Monthly Amounts

Section II – Unearned Income

1. Gross Unearned Income			
2. Exempt Income (e.g., SSI)			
3. Net Unearned Income (Line 1 minus Line 2)			

Section III – Earned Income

4. Gross Earned Income			
5. Standard Work Expense Disregard (\$75 Semi-Monthly)			
6. Net Earned Income (Line 4 minus Line 5)			
7. Total Net Income (Line 3 plus Line 6)			

(Turn page)

Step-Parent/Grandparent Semi-Monthly Needs/Expenses

Section IV – Needs (Based on number of people listed in Section 1, Item D)

8. Basic Allowance (Food and other based on CA standards for number of people listed in Section 1, Item D)			
9. Energy Allowance (HEA and SHEA)			
10. Shelter Allowance			
11. Water Allowance			
12. Fuel Allowance			
13. Other (pregnancy, restaurant)			
14. Total Needs (Add Lines 8 through 13)			

Enter Semi-Monthly Amounts

Section V – Expenses

15. Documented Child Support/Alimony to persons outside of the household			
16. Payments to Other Dependents (e.g., cost of care for dependent in nursing home)			
17. Total Payments (Line 15 plus Line 16)			
18. Total Deductions (Line 14 plus Line 17)			

Section VI – Deemed Income

19. Total Deemed Income (Line 7 minus Line 18)			*
---	--	--	---

* This amount is to be applied against the CA household needs.

Section VII – Cash Assistance Shelter Determination

20. Actual Semi-Monthly Shelter Cost for Entire Household			
21. Step-Parent's/Grandparent's Shelter Allowance (Line 10 Amount)			
22. CA Household's Actual Shelter Cost (Line 20 minus Line 21)			
23. CA Household's Shelter Allowance based on Section 1, Item C			
24. Maximum CA Shelter Allowance (Line 22 or 23, whichever is less)			

Where any other income exists on the Cash Assistance case (e.g., employment, unearned income, manual recoupment, etc.), it is to be budgeted in accordance with current procedure.

Authorized by: _____ Date: _____



Fecha: _____

Número de caso: _____

Nombre del caso: _____

Centro: _____

Hoja de cálculo de presupuesto del padrastro/madrastra/abuelo(a) – Asistencia en Efectivo (CA) (entra en vigor el 1.º de octubre de 2022)

Sección I – Información sobre el hogar

A. Padrastro/Madrastra Abuelo(a) Nombre: _____

B. Nombre(s) compuesto(s) del caso _____ Número(s) de caso: _____

C. Número de personas que reciben CA: _____

D. Número de personas en el hogar que no reciben CA, y que dependen de un padrastro/madrastra/abuelo(a) (no incluya a miembros del hogar que estén solicitando o recibiendo CA): _____

E. Número de personas que no forman parte del hogar y que son mantenidas por el padrastro/madrastra/abuelo(a): _____

Ingresos del padrastro/madrastra/abuelo(a)

Anote los montos bimensuales

Sección II – Ingresos no ganados

1. Ingresos no ganados brutos			
2. Ingresos exentos (p.ej., SS)			
3. Ingresos no ganados netos (a la línea 1 réstele la 2)			

Sección III – Ingresos ganados

4. Ingresos ganados brutos			
5. Exclusión de gastos de trabajo (\$75 bimensuales)			
6. Ingresos ganados netos (a la línea 4 réstele la 5)			
7. Total de ingresos netos (sume la línea 3 y la 6)			

(Gire la hoja)

Necesidades/gastos bimensuales del padrastro/madrastra/abuelo(a)

Sección IV – Necesidades (en base al número de personas listadas en la Sección 1, artículo D)

8. Asignación básica (comida y demás, en base a los estándares de CA para el núm. de personas listadas en la Sección 1, artículo D)			
9. Asignación para energía (HEA y SHEA)			
10. Asignación para albergue			
11. Asignación para agua			
12. Asignación para combustible			
13. Otra asignación (embarazo, restaurante)			
14. Total de necesidades (sume las líneas 8 a 13)			

Anote los montos bimensuales

Sección V – Gastos

15. Sustento de menores/pensión alimenticia documentados de personas que no forman parte del hogar.			
16. Pagos a otros dependientes (p. ej., costo del cuidado de un(a) dependiente que viva en un hogar de reposo para personas mayores)			
17. Total de pagos (sume la línea 15 y la 16)			
18. Total de deducciones (sume la línea 14 y la 17)			

Sección VI – Ingresos considerados

19. Total de ingresos considerados (a la línea 7 réstele la 18)			*
--	--	--	---

* Monto a considerar frente a las necesidades del hogar que recibe CA.

Sección VII – Determinación de albergue de la CA

20. Costo bimensual real de albergue para todo el hogar.			
21. Asignación de albergue del padrastro/madrastra/abuelo(a) (monto de la línea 10).			
22. Costo real de albergue del hogar que recibe CA (a la línea 20 réstele la 21).			
23. Asignación de albergue del hogar que recibe CA, basado en la Sección 1, artículo C.			
24. Máxima Asignación de albergue de CA (compare las líneas 22 y 23, y anote la de menor monto).			

Si existe algún otro ingreso en el caso de Asistencia en Efectivo (p.ej., empleo, ingresos no ganados, recuperación manual, etc.), se deberá presupuestar según el procedimiento vigente.

Autorizado por: _____ Fecha: _____



Date: _____
 Case Number: _____
 Case Name: _____
 Caseload: _____
 Center: _____
 Telephone: _____

Temporary Housing Budget Worksheet

(Effective June 1, 2023)

Use this form for households residing in temporary housing only (shelter codes **06, 13, 14, 30, 33, 34**).
 Congregate care or residential treatment facilities (shelter codes **15, 16, 27, 28, 29, 31, 32, 42 or 43**) use Form **W-648J**.
 All others use Form **W-648**.

- Active CA cases and cases closed for four (4) months or less** Shelter Type _____
 New cases or cases closed for more than four (4) months
 Incremental Sanction Non compliance unrelated to OCSS or employment¹
 Suffix 1 How many ____ Suffix 2 How many ____

Other Eligible Payee(s)

First Name	M.I.	Last Name	Category	Suffix	How many in the Suffix?
Total number in household:					

Section 1: Calculation of Income/Needs

Convert to and enter semimonthly (S/M) amounts.

FOR MULTI SUFFIX CASES ONLY: If the individual in receipt of income is legally responsible for members of the other suffix(es), all income/needs must be prorated.

Should it be prorated: Yes No If Yes, what is the shelter proration indicator code: _____

A. Income					S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
1.	Gross earned income								
	Suffix	Name	How Often	Gross Income					
					\$				\$

Unearned Income:

	Suffix	How Often	Gross Income			
2.			Workers' Compensation	\$	\$	\$
3.			New York State Disability	\$	\$	\$
4.			Unemployment Insurance Benefits	\$	\$	\$
5.			Social Security benefits	\$	\$	\$
6.			Veterans' pension or compensation	\$	\$	\$
7.			Interest/Dividends	\$	\$	\$
8.			Subtotal of lines 2 through 7	\$	\$	\$

¹ An incremental sanction is the sanction of an individual for noncompliance with a CA/SNAP requirement not related to OCSS or employment. An incremental sanction reduces the household size by the number of sanctioned individuals. The sanctioned individual's needs are not considered in the CA budget.

Section 1: Calculation of Income/Needs (continued)

A. Income (continued)		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix		
9.	Amount from Page 1, Line 8	\$	\$		\$			
10.	Child support/Combined Child and Spousal Support ²							
Total Amount of Child Support								
Suffix	Income						How often	Number of Children
(For each suffix in receipt of child support/combined child and spousal support income, subtract up to \$50/\$100 from the S/M amount above and enter the net amount under the appropriate suffix on the right-hand side.)			\$		\$			
11.	Other (including Alimony/Spousal Support Only ³) (specify).	How often	\$	\$	\$			
12.	Total S/M Unearned Income (add lines 9 through 11)	\$	\$		\$			
13.	Total S/M gross income (line 1 plus line 12)	\$	\$		\$			

² CA households with one child are entitled to have up to \$50 S/M disregarded and households with two or more children are entitled to have up to \$100 S/M disregarded. If determined eligible for cash assistance, child support/combined child and spousal support is not budgetable but is assigned to the Agency through the Office of Child Support Services.

³ No disregards are applied. Income received from combined child and spousal support where the last child on the CA case is 21 years of age or older, or alimony/spousal only support orders.

Total number in household _____

B. Needs ⁴		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
14.	Basic allowance	\$	\$		\$	
15.	Home energy allowance	\$	\$		\$	
16.	Fuel for heating	\$	\$		\$	
17.	Pregnancy allowance					
Enter Number of Pregnant Women						
Suffix _____	Suffix _____					
18.	Subtotal of lines 14 through 17	\$	\$		\$	

⁴ Please refer to Guide to Cash Assistance Budgeting (W-203K).

B. Needs (continued)				S/M Amounts to be Prorated	Number		Number	
					Suffix	in Suffix	Suffix	in Suffix
19. Amount from Page 2, Line 18				\$	\$		\$	
20. Restaurant Allowance								
Suffix _____								
Number of People		Meals	Amount					
Pregnant or under 18 ⁵								
18 or older non-pregnant								
Suffix _____								
Number of People		Meals	Amount					
Pregnant or under 18 ⁵								
18 or older non-pregnant								
								\$
21. Other (specify):				\$	\$		\$	
22. Total Allowance (add lines 19 through 21)				\$	\$		\$	
23. Temporary Housing Shelter allowance ⁶				\$	\$		\$	
24. Total S/M needs (add lines 22 and 23 - round down to the nearest 50¢)				\$	\$		\$	

⁵ This also applies to a person who is under 19 years of age and is a full-time student regularly attending a secondary school or in the equivalent level of vocational or technical training if he/she may reasonably be expected to complete the educational or training program before reaching age 19.

⁶ From the W-145UU

SAMPLE

Section 2: Poverty Level/Income Comparison for EID

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix
25.	Enter total S/M gross earned income from line 1.	\$	\$		\$	
26.	Enter poverty guideline amount for family size from look-up chart.	\$	\$		\$	

2023 Poverty Guidelines Look-up Chart	
Size of Family	Semimonthly Limit
1	\$607.50
2	\$821.67
3	\$1,035.83
4	\$1,250.00
5	\$1,464.17
6	\$1,678.33
7	\$1,892.50
8	\$2,106.67
For each additional person, add \$214.17 semimonthly.	

For active CA cases and cases closed for four (4) months or less, please continue on page 5. For new cases or cases closed for more than four (4) months, please go to page 7.

SAMPLE

Section 3A: Net Income Test

Active CA cases and cases closed for four (4) months or less

S/M Net Income		S/M Amounts to be Prorated	Suffix		Number in Suffix					
			Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix				
27.	Enter the amount from line 25 or line 26, whichever is <u>LESS</u> .	\$	\$		\$					
28.	62% earned income disregard (multiply amount on line 27 by 0.62). ⁷									
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____			\$	\$		\$	
Suffix _____	Suffix _____									
29.	Work expense disregard, subtract \$75 S/M (allow \$75 S/M for each employed individual).									
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____			\$	\$		\$	
Suffix _____	Suffix _____									
30.	Earned income disregard plus work expense disregard. Line 28 plus line 29.	\$	\$		\$					
31.	S/M gross earned income. Enter amount from line 25.	\$	\$		\$					
32.	Total S/M adjusted earned income. Line 31 minus line 30. If equal to or less than zero (0), enter (0).	\$	\$		\$					
33.	Total S/M unearned income. Enter amount from line 12.	\$	\$		\$					
34.	Total S/M adjusted income. Line 32 plus line 33.	\$	\$		\$					

⁷ The earned income disregard (EID) is only available for earnings up until the poverty level.

S/M Budget Deficit		S/M Amounts to be Prorated	Suffix		Number in Suffix							
			Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
35.	Total needs (line 24)	\$	\$		\$							
36.	OCSS sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 35 by 0.25)											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">OCSS Sanction</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	OCSS Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	\$	\$		\$	
OCSS Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
37.	Adjusted needs (line 35 minus line 36)	\$	\$		\$							
38.	Budget deficit (line 37 minus line 34 – round down to the nearest 50¢). Enter amount if greater than zero (0). Household is eligible for CA. Activate the case (AC status) for CA, if all other eligibility requirements are met. If equal to or less than zero (0), do not enter amount here; enter amount on line 39 ⁸ .	\$	\$		\$							
39.	Budget surplus – if amount on line 34 is equal to or more than line 37, the household has failed the net income test and is not eligible for CA ⁹ . Program. Complete Form W-122D/W-122DD to determine SNAP eligibility.	\$	\$		\$							

⁸ No payment is generated when the budget deficit (line 38) is less than \$5 on a semimonthly basis.

⁹ If one suffix fails the net income test, recalculate the needs for the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

Section 3A: Net Income Test (continued)
Active CA cases and cases closed for four (4) months or less

S/M Budget Deficit		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
40.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 38). <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction</th> </tr> <tr> <td>Suffix _____</td> <td>Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction		Suffix _____	Suffix _____			\$	\$		\$	
Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
41.	CA grant (line 38 minus line 40)	\$	\$		\$							
42.	Recoupment: Between 5% and 10% of CA Grant Before Sanctions ¹⁰ <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Suffix 1</td> <td>Percentage _____</td> </tr> <tr> <td>Suffix 2</td> <td>Percentage _____</td> </tr> </table>	Suffix 1	Percentage _____	Suffix 2	Percentage _____	\$	\$		\$			
Suffix 1	Percentage _____											
Suffix 2	Percentage _____											
43.	CA grant after recoupment (line 41 minus line 42)	\$	\$		\$							

¹⁰ The recoupment rate applied to the recovery of cash assistance overpayments will be 10 percent for all case categories. The minimum recoupment rate remains at 5 percent if undue hardship is substantiated.

THIS IS THE END OF THE CALCULATION.

SAMPLE

Section 3B: Net Income Test

New cases or cases closed for more than four (4) months

Step 1. Perform test without EID¹¹

		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
44.	Enter Gross earned income from line 25.		\$		\$							
45.	S/M work expense disregard – \$75 S/M (allow \$75 S/M for each employed individual)											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____				\$		\$			
Suffix _____	Suffix _____											
46.	S/M net earned income (line 44 minus line 45)		\$		\$							
47.	Total S/M unearned income (from line 12)	\$	\$		\$							
48.	Total S/M adjusted income (line 46 plus line 47)	\$	\$		\$							
49.	Total S/M needs (from line 24)		\$		\$							
50.	OCSS sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 49 by 0.25)											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">OCSS Sanction</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	OCSS Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
OCSS Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
51.	S/M adjusted needs (line 49 minus line 50)	\$	\$		\$							
52.	Budget deficit (line 51 minus line 48 – round down to nearest 50¢). Enter amount if greater than zero (0). If greater than zero (0), CA eligible without EID . Proceed to step 2 to calculate net income test with EID. If equal to or less than zero (0), do not enter amount here; enter amount on line 53.	\$	–		–							
53.	Budget surplus – if line 48 is equal or more than line 51, the household has failed the net income test and is ineligible for CA¹² . Complete Form W-122D/W-1225D to determine SNAP eligibility.	\$	\$		\$							

¹¹ An applicant's eligibility for CA must be determined without application of the 62% Earned Income Disregard (EID) unless the applicant has received CA for any one of the four months preceding the date of the current application. If eligible without the EID, the disregard is granted in calculating the net earned income.

¹² If one suffix fails the net income test, recalculate the needs of the remaining suffix(es), excluding the ineligible suffix. Provide full allowances or an increased prorated share based on the number of remaining suffix(es).

Section 3B: Net Income Test (continued)
New cases or cases closed for more than four (4) months

Step 2: Passed Net Income Test without EID, apply EID benefit.

S/M Net Income		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix				
54.	Enter the amount from line 25 or line 26 whichever is LESS.		\$		\$					
55.	62% earned income disregard (multiply amount on line 54 by 0.62). ¹³		\$		\$					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
Suffix _____	Suffix _____									
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes									
56.	Work expense disregard, subtract \$75 S/M (allow \$75 S/M for each employed individual).		\$		\$					
57.	Earned income disregard plus work expense disregard. Line 55 plus line 56.		\$		\$					
58.	S/M gross earned income. Enter amount from line 25.	\$	\$		\$					
59.	Total S/M adjusted earned income. Line 58 minus line 57. If equal to or less than zero (0), enter (0).	\$	\$		\$					
60.	Total S/M unearned income (from line 12).	\$	\$		\$					
61.	Total S/M adjusted income (line 59 plus line 60).	\$	\$		\$					

¹³ The earned income disregard (EID) is only available for earnings up until the poverty level.

SAMPLE

S/M Budget Deficit		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
62.	Total needs (from line 24)	\$	\$		\$							
63.	OCSS sanction: Enter 25% needs reduction amount, if applicable (multiply amount on line 62 by 0.25).		\$		\$							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OCSS Sanction</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Suffix _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>	OCSS Sanction		Suffix _____	Suffix _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes		\$		\$	
OCSS Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes											
64.	Adjusted needs (line 62 minus line 63)		\$		\$							
65.	Budget deficit (line 64 minus line 61 – round down to the nearest 50¢). Enter amount if greater than zero (0). ¹⁴		\$		\$							

¹⁴ No payment is generated when the budget deficit (line 65 is less than \$5 on a semimonthly basis)

Section 3B: Net Income Test (continued)
New cases or cases closed for more than four (4) months

Step 2: Passed Net Income Test without EID, apply EID benefit (continued).

S/M Budget Deficit		S/M Amounts to be Prorated	Suffix	Number in Suffix	Suffix	Number in Suffix						
66.	Enter employment/substance abuse pro rata sanction amount, if applicable (prorated share of line 65) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction</th> </tr> <tr> <td>Suffix _____</td> <td>Suffix _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction		Suffix _____	Suffix _____							
Employment/Substance Abuse Pro Rata Sanction												
Suffix _____	Suffix _____											
			\$		\$							
67.	CA Grant (line 65 minus line 66)		CA Grant		CA Grant							
			\$		\$							
68.	Recoupment: Between 5% and 10% of CA Grant Before Sanctions ¹⁵ <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Suffix 1</td> <td>Percentage _____</td> </tr> <tr> <td>Suffix 2</td> <td>Percentage _____</td> </tr> </table>	Suffix 1	Percentage _____	Suffix 2	Percentage _____							
Suffix 1	Percentage _____											
Suffix 2	Percentage _____											
		\$	\$		\$							
69.	CA grant after recoupment (subtract line 68 from line 67)		\$		\$							

¹⁵ The recoupment rate applied to the recovery of Cash Assistance overpayments will be 10 percent for all case categories. The minimum recoupment rate remains at 5 percent if undue hardship is substantiated.

THIS IS THE END OF THE CALCULATION.

SAMPLE



Fecha: _____

Número de caso: _____

Nombre del caso: _____

Volumen de casos: _____

Centro: _____

Teléfono: _____

Hoja de cálculo de presupuesto para la vivienda provisional

(Entra en vigor el 1.º de junio de 2023)

Utilice este formulario solo para familias que vivan en un albergue provisional (códigos de albergue **06, 13, 14, 30, 33, 34**). Para centros de cuidado en grupo o de tratamiento interno (códigos de albergue **15, 16, 27, 28, 29, 31, 32, 42 o 43**) utilice el formulario **W-648J (S)**. Todos los demás casos deben utilizar el formulario **W-648 (S)**.

Casos activos de CA y casos cerrados desde hace (4) meses o menos.

Tipo de albergue _____

Casos nuevos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses.

Incumplimiento de sanción incremental no relacionado con OCSS o el empleo¹.

Sufijo 1 Cuántos _____ Sufijo 2 Cuántos _____

Otro(s) beneficiario(s) elegible(s).

Nombre	Inicial 2.º nombre	Apellido	Categoría	Sufijo	¿Número de personas en el Sufijo?
Número total de personas en el hogar:					

Sección 1: Cálculos de ingresos/necesidades.

Convierta y anote los montos bimensuales.

SOLO PARA CASOS DE VARIOS SUFIJOS: Si el beneficiario de los ingresos es legalmente responsable por los integrantes del/los otro(s) sufijo(s), se deben prorratear todas las necesidades/ingresos.

¿Deben prorratearse? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuál es el código indicador de prorrateo de albergue? _____

A. Ingresos.					Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo
1.	Ingresos ganados brutos								
	Sufijo	Nombre	Con qué frecuencia	Ingresos brutos					
					\$	\$		\$	
Ingresos no ganados:									
			Sufijo	Con qué frecuencia	Ingresos brutos				
2.	Indemnización para trabajadores				\$	\$		\$	
3.	Seguro del Estado de Nueva York para discapacitados				\$	\$		\$	
4.	Beneficios de seguro de desempleo				\$	\$		\$	
5.	Beneficios de Seguro Social				\$	\$		\$	
6.	Pensión o indemnización para veteranos de guerra				\$	\$		\$	
7.	Intereses/dividendos				\$	\$		\$	
8.	Subtotal de la línea 2 hasta la 7				\$	\$		\$	

¹ La sanción incremental es la sanción de una persona por incumplimiento de algún requisito de CA/SNAP no relacionado con OCSS o con el empleo. La sanción incremental reduce el número de integrantes del hogar por el número de personas sancionadas. No se toman en cuenta para el presupuesto de CA las necesidades de la persona sancionada.

Sección 1: Cálculo de ingresos/necesidades (continuación)

A. Ingresos (continuación)		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo														
9.	Total de la página 1, línea 8	\$	\$		\$															
10.	Sustento de menores/combinación del sustento de menores y el sustento conyugal. ² <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Monto total de sustento de menores</th> </tr> <tr> <th>Sufijo</th> <th>Ingresos</th> <th>Con qué frecuencia</th> <th>Número de niños</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> (Para cada sufijo que reciba ingresos por sustento de menores o por combinación de sustento de menores y conyugal, reste hasta \$50/\$100 del monto bimensual y anote el monto neto en el sufijo correspondiente a mano derecha).	Monto total de sustento de menores				Sufijo	Ingresos	Con qué frecuencia	Número de niños									\$	\$	\$
Monto total de sustento de menores																				
Sufijo	Ingresos	Con qué frecuencia	Número de niños																	
11.	Otros ingresos (incluida la pensión alimenticia/sustento conyugal ³). (Especifique).	Con qué frecuencia	\$	\$	\$	\$														
12.	Total de ingresos no ganados bimensuales (sume desde la línea 9 a la 11).	\$	\$	\$	\$	\$														
13.	Total de ingresos brutos bimensuales (sume las líneas 1 y 12).	\$	\$	\$	\$	\$														

² Los hogares beneficiarios de la Asistencia en Efectivo (CA) que tengan un niño, tienen derecho a excluir hasta \$50 bimensuales y los hogares con dos o más niños tienen derecho a excluir hasta \$100 bimensuales. Si se determina que usted es elegible para recibir CA, el sustento de menores/combinación de sustento de menores y sustento conyugal no serán presupuestables, sino que se asignarán a la Agencia mediante la Oficina de Servicios para el Sustento de Menores.

³ No se aplicarán exclusiones a ingresos recibidos por sustento de menores/combinación de sustento de menores/conyugal en los casos de CA donde el último menor tenga 21 años o más de edad, o si existen ordenes solo para pensión alimenticia/sustento conyugal.

Número total en el hogar _____

B. Necesidades ⁴		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el Sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
14.	Asignación básica											
15.	Asignación para energía doméstica											
16.	Combustible para calefacción											
17.	Asignación para embarazo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Anote el número de mujeres embarazadas</th> </tr> <tr> <th>Sufijo _____</th> <th>Sufijo _____</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Anote el número de mujeres embarazadas		Sufijo _____	Sufijo _____							
Anote el número de mujeres embarazadas												
Sufijo _____	Sufijo _____											
18.	Subtotal de la línea 14 hasta la 17											

⁴ Favor de consultar la Guía de Presupuesto de Asistencia en Efectivo (*Guide to Cash Assistance Budgeting, W-203K*).

B. Necesidades (continuación)		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo													
			Sufijo	Sufijo												
19	Monto de la página 2, línea 18	\$	\$	\$												
20.	Asignación para restaurante															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3">Sufijo _____</th> </tr> <tr> <th>Número de personas</th> <th>Comidas</th> <th>Monto</th> </tr> <tr> <td>Embarazadas o menores de 18 años⁵</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Sufijo _____			Número de personas	Comidas	Monto	Embarazadas o menores de 18 años ⁵			No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad		
Sufijo _____																
Número de personas	Comidas				Monto											
Embarazadas o menores de 18 años ⁵																
No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad																
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3">Sufijo _____</th> </tr> <tr> <th>Número de personas</th> <th>Comidas</th> <th>Monto</th> </tr> <tr> <td>Embarazadas o menores de 18 años⁵</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Sufijo _____			Número de personas	Comidas	Monto	Embarazadas o menores de 18 años ⁵			No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad					
Sufijo _____																
Número de personas	Comidas	Monto														
Embarazadas o menores de 18 años ⁵																
No están embarazadas, tienen 18 años o más de edad																
		\$	\$													
		\$	\$													
21.	Otra necesidad (especifique):	\$	\$	\$												
22.	Asignación total (sume desde la línea 19 a la 21).	\$	\$	\$												
23.	Asignación de albergue para vivienda provisional. ⁶	\$	\$	\$												
24.	Total de necesidades bimensuales (sume las líneas 22 y 23 - redondee a los 50¢ inferiores más cercanos).	\$	\$	\$												

⁵ Esto también aplica a personas que tengan menos de 19 años de edad y que asistan regularmente, y a tiempo completo, a la escuela secundaria o que asistan a un programa de capacitación vocacional o técnico con un nivel equivalente, si es razonable esperar que concluyan el programa educativo o de capacitación antes de cumplir los 19 años de edad.

⁶ Del formulario W-145UU.

SAMPLE

Sección 2: Nivel de pobreza/comparación de ingresos para la Exclusión de Ingresos Ganados (EID).

		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo	
			Sufijo	Sufijo
25.	Anote el total de ingresos ganados brutos bimensuales (de la línea 1).	\$	\$	\$
26.	Anote el monto que corresponde al número de integrantes del hogar, según aparece en la tabla de referencia para las pautas de pobreza.	\$	\$	\$

Tabla de referencia para las Pautas de Pobreza de 2023	
Número de integrantes del hogar	Límite bimensual
1	\$607.50
2	\$821.67
3	\$1,035.83
4	\$1,250.00
5	\$1,464.17
6	\$1,678.33
7	\$1,892.50
8	\$2,106.67
Añada \$214.17 bimensuales por cada persona adicional.	

SAMPLE

Para casos activos de Asistencia en Efectivo y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos, favor de continuar en la página 5. Para nuevos casos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses, favor de proceder a la página 7.

Sección 3A: Prueba de ingresos netos

Casos activos de CA y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos.

Ingresos netos bimensuales.		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo					
			Sufijo	Sufijo				
27.	Anote el monto de la línea 25 o el de la línea 26, el que sea <u>MENOR</u> .	\$	\$	\$				
28.	El 62% de la exclusión de gastos de trabajo (multiplique el monto de la línea 27 por 0.62). ⁷							
	<table border="1"> <tr> <td>Sufijo _____</td> <td>Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sufijo _____	Sufijo _____			\$	\$	\$
Sufijo _____	Sufijo _____							
29.	Exclusión de gastos de trabajo, reste \$75 bimensuales (calcule \$75 por cada persona que esté empleada).	\$	\$	\$				
	<table border="1"> <tr> <td>Sufijo _____</td> <td>Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sufijo _____	Sufijo _____					
Sufijo _____	Sufijo _____							
30.	Sumar la exclusión de ingresos ganados más la exclusión de gastos de trabajo. Sume las líneas 28 y 29.	\$	\$	\$				
31.	Ingresos ganados brutos bimensuales. Anote el monto de la línea 25.	\$	\$	\$				
32.	Total de ingresos ganados ajustados bimensuales. A la línea 30 réstele la línea 31. Si el resultado es igual o menor que cero (0), anote (0).	\$	\$	\$				
33.	Total de ingresos no ganados bimensuales (de la línea 12).	\$	\$	\$				
34.	Total de ingresos ajustados bimensuales (sume las líneas 32 y 33).	\$	\$	\$				

⁷ La exclusión de ingresos ganados (EID) solo está disponible para los ingresos que no sobrepasen el nivel de pobreza.

SAMPLE

Déficit presupuestario bimensual.		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo							
			Sufijo	Sufijo						
35.	Total de necesidades (línea 24).	\$	\$	\$						
36.	Sanción de OCSS: anote el 25% del monto de reducción de necesidades si corresponde (multiplique el monto de la línea 35 por 0.25).									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Sanción OCSS</td> </tr> <tr> <td>Sufijo _____</td> <td>Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sanción OCSS		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$
Sanción OCSS										
Sufijo _____	Sufijo _____									
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí									
37.	Necesidades ajustadas (a la línea 35 réstele la línea 36).	\$	\$	\$						
38.	Déficit presupuestario (a la línea 37 réstele la línea 34 y redondee a los 50¢ inferiores más cercanos). Anote el monto si es mayor que cero (0). El hogar cumple los requisitos de CA. Active el caso (estado AC) de CA si se han reunido todos los otros requisitos de elegibilidad. Si el monto equivale a o es menor que cero (0), no anote el monto aquí; sino en la línea 39 ⁸ .	\$	\$	\$						
39.	Excedente de presupuesto – si el monto de la línea 34 equivale a o es mayor que el monto de la línea 37, el hogar ha fallado la prueba de ingresos ganados netos y no cumple los requisitos para ser elegible para CA ⁹ . Complete el formulario W-122D (S)/W-122DD (S) para determinar la elegibilidad para los beneficios de SNAP.	\$	\$	\$						

⁸ No se genera pago cuando el déficit presupuestario (línea 38) es menos de \$5 bimensuales.

⁹ Si un sufijo falla la prueba de ingresos netos, vuelva a calcular las necesidades del sufijo(s) restantes(s), excluido el sufijo inelegible. Provea asignaciones completas o porción prorrateada aumentada según el número de sufijo(s) restante(s).

Sección 3A: Prueba de ingresos netos (continuación)
Casos activos de CA y casos cerrados desde hace cuatro (4) meses o menos.

Déficit presupuestario bimensual.		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo							
			Sufijo	Sufijo						
40.	Anote el monto de la sanción prorrateada de abuso de sustancias/empleo, si corresponde (porción prorrateada de la línea 38). <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">Sanción prorrateada de abuso de sustancias/de empleo</th> </tr> <tr> <td>Sufijo _____</td> <td>Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Sanción prorrateada de abuso de sustancias/de empleo		Sufijo _____	Sufijo _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Sanción prorrateada de abuso de sustancias/de empleo								
Sufijo _____	Sufijo _____									
_____	_____									
41.	Subsidio de CA (a la línea 38 réstele la línea 40).	\$ _____	\$ _____	\$ _____						
42.	Recuperación: Entre el 5% y el 10% del subsidio de CA, previo a sanciones ¹⁰ . <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Sufijo 1</td> <td>Porcentaje _____</td> </tr> <tr> <td>Sufijo 2</td> <td>Porcentaje _____</td> </tr> </table>	Sufijo 1	Porcentaje _____	Sufijo 2	Porcentaje _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
		Sufijo 1	Porcentaje _____							
Sufijo 2	Porcentaje _____									
43.	Subsidio de CA tras la recuperación (a la línea 41 réstele la línea 42).	\$ _____	\$ _____	\$ _____						

¹⁰ La tasa de recuperación aplicada al recobro de sobrepagos de CA será del 10 por ciento para toda categoría de caso. La tasa de recuperación mínima permanece en el 5 por ciento, si se confirma que existe adversidad injustificada.

SAMPLE

HA CONCLUIDO EL CÁLCULO

Sección 3B: Prueba de ingresos netos.

Casos nuevos o casos cerrados desde hace más de cuatro (4) meses.

Paso 1. Realizar la prueba sin EID¹¹

		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
44.	Anote los ingresos ganados brutos de la línea 25.		\$		\$							
45.	Exclusión de gastos de trabajo bimensual – \$75 bimensuales (calcule \$75 bimensuales por cada persona empleada).											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Sufijo _____	Sufijo _____			\$	\$		\$			
Sufijo _____	Sufijo _____											
46.	Ingresos ganados netos bimensuales (a la línea 44 réstele la línea 45).	\$	\$		\$							
47.	Total de ingresos no ganados bimensuales (de la línea 12).		\$		\$							
48.	Total de ingresos ajustados bimensuales (sume las líneas 46 y 47).	\$	\$		\$							
49.	Total de necesidades bimensuales (de la línea 24).	\$	\$		\$							
50.	Sanción de OCSS: anote el monto de la reducción del 25% de las necesidades, si corresponde (multiplique el monto de la línea 49 por 0.25).											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Sanción de OCSS</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sanción de OCSS		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		\$	
Sanción de OCSS												
Sufijo _____	Sufijo _____											
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí											
51.	Necesidades ajustadas bimensuales (a la línea 49 réstele la línea 50).	\$	\$		\$							
52.	Déficit presupuestario (a la línea 51 réstele la línea 48 y redondee a los 50¢ inferiores más cercanos). Anote la cantidad si es mayor que cero (0). Si es mayor que cero (0), es elegible para CA sin EID . Proceda al paso 2 para calcular la prueba de ingresos netos con EID. Si es equivalente a o menor que cero (0), no anote el monto aquí, sino en la línea 53.	\$	—		—							
53.	Excedente de presupuesto – si la línea 48 equivale a o es mayor que la línea 51, el hogar ha fallado la prueba de ingresos netos y no cumple los requisitos para ser elegible para CA¹² . Complete el formulario W-122D (S)/W-122DD (S) para determinar la elegibilidad para los beneficios de SNAP.	\$	\$		\$							

SAMPLE

¹¹ Se debe determinar la elegibilidad del solicitante para CA sin aplicar la Exclusión para Ingresos Ganados (EID) del 62%, a menos que el solicitante haya recibido CA durante cualquiera de los cuatro meses anteriores a la fecha de la solicitud actual. Si cumple con los requisitos de elegibilidad sin la EID, se otorga dicha exclusión al calcular los ingresos ganados netos.

¹² Si un sufijo falla la prueba de ingresos netos, vuelva a calcular las necesidades del sufijo(s) restante(s), excluyendo al sufijo inelegible. Provea asignaciones completas o porción prorrateada aumentada según el número de sufijos restante(s).

Sección 3B: Prueba de ingresos netos (continuación)
Casos nuevos o casos cerrados hace más de cuatro (4) meses.

Paso 2: pasó la prueba de ingresos netos sin la Exclusión para Ingresos Ganados (EID); aplicar el beneficio de EID.

Ingresos netos bimensuales.		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo					
			Sufijo	Núm. de personas en el sufijo				
54.	Anote el monto de la línea 25 o el de la línea 26, el que sea MENOR.		\$	\$				
55.	El 62% de la exclusión de ingresos ganados (multiplique el monto de la línea 54 por 0.62). ¹³		\$	\$				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$	\$
Sufijo _____	Sufijo _____							
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí							
56.	Exclusión de gastos de trabajo. Reste \$75 bimensuales (calcule \$75 bimensuales por cada persona que esté empleada).		\$	\$				
57.	Sumar la exclusión de ingresos ganados más la exclusión de gastos de trabajo. Sumar las líneas 55 y 56.		\$	\$				
58.	Ingresos ganados brutos bimensuales. Anote el monto de la línea 25. [\$	\$	\$				
59.	Total de ingresos ganados ajustados bimensuales. A la línea 58 réstele la línea 57. Si el resultado es igual o menor que cero (0), anote (0).	\$	\$	\$				
60.	Total de ingresos no ganados bimensuales (de la línea 12).	\$	\$	\$				
61.	Total de ingresos ajustados bimensuales (suma la línea 59 y la 60)	\$	\$	\$				

¹³ La exclusión de ingresos ganados (EID) solo está disponible para los ingresos que no sobrepasen el nivel de pobreza.

Déficit presupuestario bimensual.		Montos bimensuales a prorratearse	Núm. de personas en el sufijo							
			Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
62.	Total de necesidades (de la línea 24).	\$	\$	\$						
63.	Sanción de OCSS: Anote el monto de la reducción del 25% de necesidades, si corresponde (multiplicar la línea 62 por 0.25).		\$	\$						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Sanción de OCSS</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> </table>	Sanción de OCSS		Sufijo _____	Sufijo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí		\$	\$
Sanción de OCSS										
Sufijo _____	Sufijo _____									
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí									
64.	Necesidades ajustadas (a la línea 62 réstele la línea 63).		\$	\$						
65.	Déficit presupuestario (a la línea 64 réstele la línea 61 y redondee a los 50¢ inferiores). Anote el monto si es mayor que cero (0). ¹⁴ .		\$	\$						

¹⁴ No se generan pagos cuando el déficit presupuestario (línea 65) es menos de \$5 bimensuales.

Sección 3B: prueba de ingresos netos (continuación)
Casos nuevos o casos cerrados hace más de cuatro (4) meses.

Paso 2: pasó la prueba de ingresos netos sin la Exclusión para Ingresos Ganados (EID); aplicar el beneficio de EID.
(continuación)

Déficit presupuestario bimensual.		Montos bimensuales a prorratearse	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo	Sufijo	Núm. de personas en el sufijo						
66.	Anote el monto de la sanción prorrateada por abuso de sustancias/empleo, si corresponde (porción prorrateada de la línea 65). <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">Sanción prorrateada por abuso de sustancias/ empleo</th> </tr> <tr> <td>Sufijo _____</td> <td>Sufijo _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Sanción prorrateada por abuso de sustancias/ empleo		Sufijo _____	Sufijo _____							
Sanción prorrateada por abuso de sustancias/ empleo												
Sufijo _____	Sufijo _____											
67.	Subsidio de CA (a la línea 65 réstele la línea 66).		Subsidio de CA	Subsidio de CA	\$	\$						
68.	Recuperación: Entre el 5% y el 10% del subsidio de CA, excluidas las sanciones ¹⁵ . <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Sufijo 1</td> <td>Porcentaje _____</td> </tr> <tr> <td>Sufijo 2</td> <td>Porcentaje _____</td> </tr> </table>	Sufijo 1	Porcentaje _____	Sufijo 2	Porcentaje _____		\$	\$	\$	\$		
Sufijo 1	Porcentaje _____											
Sufijo 2	Porcentaje _____											
69.	Subsidio de CA tras la recuperación (a la línea 68 réstele la línea 67).		\$	\$	\$	\$						

¹⁵ La tasa de recuperación aplicada al recobro de sobrepagos de CA será del 10 por ciento para toda categoría de caso. La tasa de recuperación mínima permanece en 5 por ciento, si se confirma que existe adversidad injustificada.

SAMPLE

HA CONCLUIDO EL CÁLCULO.