



Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Transitional Assistance  
**Universal Semiannual Reporting (USR)  
 Income Guidelines Form**

TAO Address

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/Town \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**Noncategorical Eligibility USR AU Gross Monthly Income Standards**

<u>Assistance Unit Size</u>	<u>Maximum Gross Monthly Income Standard</u>
1	\$ 1009.00
2	1354.00
3	1698.00
4	2043.00
5	2387.00
6	2732.00
7	3076.00
8	3421.00
<b>For each additional member</b>	<b>add 345.00</b>

Your Household must report changes greater than \$ \_\_\_\_\_ during your Universal Semiannual Reporting certification period.

**Categorical Eligibility USR AU Gross Monthly Income Standards**

<u>Assistance Unit Size</u>	<u>200 % of Federal Poverty Level</u>
1	\$ 1595.00
2	2139.00
3	2682.00
4	3225.00
5	3769.00
6	4312.00
7	4855.00
8	5399.00
<b>For each additional member</b>	<b>add 544.00</b>

Your Household must report changes greater than \$ \_\_\_\_\_ during your Universal Semiannual Reporting certification period.

\_\_\_\_\_  
 Worker

\_\_\_\_\_  
 Supervisor

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 Area Code - Telephone

AU Manager Instructions: Fill in the appropriate Gross Monthly Income Standard on the other side of this form and give it to the recipient. **This form is for informational purposes only.** Be sure to tell the recipient to report changes in gross income **over** the amount filled in on the other side of this form.

Recipient Instructions: This form is informational only; **you do not need to return this form to your worker.** If during your Food Stamp recertification period, your total monthly gross income before deductions goes **over** the amount of money your worker has filled in on the other side of this form, you must tell your worker *immediately*.



Estado de Massachusetts  
Departamento de Asistencia Transicional

**Período de Universal Semianual (USR)  
Formulario de Cambio en el Ingreso**

Dirección de la Oficina de Asistencia Transicional

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**No elegibilidad categórica período de universal semianual (USR) AU máximo  
ingreso mensual bruto normas**

Tamaño de la unidad de asistencia	<u>El máximo ingreso mensual bruto norma</u>
1	\$ 1009.00
2	1354.00
3	1698.00
4	2043.00
5	2387.00
6	2732.00
7	3076.00
8	3421.00
Por cada persona adicional miembro	añada 345.00

Su casa debe de reporter los cambios superiores a \$ \_\_\_\_\_ durante su período de certificación universal semiannual.

**Elegibilidad categórica período de universal semianual (USR) AU máximo  
ingreso mensual bruto normas**

Tamaño de la unidad de asistencia	<u>200 % de nivel de pobreza federal</u>
1	\$ 1595.00
2	2139.00
3	2682.00
4	3225.00
5	3769.00
6	4312.00
7	4855.00
8	5399.00
Por cada persona adicional miembro	añada 544.00

Su casa debe de reporter los cambios superiores a \$ \_\_\_\_\_ durante su período de certificación universal semiannual.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

AU Manager Instructions: Fill in the appropriate Gross Monthly Income Standard on the other side of this form and give it to the recipient. **This form is for informational purposes only.** Be sure to tell the recipient to report changes in gross income **over** the amount filled in on the other side of this form.

Instrucciones a los beneficiarios: Este formulario tiene fines informativos únicamente: **usted no necesita devolverlo a su asistente social.** Si durante su período de recertificación en el programa de Cupones de Alimentos, su ingreso total mensual bruto antes de las deducciones **supera** la suma de dinero que su asistente social ha completado en el otro lado de este formulario, usted debe decírselo a asistente social **inmediatamente.**