

## تقرير وضع كوبونات الطعام في منتصف الفصل

## تعليمات:

استعمل هذا النموذج للإبلاغ عن شخص بالغ وقادر وبدون أفراد معالين (ABAWD) و/أو تغيير في العناوين التي قد حدثت منذ آخر تقرير فصلي (QR 7). استعمل هذا النموذج للإبلاغ عن تغييرات تعتقد بأنه من الممكن أن تزيد كمية كوبونات الطعام التي تحصل عليها. رجاء تزويدنا بالإثباتات اللازمة مثل أرومة الشيك أو نسخ عن الشيكات أو رسائل من الوكالات، الخ.

إذا كنت تبلغنا عن تغييرات في النفقات، رجاء أن تزودنا بالإثباتات، مثل الإيصالات، الشيكات المقبوضة، الفواتير المدفوعة، الخ.

•

•

رقم الهاتف:

الموظف:

## معلومات إلزامية لشخص بالغ وقادر بدون أفراد معالين (ABAWD)

أجب عن أي شخص بالغ وقادر بدون أفراد معالين في (ABAWD) أسرته:

عدد ساعات العمل أو التدريب انخفض من 20 ساعة بالأسبوع أو 80 ساعة بالشهر إلى \_\_\_\_\_ ساعة بالأسبوع أو \_\_\_\_\_ ساعة بالشهر.

خلال أسابيع \_\_\_\_\_

خلال أسابيع \_\_\_\_\_

اسم الشخص/الأشخاص \_\_\_\_\_ علاقة الشخص بك \_\_\_\_\_

اشرح ما جرى \_\_\_\_\_

## تغيير العنوان

عنوان المنزل الجديد (الرقم، اسم الشارع، الخ)

رقم الهاتف الجديد

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان البريدي الجديد (إذا اختلف عن عنوان المنزل)

تاريخ الانتقال

هل تحصل على سكن مجاني في العنوان الجديد الذي ذكرته؟

نعم  لا  إذا كان الجواب لا، ما هو مبلغ الإيجار الذي تدفعه؟

هل تحصل على منافع عامة مجانية في العنوان الجديد الذي ذكرته؟

نعم  لا  إذا كان الجواب لا، ما هو مبلغ المنافع العامة التي تدفعها؟

## معلومات طوعية (كافة وحدات مساعدات الأسرة)

أود الإبلاغ عن المعلومات التالية:

## شهادة

إني أفهم أن: إذا لم أقم عمدا بالإبلاغ عن كافة الوقائع أو إذا أعطيت وقائع خاطئة عن دخلي أو أملاكي أو أسرتي لحصولي أو استمرار حصولي على الإعانة أو المنافع، يمكن مقاضاتي قانونيا. وقد يمكن اتهامي باقتراح جرم إذا دفع لي خطأ مبلغ يزيد عن 400 دولار بشكل كوبونات طعام.

أعلن مع الخضوع لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن الوقائع الواردة في هذا البيان هي حقيقية وصحيحة وكاملة.

رأس الأسرة، أو عضو في الأسرة، أو ممثل مفوض عن الأسرة.

من عليه التوقيع أدناه:

التوقيع أو العلامة

رقم الشخص الذي يمكن الاتصال به

رقم المنزل

تاريخ التوقيع

تاريخ التوقيع

توقيع الشاهد على التوقيع أو المترجم أو الشخص الآخر الذي قام بتكملة هذا النموذج

تاريخ التوقيع

توقيع الزوجة أو ولي الأمر الآخر لأطفال يحصلون على إعانة مالية، عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض