

RELATÓRIO DE STATUS DE MEIO DO ANO**Para CalWORKs e CalFresh**

NOME DO DESTINATÁRIO:	NÚMERO DE CASO (SE CONHECIDO):	NÚMERO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (OPCIONAL)
-----------------------	--------------------------------	---

Use este formulário para relatar mudanças obrigatórias ou voluntárias que ocorreram desde a sua última redefinição/recertificação (RD/RC).

Se você estiver relatando informações sobre renda, forneça comprovação, como recibos de pagamento; cópias de cheques; cartas de agências, etc. Se você estiver com problemas para obter a comprovação e precisar de ajuda, telefone para o município.

Se estiver relatando mudanças nas despesas, forneça comprovação, como recibos; cheques cancelados; faturas pagas, etc. Se você estiver com problemas para obter a comprovação e precisar de ajuda, telefone para o município.

Se estiver relatando uma mudança de endereço, forneça comprovação de despesas, como cópia do seu novo contrato de aluguel ou arrendamento; recibo de aluguel do seu novo endereço; cópias de depósitos de serviços públicos (água/luz), etc.

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS

Se você recebe CalWORKs, relate as informações marcadas com CW. Se você recebe CalFresh, relate as informações marcadas com CF. As seções de mudança de endereço e informações voluntárias são para todas as residências/unidades de assistência.

CW A renda combinada da minha residência é maior que o limite para o tamanho da minha residência. No mês de _____, a renda total combinada para a minha residência foi de \$ _____.

CW Alguém na minha residência está descumprindo a lei para evitar condenação por um crime; fugindo da lei para evitar custódia ou prisão após uma condenação por um crime; ou foi condenado por um tribunal por violação de condicional.
Nome da pessoa _____

CW/CF Alguém se mudou para a minha residência ou saiu da minha residência. (Anexe uma folha separada para mais pessoas.)

1. A pessoa se mudou para a sua residência ou saiu da sua residência? (marque uma opção)
2. Nome (primeiro, do meio, sobrenome) _____
3. Data de nascimento (dd/mm/aaaa) _____
4. Relacionamento com você _____
5. Fazem compras regularmente e preparam juntos? Sim Não (marque uma opção)

CW/CF Eu me mudei, troquei de número de telefone ou tenho um novo endereço para correspondência.
Novo endereço residencial _____

Novo endereço para correspondência (se diferente do residencial) _____
Novo número de telefone (_____) _____

- Eu recebo aluguel gratuito nesse novo endereço. Eu recebo serviços públicos gratuitos nesse novo endereço.
 O valor do aluguel é de \$ _____ por mês. Meus serviços essenciais são \$ _____ por mês.

Veja o outro lado

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS - continuação

- CF Minha renda mudou (marque uma opção):
- A renda mensal total foi interrompida.
 - A renda ganha mudou em mais de \$ 100.
 - A renda não ganha mudou em mais de \$ 50.
 - A fonte de renda mudou.
 - Uma nova renda começou a ser recebida.

- CF Ocorreu uma mudança no valor da pensão alimentícia obrigatória por lei.

- CF Preencha esta seção para relatar redução nas horas de trabalho ou treinamento para Adultos Fisicamente Aptos Sem Dependentes:

O número de horas trabalhadas ou em treinamento caiu para menos de 20 horas por semana ou 80 horas por mês para _____ horas por semana ou _____ horas por mês.

Nome da(s) pessoa(s) _____

Relacionamento com você _____

Explique o que aconteceu _____

Data da mudança _____

INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS (todas as residências/unidades de assistência)

Eu gostaria de relatar as seguintes informações:

CERTIFICAÇÃO

EU ENTENDO QUE: se eu não relatar de propósito todos os fatos ou der informações erradas sobre o meu status de renda, propriedades ou familiares para receber ou continuar recebendo auxílio ou benefícios, posso ser processado(a) legalmente. E posso ser acusado(a) de cometer um crime se mais de \$ 950 em auxílio em dinheiro e/ou CalFresh forem pagos de maneira indevida.

Declaro, sob pena de perjúrio perante as leis dos Estados Unidos e do Estado da Califórnia, que os fatos contidos neste relatório são verdadeiros e estão corretos e completos para todo o mês do relatório.

QUEM DEVE ASSINAR ABAIXO:

Para CalWORKs: você, seu cônjuge auxiliado, CA Parceiro Doméstico ou outro progenitor (pai/mãe) (da criança que recebe o auxílio financeiro) se estiver morando na residência.

Para CalFresh: o chefe do lar, membro responsável da residência ou o representante autorizado da residência.

Assinatura ou marca	Data da assinatura	Telefone residencial	Telefone para contato
---------------------	--------------------	----------------------	-----------------------

Assinatura do cônjuge, parceiro doméstico registrado ou outro progenitor de criança que recebe auxílio financeiro	Data da assinatura	Assinatura da testemunha da marca, intérprete ou outra pessoa preenchendo o formulário	Data da assinatura
---	--------------------	--	--------------------