

**RELATÓRIO DE MEIO DO TRIMESTRE DE STATUS DO VALE-REFEIÇÃO****INSTRUÇÕES:**

Use este formulário para relatar ABAWD (Adulto apto para o trabalho e sem dependentes) e/ou alterações ocorridas desde o Relatório Trimestral (QR 7).

Use este relatório para informar alterações que considera que aumentarão seus benefícios vale-refeição; forneça provas, como contracheques, cópias de cheques, cartas de agências, etc.

Se estiver relatando alterações em despesas, forneça provas como recibos, cheques cancelados, faturas pagas etc.

Funcionário: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS DO ABAWD**

Responder por qualquer Adulto Apto para o Trabalho sem Dependente (ABAWDA) da sua residência:

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

Na(s) semana(s) de \_\_\_\_\_

No(s) mês(es) de \_\_\_\_\_

Nome da pessoa \_\_\_\_\_ Relação com você \_\_\_\_\_

Explicar o que ocorreu \_\_\_\_\_

**MUDANÇA DE ENDEREÇO**

NOVO ENDEREÇO RESIDENCIAL (NÚMERO, NOME DA RUA, AVENIDA, BLVD ETC)

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL NOVO TELEFONE

DATA DA MUDANÇA

NOVO ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE DO COMERCIAL)

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

SEU ALUGUEL É GRATUITO NO NOVO ENDEREÇO LISTADO?

 SIM  NÃO. SE NÃO, O VALOR DO ALUGUEL É DE US\$

OS APARELHOS DOMÉSTICOS SÃO GRATUITOS NO NOVO ENDEREÇO LISTADO?

 SIM  NÃO. SE NÃO, O VALOR DOS APARELHOS DOMÉSTICOS É DE US\$
**INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS** (todas as residências/unidades de assistência)

Gostaria de relatar as seguintes informações: \_\_\_\_\_

**CERTIFICAÇÃO**

**COMPREENDO QUE:** Se eu não relatar propositalmente todos os fatos ou fornecer informações erradas sobre meu status de receita, propriedade ou família para obter ou continuar obtendo ajuda ou benefícios, posso ser processado. E posso ser acusado como criminoso se mais de US\$ 400 em benefícios vale-refeição forem pagos erradamente.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste relatório são verdadeiras, corretas e estão completas.

**QUEM DEVE ASSINAR:**

Chefe da residência, membro da residência ou representante autorizado da residência.

Assinatura ou digital

Data da assinatura

Telefone residencial

Telefone de contato

Assinatura do cônjuge ou outro pai da criança que recebe pensão, membro adulto da residência ou representante autorizado

Data da assinatura

Assinatura da testemunha, intérprete ou outra pessoa que tenha preenchido o formulário

Data da assinatura