RELATÓRIO DE STATUS DE MEIO DO TRIMESTRE

Para Auxílio em Dinheiro e Vale-Refeição

NOME DO PARTICIPANTE:	NÚMERO DO CASO (SE FOR CONHECIDO):

Use este formulário para relatar as alterações obrigatórias ou opcionais ocorridas desde o Relatório Trimestral (QR 7/SAWS QR 7).

Se você estiver relatando informações de rendimento, forneça provas como contracheques; cópias de cheques; cartas de agências; etc.

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

Se você estiver relatando mudança de endereço, forneça provas como uma cópia do seu novo contrato de aluguel; recibo de aluguel com seu novo endereço; cópias de depósitos para serviços públicos e municipais; etc.

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS

Se você recebe Auxílio em Dinheiro, relate as informações marcadas com CA. Se você recebe Vale-Refeição, relate as informações marcadas com FS. As seções de mudança de endereço e informações opcionais servem para todas as residências/unidades de assistência.

CA ☐ Os rendimentos totais da minha residência são maiores do que o limite para o tamanho da residência.
No mês de _____ , os rendimentos totais da minha residência foram US$ _____.

CA ☐ Um membro da minha residência foi acusado de crime relacionado a drogas.
Nome da pessoa _____
Data da acusação _____

CA ☐ Um membro da minha residência está fugindo da lei para evitar processo por delito; fugindo da lei para evitar prisão/cárcere após acusação; ou em violação de liberdade condicional.
Nome da pessoa _____

CA/FS ☐ Eu me mudei, alterei meu número de telefone ou possuo um novo endereço para correspondência.
Novo endereço residencial _____
_____

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

☐ Recebo aluguel gratuito neste novo endereço.

☐ O valor do meu aluguel é US$ _____ por mês.

☐ Divido o aluguel (explique)

☐ Recebo serviços públicos e municipais gratuitos neste novo endereço.

☐ O valor dos meus serviços públicos e municipais é US$_____ por mês.

Possuo: ☐ Aquecimento ☐ Ventilação ☐ Água ☐ Esgoto ☐ Lixo ☐ Telefone ☐ Outros

Veja o verso

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS - continuação

FS ☐ Preencha esta seção para relatar horas reduzidas de trabalho ou treinamento para Adultos Aptos para o Trabalho e sem Dependentes (ABAWDs):

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.

Nome da(s) pessoa(s) _____

Relação com você _____

Explique o que aconteceu _____

Data da alteração _____

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 de auxílio em dinheiro/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:	**Para Auxílio em Dinheiro:** você, seu cônjuge auxiliado, Parceiro Doméstico com CA ou outro pai/mãe (da criança auxiliada) se morar na residência. **Para Vale-Refeição:** o chefe da residência, um membro da residência ou o representante autorizado da residência.

Assinatura ou digital	Data da assinatura	Telefone residencial	Telefone de contato

Assinatura do cônjuge, Parceiro Doméstico com CA ou outro pai/mãe de criança auxiliada	Data da assinatura	Assinatura da testemunha, intérprete ou outra pessoa que tenha preenchido o formulário	Data da assinatura