

RELATÓRIO DE STATUS/QUALIFICAÇÃO

ASSINE O FORMULÁRIO DEPOIS DO _____ PRIMEIRO DIA E DEVOLVA-O NO QUINTO DIA DO MÊS.
MÊS DE ENVIO

PRECISA DE AJUDA? LIGUE PARA O FUNCIONÁRIO.

Nome do funcionário:

Telefone do funcionário:

CÓDIGO DE BARRA:

Interromper meus benefícios para: Auxílio em Dinheiro Vale-Refeição Medi-Cal no final deste mês. Assine e coloque a data na última página. Devolva o formulário ao seu funcionário. Você poderá fazer uma nova solicitação a qualquer momento.

PARTE 1: Informe o que aconteceu em _____
MÊS DO RELATÓRIO ANO

1. Você ou alguém obteve rendimentos ou dinheiro de alguma fonte este MÊS? Se a resposta for "SIM", **SIM** **NÃO**
indique abaixo e **ANEXE O COMPROVANTE.**

Ganhos: Cuidados com crianças, juros ou dividendos, receitas de aluguel, salários, trabalho autônomo, licença remunerada, gorjetas; remuneração de férias, etc. **Benefícios do governo:** Indenização por Deficiência do Estado (SDI, State Disability Indemnity), Seguro Social, Rendimentos Suplementares de Seguro/Pagamentos Suplementares do Estado (SSI/SSP, Supplemental Security Income/State Supplementary Payment), outros benefícios governamentais por deficiência ou aposentadoria, assistência a aluguel, desemprego, aposentadoria de veteranos, Compensação do Trabalhador (Benefícios do Seguro-desemprego [UIB, Unemployment Insurance Benefits]), etc. **Outros benefícios:** Pensão alimentícia a filho/esposa, quantias de seguro ou jurídicas, outros benefícios governamentais ou particulares por deficiência ou aposentadoria, aposentados que trabalham em ferrovias, benefícios gerados por greves, etc. **Outros:** Dinheiro, presentes, empréstimos, bolsas escolares, etc. **Rendimentos similares:** Como ganhos de moradia, moradia/benefícios/roupas/comida, etc.

Quem recebeu os rendimentos?	De?	Valor bruto	\$	\$	\$	\$	\$
		Data de recebimento					
Quem recebeu os rendimentos?	De?	Valor bruto	\$	\$	\$	\$	\$
		Data de recebimento					
Quem recebeu os rendimentos?	De?	Valor bruto	\$	\$	\$	\$	\$
		Data de recebimento					

1a. Número de horas trabalhadas ou em treinamento neste MÊS:

Quem trabalhou?	Onde?	Total de horas	Quem trabalhou?	Onde?	Total de horas
Quem treinou?	Onde?	Total de horas	Quem treinou?	Onde?	Total de horas

1b. Se os rendimentos ou o dinheiro informados acima serão alterados nos três meses seguintes ao MÊS DE ENVIO, explique e **ANEXE O COMPROVANTE.**

Nome da pessoa	Fonte dos rendimentos ou do dinheiro	Por que ocorrerá a alteração?	Quanto você obterá?		
			Primeiro mês	Segundo mês	Terceiro mês
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

As perguntas 2, 3, 4 e 5 poderão ajudá-lo a obter mais benefícios de Vale-Refeição

2. Despesas médicas: Alguém que recebe Vale-Refeição e é portador de deficiência ou tem 60 anos de idade ou mais paga despesas médicas? **SIM** **NÃO**
Se a resposta for "SIM", indique o valor pago abaixo e **ANEXE O COMPROVANTE** de pagamento.

Quem pagou?	Who gets care?	Valor \$
-------------	----------------	-------------

3. Cuidados com dependentes: Alguém que recebe Vale-Refeição paga pelos cuidados com uma criança, pessoa portadora de deficiência ou outro dependente enquanto trabalha, procura trabalho ou está na escola ou em treinamento? **SIM** **NÃO**
Se a resposta for "SIM", indique o valor pago abaixo e **ANEXE O COMPROVANTE** de pagamento.

Quem pagou?	Quem recebe cuidados?	Valor \$
-------------	-----------------------	-------------

SEÇÃO PARA USO DO CONDADO

4. Pensão alimentícia a filho: Alguém que recebe Vale-Refeição paga pensão para filho determinada judicialmente? **SIM** **NÃO**
Se a resposta for "SIM", indique o valor pago e **ANEXE O COMPROVANTE** de pagamento.

Quem pagou?	Valor \$	Quem pagou?	Valor \$
-------------	----------	-------------	----------

5. Se você for alterar as informações das Perguntas 2, 3 ou 4 nos três meses seguintes ao MÊS DO ENVIO, marque a(s) caixa(s) abaixo, explique e ANEXE O COMPROVANTE.

Despesas médicas <input type="checkbox"/>	Quem paga?	Valor \$	Quem recebe cuidados?	O que foi alterado?	Quando ocorrerá a alteração?
Cuidados com dependentes <input type="checkbox"/>	Quem paga?	Valor \$	Quem recebe cuidados?	O que foi alterado?	Quando ocorrerá a alteração?
Determinadas judicialmente Pensão alimentícia a filho <input type="checkbox"/>	Quem paga?	Valor \$	Para quem?	Anexe a nova ordem judicial	Quando ocorrerá a alteração?

PARTE 2: O que aconteceu *DESDE* o seu último relatório?

6. Alguém recebeu, comprou, vendeu, trocou ou cedeu uma propriedade (terreno, casa, carros, contas bancárias, pagamentos em dinheiro [como: ganhos com jogos ou loteria, seguro social retroativo, reembolso de impostos], outros)? Se a resposta for "SIM", indique abaixo e **ANEXE O COMPROVANTE**. **SIM** **NÃO**

Que possui, vendeu, trocou ou cedeu?	Tipo de Propriedade	Data	Valor \$	<input type="checkbox"/> Comprou <input type="checkbox"/> Vendeu <input type="checkbox"/> Ganhou <input type="checkbox"/> Presente recebido <input type="checkbox"/> Trocado <input type="checkbox"/> Cedido
Conta corrente <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada	Valor \$	Conta poupança <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada	Balance \$	

7. Alguém se mudou para a sua casa ou outro lugar ou você está morando com alguém? **SIM** **NÃO**
Se a resposta for "SIM", preencha abaixo.

Nome completo da pessoa	Relação com você	Mudou para a sua casa ou outro lugar?	Data

8. Alguém em sua família foi declarado culpado de um crime relacionado a entorpecentes por posse, uso ou distribuição; está fugindo da lei para evitar processo por delito, prisão/cárcere; ou sob acusação ou violação de liberdade condicional? **SIM** **NÃO**

Se a resposta for "SIM", indique o nome: _____ Onde foi acusado? _____ Data da acusação: _____

9. Alguma das alterações a seguir ou outras ocorreram a algum membro da sua residência? **SIM** **NÃO**
Se a resposta for "SIM", marque a(s) caixa(s) abaixo e **ANEXE O COMPROVANTE**.

- Alteração na família** (casamento, divórcio, separação, registro de California Domestic Partnership (DP) (parceria doméstica), tem um parceiro doméstico sem registro de California Domestic Partnership, terminou um DP, engravidou, teve um filho ou não está mais grávida?)
- Deficiência** (tornou-se portador de deficiência ou se recuperou de uma deficiência ou doença grave?)
- Trabalho** (começou ou parou de trabalhar, recusou trabalho ou treinamento, o número de horas trabalhadas ou em treinamento aumentou ou diminuiu, ou está em greve?)
- Imigração** (alteração no status de cidadania ou imigração, ou recebeu um novo cartão, formulário ou carta do USCIS [Serviço de Imigração e Cidadania dos EUA]?)
- Seguro** (começou, interrompeu ou sofreu uma alteração nos benefícios de seguro de vida, convênio médico ou odontológico, incluindo a cobertura do MEDICARE?)
- Custódia** (alteração no período de tempo de cuidados/custódia dos seus filhos?)
- Serviços de casa ou cuidados pessoais** (começou ou interrompeu o recebimento de serviços?)
- Frequência escolar**
 - **Somente para Auxílio e dinheiro – Idade escolar entre 6 e 18 anos** começou ou interrompeu a frequência escolar regular?
 - **Idade escolar de 16 anos ou mais** começou ou interrompeu a frequência à escola/faculdade? (Você pode declarar os custos com livros, transporte escolar, etc.)

Outros

Se a resposta for "SIM" para qualquer uma das perguntas, preencha abaixo. Anexe uma folha de papel separada, se necessário:

Nome da(s) pessoa(s)	Relação com você	O que aconteceu?	Data

MUDANÇA DE ENDEREÇO

Preencha esta seção **SOMENTE** se tiver mudado ou tiver um novo endereço para correspondência. Se estiver recebendo Vale-Refeição, é possível que seja necessário apresentar um comprovante dos seus novos gastos de moradia.

Novo endereço residencial (número, nome da rua, avenida, bulevar, etc.)	Apto. Não	Cidade	Estado	CEP	Novo número de telefone ()
Data da mudança	NOVO endereço para correspondência (se for diferente do endereço residencial)	Cidade	Estado	CEP	

Você tem gastos com habitação no novo endereço? **SIM** **NÃO** Se a resposta for sim, quanto? _____
 Você precisa pagar despesas com aquecimento ou ventilação separados das despesas da casa? **SIM** **NÃO** Se a resposta for sim, quanto? \$ _____

CERTIFICAÇÃO – AVISO DE FRAUDE

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. Eu posso também ser acusado como criminoso se mais de US\$ 400 em benefícios de auxílio em dinheiro/vale-refeição forem pagos erroneamente como resultado dessa ação. Recebi uma cópia das Instruções e Penalidades para o Relatório de Status/Qualificação para Auxílio em Dinheiro e Vale-Refeição.

VOCÊ DEVE ASSINAR E COLOCAR A DATA DESTA RELATÓRIO DEPOIS DO ÚLTIMO DIA DO MÊS DO RELATÓRIO OU ELE SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO. 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 ABAIXO: **Para Auxílio em Dinheiro:** você e seu cônjuge auxiliado, parceiro doméstico e outro pai/mãe (da criança auxiliada) se morar na residência. **Para Vale-Refeição:** o chefe da residência, um membro da residência responsável ou o representante autorizado da residência.

ASSINATURA OU MARCA	DATA DE ASSINATURA	TELEFONE RESIDENCIAL ()	TELEFONE PARA CONTATO/CELULAR ()
ASSINATURA DO CÔNJUGE, PARCEIRO DOMÉSTICO OUTRO PAI/MÃE DE CRIANÇA(S) AUXILIADA(S)	DATA DE ASSINATURA	ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU OUTRA PESSOA QUE TENHA PREENCHIDO O FORMULÁRIO	DATA DE ASSINATURA