ЗВІТ ПРО ЗМІНИ У РОДИНІ, ЩО ОТРИМУЄ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ (DFA 377.5)

ІНСТРУКЦІЇ:

Ви повинні повідомляти про зміни протягом 10 днів з часу, як ви про них дізнаєтесь.
*Ви можете повідомити про зміни у цій формі особисто **або** зателефонувавши за нижче вказаним номером.*
Якщо ви використовуєте цю форму, заповнюйте лише ті розділи, які стосуються змін, про які ви повідомляєте.
Якщо у вас виникнуть запитання стосовно того, про які зміни повідомляти, зверніться до працівника, що веде вашу справу.

•

•

Працівник: Телефон:

1 ЗМІНИ У ДОХОДІ

A. Чи змінилось для вашої родини джерело доходу не з заробітків в бік збільшення або зменшення більше, ніж на $50,00, наприклад: минулого місяця ви отримали $250,00 а цього місяця - $301,00? Якщо **Так**, заповніть 1 (C) нижче. ☐ **Так** ☐ **Ні**

B. Чи змінилось для будь-кого з вашої родини джерело доходу з заробітків у бік збільшення або зменшення більше, ніж на $100,00? ☐ **Так** ☐ **Ні**
Якщо **Так**, заповніть 1 (**C**) нижче.

C. Якщо Ви відповідаєте **Так** на вищезазначені питання 1 (**A**) або 1 (**B**), зазначте увесь дохід вашої родини. Додайте корінці чеків або інші підтвердження заробітків. Для усіх інших видів доходу при повідомленні про зміну додайте підтвердження. Якщо хтось має власний бізнес, зазначте підприємницькі витрати на окремому листі паперу та додайте підтвердження доходу і витрат.

Ім'я	Джерело (якщо заробітки, зазначте ім'я працедавця)	Сума (до вирахувань)	Як часто отримуєте?	Дата зміни

2 ЗМІНИ У СКЛАДІ РОДИНИ

Зміна	ТАК	Дата зміни	Якщо **ТАК**, зазначте ім'я особи, стосунок до неї та поясніть зміну.
A. Чи хтось переїхав до вашого будинку, включно з новонародженим?			
B. Чи хтось виїхав з вашого будинку або помер?			
C. Чи ви переїхали жити до когось іншого?			
D. Чи хтось одружився?			
E. Чи хтось став неповносправним або відновив працездатність?			
F. Чи виповнилось комусь 60 років?			
G. Чи хтось отримав новий номер соціального страхування?* Якщо **ТАК**, додайте підтвердження.			

3 ЗМІНИ У РЕСУРСАХ

A. Чи хтось купив або отримав зареєстрований транспортний засіб? Якщо **ТАК**, заповніть нижче: ☐ ТАК

Власник транспортного засобу	Рік і клас	Виробник і модель	Оціночна вартість	Сума заборгованості
			$	$

B. Чи загальна сума готівки у вашої родини, грошей на чекових та/або ощадних рахунках, у акціях, облігаціях тощо, досягнула або перевищила $2000,00 або $3000,00 - для родин, у яких є особи, що досягнули 60, чи більше, років або інваліди? ☐ ТАК
Якщо **ТАК**, заповніть розділ нижче:

Зазначте кожен пункт	Сума	Дата зміни
	$	
	$	
	$	

4 МЕДИЧНІ ВИТРАТИ (ДЛЯ РОДИН, У ЯКИХ Є ОСОБИ, ЯКІ ДОСЯГНУЛИ 60, ЧИ БІЛЬШЕ, РОКІВ АБО ІНВАЛІДИ)

Чи має член родини, який досяг 60-річного віку або є інвалідом, нові медичні витрати або зміни у чинних на більше, ніж $25? ☐ ТАК
Якщо ТАК, ви можете повідомити про ці витрати, і це може збільшити розмір вашої допомоги після отримання нами підтверджень витрат.
Додайте підтвердження та заповніть нижче.

Хто мав витрати?	Тип витрат	Сума	Хто мав витрати?/	Тип витрат	Сума
		$			$

5 РОБОТА/НАВЧАННЯ

A. Чи хтось почав або припинив роботу чи навчання, звільнився, відмовився, змінив кількість годин роботи або навчання, чи взяв участь у страйку? Якщо так, заповніть 5B нижче та негайно зателефонуйте працівникові, що веде вашу справу. ☐ ТАК

B. Імена особи (осіб)	Стосунок до вас	Поясніть, що сталося	Дата зміни

* Надання номера соціального страхування (SSN) вимагається згідно 7 U.S. Code Section 2025E. Особа, яка відмовляється надати SSN, буде дискваліфікована з програми талонів на харчування. SSN використовуватиметься для перевірки посвідчення особи, щоб запобігти дублюванню пільг та підтвердження права на отримання пільг. Номери SSN використовуватимуться під час комп'ютерної перевірки для співставлення вашого доходу та ресурсів з даними з податкових органів, органів соціального забезпечення, органів працевлаштування, Управління соціального страхування (Social Security Administration) та інших установ. Невідповідності можуть звірятися з роботодавцями, банками тощо. Участь у програмі талонів на харчування шахрайським шляхом може привести до цивільних, кримінальних або адміністративних позовів проти вас.

6 ЗМІНИ В АДРЕСІ ТА ВИТРАТАХ НА ПРОЖИВАННЯ

A. Чи у вас з'явилась нова поштова адреса чи номер телефону, або ви плануєте переїхати? Якщо **ТАК**, заповніть 6 C, 6 D та 6 E. ☐ ТАК

B. Ви переїхали? Якщо **ТАК**, заповніть 6 C, 6 D та 6 E. ☐ ТАК

C. Чи ще хтось проживає за цією адресою? Якщо **ТАК**, зазначте ім'я та стосунок: _____ ☐ ТАК

D. Зазначте нижче вашу нову адресу та/чи номер телефону, а дату зміни - тут: _____

Домашня адреса (номер будинку та вулиця)			Поштова адреса (якщо відрізняється) (номер будинку, вулиця)		
Місто	Поштовий індекс	Номер домашнього телефону	Місто	Поштовий індекс	Контактний номер телефону

E. Чи ваші витрати на проживання або оплату комунальних послуг змінилися після переїзду? Якщо **ТАК**, заповніть 1, 2 і 3 нижче: ☐ ТАК

Вас можуть пропросити надати підтвердження нових витрат на проживання.

1. Зазначте суму кожної витрати на проживання. →

2. Якщо у вас є витрати на оплату комунальних послуг, відзначте квадратик біля кожної витрати на комунальну послугу. →

Оренда або застава: $	Податок на нерухомість або страховка: $ (якщо не у заставі)		
Комунальна послуга		Комунальна послуга	
Газ або паливо	☐	Вивезення сміття	☐
Електрика	☐	Водопостачання	☐
Телефон	☐	Каналізація	☐
Підключення послуги	☐	Інше (зазначте):	☐

3. Чи допомагав вам хтось, хто не є членом вашої родини, яка отримує талони на харчування, з оплатою витрат на житло або комунальні послуги? Якщо **ТАК**, заповніть ☐ ТАК

3a, b та c.

a. Зазначте загальну суму витрат на проживання родиною, що отримує талони на харчування: $_____

b. Зазначте загальну суму витрат на комунальні послуги, оплачену родиною, що отримує талони на харчування: $_____

c. Зазначте ім'я кожної особи, яка оплатила будь-які витрати, і чи це були витрати на проживання та/чи комунальні послуги:

7 ЗМІНИ У ВИТРАТАХ З ДОГЛЯДУ ЗА УТРИМАНЦЯМИ

Чи ви почали отримувати рахунки, або чи відбулися зміни у сумі ваших рахунків із догляду за дитиною або іншим утриманцем, для того щоб хтось у будинку міг працювати, навчатись або почати пошук роботи? ☐ ТАК

Якщо **ТАК**, заповніть розділи нижче та додайте квитанцію.

Хто отримував догляд?	Вартість догляду	Причини потреби у догляді	Хто отримував догляд?	Вартість догляду	Причини потреби у догляді
1.			2.		

8 АЛІМЕНТИ НА ДІТЕЙ, СПЛАЧЕНІ РОДИНОЮ

Чи будь-який член родини, яка отримує талони на харчування, сплачував призначені судом аліменти на дитину, що не проживає у будинку або родині? Додайте підтвердження постанови суду або адміністративної постанови, що містить вимогу оплати аліментів на дитину, та вкажіть сплачену суму. Якщо сума призначених судом аліментів на дитину змінилась, додайте підтвердження зміни. ☐ ТАК

ХТО СПЛАЧУВАВ АЛІМЕНТИ НА ДИТИНУ	КОМУ СПЛАЧУВАЛИСЬ	СПЛАЧЕНА СУМА	ДАТА СПЛАТИ

9 ДИСКВАЛІФІКОВАНІ ОСОБИ/НЕЗАКОННІ ЖИТЕЛІ

Чи відбулися зміни згідно питань з 1 по 7 щодо будь-якої особи, що проживає у вашому будинку та є небажаним іноземцем, або яку було дискваліфіковано з програми талонів на харчування? ☐ ТАК

Якщо **ТАК**, зазначте ім'я особи та дату зміни, а нижче поясніть зміну.

10

З дати подання вашого останнього звіту - чи будь-який член вашої родини почав ухилятися або переховуватись від правосуддя для уникнення покарання за скоєний злочин, арешту або тюремного ув'язнення після засудження, чи порушує умови звільнення на поруки або дострокового звільнення? Якщо Так, хто:_____ ☐ ТАК ☐ НІ

11

З дати подання вашого останнього звіту - чи когось із членів вашої родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наротиками, за зберігання, вживання або розповсюдження заборонених речовин? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ВАС	ДАТА СКОЄННЯ ЗЛОЧИНУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З НАРКТОТИКАМИ	ДАТА ЗАСУДЖЕННЯ ЗА ЗЛОЧИН	БУЛО ЗАСУДЖЕНО ЗА:
				☐ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ☐ ЗБЕРІГАННЯ ☐ ВЖИВАННЯ ☐ ІНШЕ (ПОЯСНІТЬ)

12 ІНШІ ЗМІНИ/ТИМЧАСОВІ ЗМІНИ

Чи відбулись у вас ще якісь зміни, про які ви б хотіли повідомити, або чи вважаєте ви, що зміни, про які ви повідомили у пунктах з 1 по 7, є тимчасовими? Якщо **ТАК**, поясніть ☐ ТАК

ПОСВІДЧЕННЯ

- **Я розумію, що неповідомлення інформації або навмисне повідомлення неправдивої інформації може призвести до законного переслідування з покаранням у вигляді штрафу, ув'язнення або обох. Покарання можуть призвести до дискваліфікації з програми, штрафу у сумі до $250000,00 та ув'язнення на строк до 20 років. Дискваліфікаційні покарання: 12 місяців - за перше порушення, 24 місяці - за друге порушення, дискваліфікація назавжди - за третє порушення.**
- *Я розумію, що у мене є лише 10 днів для повідомлення працівникові, що веде мою справу, про зміни, що відбулися у моїй родині.*
- *Я розумію, що інформацію, яку я повідомив(ла), буде перевірено та звірено працівниками округу, штату або держави.*
- *Я розумію, що родина, будь-який дорослий член родини (навіть якщо він переїхав), спонсор негромадянина, що є членом родини, або уповноважений представник осіб, що проживають в установах, де дозволено отримувати талони на харчування, можуть бути змушені відшкодувати пільги, які родина отримала без належних на те підстав, навіть через помилку округу.*
- *Я розумію, що маю право на прохання про надання слухання справи адміністрацією штату стосовно будь-якої дії департаменту соціального забезпечення округу.*
- *Я стверджую, що інформація, що міститься у даному звіті, є правдивою, правильною та повною.*

ПІДПИС (ДОРОСЛИЙ ЧЛЕН РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК)	ДАТА
ПІДПИС (СВІДКА, ЯКЩО ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ ВИ ПОСТАВИЛИ X)	ДАТА