

گزارش وضعیت نیمه-سال برای CalFresh و CalWORKs

نام گیرنده:	شماره پرونده (در صورتی که مشخص است):	شماره سوشال سکيوریتی (اختیاری)
-------------	--------------------------------------	--------------------------------

از این فرم برای گزارش کردن تغییرات اجباری یا اختیاری که از آخرین تعیین وضعیت/گواهی مجدد (RD/RC) بوقوع پیوسته اند استفاده کنید.

اگر می خواهید اطلاعات درآمد را گزارش کنید، مدارک اثبات کننده مانند فیش حقوق؛ کپی چک ها؛ نامه از سازمان ها و غیره را ارائه نمایید. اگر برای تهیه مدارک اثبات کننده با مشکل روبرو شده و نیاز به کمک دارید با کانتی تماس بگیرید.

اگر می خواهید تغییرات در مخارج را گزارش کنید، مدارک اثبات کننده مانند رسیدها؛ چک های باطل شده، صورتحساب های پرداخت شده؛ و غیره را ارائه نمایید. اگر برای تهیه مدارک اثبات کننده با مشکل روبرو شده و نیاز به کمک دارید با کانتی تماس بگیرید.

اگر می خواهید یک تغییر آدرس را گزارش کنید، لطفاً مدارک اثبات کننده مخارج مانند کپی قرارداد اجاره یا رهن جدید؛ رسید کرایه برای آدرس جدید؛ کپی سپرده پرداخت شده جهت خدمات همگانی (مانند آب، برق و گاز)؛ و غیره را ارائه نمایید.

اطلاعات اجباری

اگر **CalWORKs** دریافت می کنید، اطلاعاتی که با علامت **CW** مشخص شده اند را گزارش کنید. اگر **CalFresh** دریافت می کنید، اطلاعاتی که با علامت **CF** مشخص شده اند را گزارش کنید. قسمت های تغییر آدرس و اطلاعات اختیاری برای کلیه خانوارها/واحدهای کمک گیرنده می باشند.

CW مجموع درآمد خانوار من بیش از سقف مشخص شده برای تعداد نفرات خانوار من می باشد.

در ماه _____، کل مجموع درآمد خانوار من _____ \$ بوده است.

CW یک نفر از اعضای خانوار من برای احتراز از محکومیت جنائی از قانون فراری است؛ برای احتراز از دستگیری یا زندان بعد از محکومیت

جنائی از قانون فراری است؛ یا دادگاه معتقد است که او شرایط و مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط خود را زیر پا گذاشته است.

نام شخص _____

CW/CF یک نفر به خانوار من وارد یا از آن خارج شده است. (برای اشخاص اضافی یک برگه جداگانه ضمیمه کنید.)

1. آیا این شخص وارد شده یا خارج شده است؟ وارد شده است خارج شده است (یک گزینه را علامت بزنید)

2. نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی) _____

3. تاریخ تولد (سال/روز/ماه) _____

4. نسبت او با شما _____

5. آیا بطور مرتب با هم خرید و آماده می کنید؟ بله خیر (یک گزینه را علامت بزنید)

CW/CF من نقل مکان کرده ام، شماره تلفن خود را تغییر داده یا یک آدرس پستی جدید دارم.

آدرس منزل جدید _____

آدرس پستی جدید (اگر با آدرس منزل متفاوت است) _____

شماره تلفن جدید (_____) _____

من در این آدرس جدید از اجاره رایگان استفاده می کنم. من در این آدرس جدید از خدمات همگانی رایگان

استفاده می کنم.

اجاره من \$ _____ در ماه است. هزینه خدمات همگانی من \$ _____ در ماه است.

سمت مقابل را ببینید

اطلاعات اجباری - دنباله

- CF من تغییر درآمد داشته ام (یک مورد را علامت بزنید):
- کل درآمد ماهیانه من متوقف شده است.
- درآمد حاصل از کار من بیش از \$100 تغییر کرده است.
- درآمد غیر حاصل از کار من بیش از \$50 تغییر کرده است.
- منبع درآمد تغییر کرده است.
- درآمد جدید شروع شده است.
- CF مبلغ پشتیبانی کودکان که قانوناً باید پرداخت کنم تغییر کرده است.
- CF این قسمت را برای گزارش کم شدن ساعت های کار یا آموزش برای بزرگسالان توانمند بدون وابسته تکمیل کنید:

تعداد ساعت های کار یا آموزش از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه به هفته ای _____ ساعت یا ماهی _____ ساعت کاهش یافته است.

نام شخص(ها) _____
نسبت او با شما _____
مسئله ای که رخ داده است را شرح دهید _____
_____ تاریخ تغییر _____

اطلاعات اختیاری (تمام خانوارها/واحدهای کمک گیرنده)

من می خواهم اطلاعات زیر را گزارش کنم:

گواهی

من می دانم که: اگر به منظور گرفتن یا حفظ کمک مالی یا مزایا عمداً تمام مسائل را گزارش نکنم یا اطلاعات درآمد، ملک و دارایی، یا وضعیت خانوادگی خود را اشتباه گزارش کنم، مورد تعقیب و پیگرد قانونی قرار خواهم گرفت. و اگر به اشتباه بیش از \$950 کمک هزینه نقدی و/یا CalFresh پرداخت گردد، ممکن است بر علیه من اعلام جرم شود.

من با اطلاع کامل از مجازات شهادت دروغ در ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات درج شده در این گزارش درست، صحیح و کامل هستند.

چه کسی باید بخش زیر را امضاء کند: برای CalWORKs: شما، همسر، شریک زندگی عرفی و یا ولی دیگر (کودکانی که کمک نقدی دریافت می کنند) در صورت زندگی در این خانه و دریافت کمک های نقدی.

برای CalFresh: سرپرست خانوار، یک عضو مسئول خانوار، یا نماینده رسمی خانوار.

امضاء یا مهر		تاریخ امضاء	تلفن منزل	تلفن تماس
امضای همسر، شریک زندگی عرفی رسمی، یا ولی دیگر کودکان دریافت کننده کمک های نقدی	تاریخ امضاء	امضای شاهد، مترجم یا فرد دیگری که فرم را پر کرده است	تاریخ امضاء	