

گزارش تغییرات مشخصات خانوار (CF 377.5 CR) CALFRESH

راهنمای:

شما باید تغییرات اجباری (سوالات 1 تا 6) را ظرف مدت 10 روز از آغازی از تغییر گزارش کنید.
شما می توانید تغییرات را با استفاده از این فرم، بصورت حضوری، یا با تماس با شماره زیر گزارش کنید.
اگر از این فرم استفاده می کنید، فقط قسمت های مربوط به تغییر(های) که گزارش می کنید را تکمیل نمایید.
اگر درباره تغییراتی که باید گزارش کنید تردید دارید از کارشناس خود سوال کنید.

•

تلفن:

کارشناس:

1) تغییرات درآمد

- A. آیا منبع درآمد حاصل شده از اشتغال خانوار تغییر یافته یا بیش از \$50.00 کاهش یا افزایش داشته است؟ بعنوان مثال: شما ماه قبل \$250.00 دریافت کرده اید و این ماه \$301.00. اگر پاسخ بله است قسمت 1 (C) زیر را تکمیل نمایید.
- B. آیا منبع درآمد حاصل شده از اشتغال هیچکدام از اعضای خانوار بیش از \$100.00 کاهش یا افزایش داشته است؟ اگر پاسخ بله است قسمت 1 (C) زیر را تکمیل نمایید.
- C. اگر پاسخ بله به 1 (A) یا 1 (B) در بالا داده اید، کل درآمد خانوار خود را ذکر کنید. فیش های حقوق و سایر مدارک نشان دهنده درآمد را ضمیمه کنید. برای تمام درآمدهای دیگر، مدارک مربوطه را در صورت گزارش کردن تغییر ضمیمه کنید. اگر شخص خود اشتغال است، مخارج کاری را روی یک برگه کاغذ جداگانه فهرست کرده و مدارک درآمد و مخارج را ضمیمه کنید.

نام	منبع (اگر عایدی و درآمد است، نام کارفرما ذکر گردد)	مقدار (قبل از کسورات)	هرچند وقت یکبار دریافت می شود؟	تاریخ تغییر

2) تغییرات در اعضای خانوار

- A. آیا کسی، شامل نوزادان، به خانه شما نقل مکان کرده است؟
- B. آیا کسی از شما نقل مکان کرده یا فوت کرده است؟
- C. آیا به منزل شخص دیگری نقل مکان کرده اید؟
- D. آیا شخص ازدواج کرده است؟
- E. آیا شخص دچار ناتوانی و معلولیت شده است یا از وضعیت ناتوانی و معلولیت خارج شده است؟
- F. آیا شخص شماره سوشاپ سکیوریتی جدید دریافت کرده است؟ اگر پاسخ بله است مدارک مربوطه را ضمیمه کنید.

3) تغییرات منابع

آیا مجموع نقدینگی در اختیار خانوار، پول موجود در حساب های جاری و یا پس انداز، سهام، اوراق قرضه و غیره به از آن فراتر رفته است؟ یا در مورد خانواری که یک عضو آن معلول بوده یا بالای 60 سال سن دارد به \$3250 رسیده یا آن فراتر رفته است؟ اگر پاسخ بله است، قسمت زیر را تکمیل نمایید:

تاریخ تغییر	مقدار	هر مورد را ذکر کنید
\$		
\$		
\$		

4) اطلاعات ABAWD اجباری

می خواهم تغییرات ساعات بزرگسالان توانمند بدون وابسته (Able-Bodied Adult without Dependents - ABAWD) را برای خانوار خود گزارش کنم.

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.

در هفته(های)

در ماه(های)

نسبت با شما _____ نام فرد(افراد)

موضوع را شرح دهید

* ارائه شماره سوشاپ سکیوریتی (SSN) بر اساس بخش E 2025 مقررات شماره 7 ایالات متحده آمریکا الزامی است. افرادی که از دادن شماره SSN خودداری کنند از دریافت مزایای CalFresh محروم خواهند شد. شماره های SSN برای بررسی و تایید هویت، جلوگیری از درخواست های تکراری، و بررسی صلاحیت و مزایا بکار برده می شوند. از شماره های SSN در یک برنامه بررسی و مطابقت دادن کامپیوتری استفاده خواهد شد تا درآمدها و منابع با سوابق سازمان های مالیاتی، امور رفاهی، اشتغال، سازمان تامین اجتماعی و سازمان های دیگر تطبیق داده شود. موارد اختلاف ممکن است با کارفرمایها، بانک ها و مراجع دیگر بررسی و کنترل گردد. هرگونه تقلب در شرکت در برنامه CalFresh می تواند منجر به اقدامات کیفری یا جزای و سایر اقدامات اداری گردد.

تغییرات آدرس و هزینه سرپناه

(5)

A. آیا یک آدرس پستی یا شماره تلفن جدید دارید و یا تصمیم دارید نقل مکان کنید؟ اگر پاسخ بله است قسمت های ۵، C، D و ۵ E را کامل کنید.

B. آیا نقل مکان کرده اید؟ اگر پاسخ بله است قسمت های ۵، C، D و ۵ E را کامل کنید.

C. آیا شخص دیگری در این آدرس زندگی می کند؟ اگر پاسخ بله است، نام(ها) و نسبت را ذکر کنید:

D. آدرس و/یا شماره تلفن جدید خود را در زیر و تاریخ تغییر را در این قسمت وارد کنید:

آدرس پستی (اگر متفاوت است) (شماره و خیابان)

آدرس منزل (شماره و خیابان)

شهر	تلفن منزل	کدپست	شهر
کدپست	تلفن پیام گیر	کدپست	شهر

E. آیا مخارج مسکن و یا قبوض خدمات عمومی (بوقتیلیتی) شما بعد از نقل مکان تغییر یافته است؟ اگر پاسخ بله است، لطفاً قسمت های ۱، ۲ و ۳ زیر را کامل کنید:

مالیات یا بیمه املاک: \$	کرایه یا وام مسکن: \$
(اگر دارای وام نیست)	
خدمات عمومی (بوقتیلیتی)	خدمات عمومی (بوقتیلیتی)
<input type="checkbox"/> زیاله یا ضایعات	<input type="checkbox"/> گاز یا سوخت
<input type="checkbox"/> آب	<input type="checkbox"/> برق
<input type="checkbox"/> فاضلاب	<input type="checkbox"/> تلفن
<input type="checkbox"/> سایر (لطفاً قید کنید)	<input type="checkbox"/> نصب خدمات عمومی

آیا شخصی بغیر از اعضای خانوار CalFresh شما کمک در زمینه مخارج مسکن و یا خدمات عمومی (بوقتیلیتی) به شما پرداخت می کند؟ اگر پاسخ بله است، قسمت های ۳a، b و c را تکمیل کنید.

c. نام هر شخص که هر کدام از مخارج را پرداخت کرده است، و اینکه آیا مخارج مسکن و/یا قبوض خدمات عمومی (بوقتیلیتی) را پرداخت کرده است ذکر کنید:

a. رقم کل مخارج پرداخت شده مسکن

توسط خانوار CalFresh را ذکر کنید: \$

b. رقم کل مخارج پرداخت شده قبوض خدمات عمومی (بوقتیلیتی)

توسط خانوار CalFresh را ذکر کنید: \$

(6) مبلغ پشتیبانی کودک پرداخت شده توسط خانوار

آیا هیچ‌کدام از اعضای خانوار CalFresh مبالغ اجرایی قانونی پشتیبانی کودک برای کودکان که در خانه و یا با خانوار زندگی نمی کنند، پرداخت کرده اند؟ مدرک حکم دادگاه و یا حکم اداری که الزام پرداخت پشتیبانی کودک و مبلغ آنرا نشان می دهد ضمیمه کنید. اگر تغییری در مبلغ پشتیبانی اجرایی قانونی ایجاد شده است، مدارک نشان دهنده تغییر را ضمیمه کنید.

پرداخت کننده پشتیبانی کودک	دریافت کننده مبلغ	مدار	تاریخ پرداخت

(7) تغییرات مخارج مراقبت از وابستگان

اختیاری - اگر مخارج مراقبت های وابستگان با مخارج مراقبت از کودکان هریک از اعضای خانوار که مشغول کار است، به دنبال کار بوده و یا مشغول تحصیل می باشد از آخرین گزارش افزایش یافته است، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید.

مقداری که پرداخت شده است: \$ پرداخت کننده:

فهرست نام کودک/کودکان:

(8) مخارج پزشکی (برای یک عضو خانوار که معلومات داشته و یا بالای 60 سال سن دارد)

اختیاری - در صورتی که هریک از اعضای معمول یا بالای 60 سال خانوار مخارج پزشکی جدید داشته و یا مخارج پزشکی ایشان افزایش یافته است، لطفاً بخش زیر را تکمیل کنید چون ممکن است سهمیه شما را افزایش دهد.

اگر مخارج جدید بوده و یا بیش از \$25 افزایش یافته اند، مدارک مربوط را ضمیمه کنید.

مخارج را چه کس متحمل شده است؟	نوع مخارج	مقدار	مخارج را چه کس متحمل شده است/	نوع مخارج	مقدار	مقدار	نوع مخارج	مقدار
\$		\$						

(9) تغییرات موقت

آیا فکر می کنید تغییرات ذکر شده در سوالات ۱ تا ۶ موقت هستند؟

اگر پاسخ شما بله است، لطفاً توضیح دهید.

گواهی

من می دانم و آگاهم که گزارش ندادن اطلاعات و یا دادن اطلاعات نادرست به عمد منجر به پیگرد قانونی شده و مجازات های چون جرمیه، زندان و یا هر دو را در پی داشته باشد. مجازات های مذکور می تخلف خواهد بود.

من می دانم که و آگاهم که برای اطلاع دادن هرگونه تغییر در وضعیت خانوار خود (فقط سوالات ۱ تا ۶) به کارشناس تنها 10 روز فرصت دارم.

من می دانم و آگاهم اطلاعاتی که گزارش کرده ام توسط کارکنان نهادهای محل، ایالتی و فدرال بررسی و مطابقت داده خواهند شد.

من می دانم و آگاهم که خانوار، هریک از اعضای بزرگسال احتیاج اگر نقل مکان کرده باشند، حامی یک عضو خانوار غیر مقیم، یا نماینده رسمی ساکنان یک موسسه واحد شرایط ممکن است مجبور باشند مزایای اضافی که خانوار

نمی باشد آنها را دریافت کرده باشند باز پس دهند، حتی اگر دلیل آن اشتباه کاتی بوده باشد.

من می دانم و آگاهم که می توانم در خصوص هریک از اقدامات سازمان امور وفا های کاتی درخواست رسیدگی ایالتی کنم.

من اعلام می کنم که اطلاعات درج شده در این گزارش صحیح، درست و کامل هستند.

امضا (عضو خانوار یا نماینده رسمی)	تاریخ
امضا (شاهد، اگر با درج علامت X امضا کرده اید)	تاریخ