

ПРОМІЖНИЙ КВАРТАЛЬНИЙ ЗВІТ ПО ПРОГРАМІ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ**ІНСТРУКЦІЇ:**

Використовуйте цю форму для подання звіту про зміну працездатних повнолітніх осіб без утриманців (ABAWD) та/або зміну адреси, що сталися з часу вашого останнього квартального звіту (QR 7).

Використовуйте цю форму для повідомлення про зміни, які, на вашу думку, збільшать ваші пільги за програмою талонів на харчування, подайте такі підтвердження як: квитанції про нарахування заробітної плати; копії чеків; листи з організацій тощо.

Якщо ви повідомляєте про зміни у витратах, надайте такі підтвердження як: квитанції, оплачені чеки, оплачені рахунки-фактури тощо.

Працівник:

Телефон:

ОБОВ'ЯЗКОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО АBAWD (ПРАЦЕЗДАТНИХ ПОВНОЛІТНІХ ОСІБ БЕЗ УТРИМАНЦІВ)

Дайте відповідь стосовно кожної працездатної повнолітньої особи без утриманців (ABAWD) у вашій родині:

Кількість годин праці або навчання зменшилась з 20 годин на тиждень або 80 годин на місяць до _____ годин на тиждень або _____ годин на місяць.

У тиждень (-ні) _____

У місяць (-і) _____

Імена особи (осіб) _____ Стосунок до вас _____

Поясніть, що сталося _____

ЗМІНА АДРЕСИ

НОВА ДОМАШНЯ АДРЕСА (НОМЕР, НАЗВА ВУЛИЦІ, ПРОСПЕКТУ, БУЛЬВАРУ ТОЩО) _____ МІСТО _____ ШТАТ _____ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС НОВИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ _____

ДАТА ПЕРЕЇЗДУ	НОВА ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ДОМАШНЬОЇ АДРЕСИ)	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

ЧИ ПРОЖИВАЄТЕ ВИ БЕЗКОШТОВНО ЗА НОВОЮ ЗАЗНАЧЕНОЮ АДРЕСОЮ?

ТАК НІ, ЯКЩО НІ, ЗАЗНАЧТЕ СУМУ ОРЕНДИ \$ _____

ЧИ ОТРИМУЄТЕ ВИ БЕЗКОШТОВНІ КОМУНАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ЗАЗНАЧЕНОЮ АДРЕСОЮ?

ТАК НІ, ЯКЩО НІ, ЗАЗНАЧТЕ СУМУ ОПЛАТИ ЗА КОМУНАЛЬНІ ПОСЛУГИ \$ _____

ІНФОРМАЦІЯ, НАДАНА ДОБРОВОЛЬНО (Усі родини/групи, що отримують допомогу)

Я б хотів (ла) повідомити таку інформацію: _____

ПОСВІДЧЕННЯ

Я РОЗУМІЮ, ЩО: Якщо я навмисно не повідомлю усієї інформації або повідомлю неправдиву інформацію про свій дохід, власність, сімейний стан для отримання або продовження отримання допомоги або пільг, мене можуть переслідувати в законному порядку. Також мене можуть звинуватити у скоєнні злочину, якщо мені буде неправомірно виплачено пільги за програмою талонів на харчування на суму, більшу \$400,00.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, яка міститься у даному звіті, є правдивою, правильною та повною.

ХТО ПОВИНЕН ПІДПИСАТИСЯ НИЖЧЕ:

Голова родини, член родини або уповноважений представник родини.

Підпис або відмітка	Дата підписання	Домашній телефон	Контактний телефон
Підпис дружини/чоловіка або батьків дітей, які отримують грошову допомогу, повнолітнього члена родини або уповноваженого представника	Дата підписання	Підпис свідка, якщо відмітка замість підпису, перекладача або іншої особи, яка заповнила форму	Дата підписання