

تقرير بالتغييرات في الأسرة المشتركة في برنامج (CF 377.5 CR) CALFRESH

التعليمات:

يجب الإبلاغ بأي تغييرات إلزامية (الأسئلة من 1 إلى 6) خلال 10 أيام من لحظة العلم بالتغيير.

يجوز الإبلاغ بالتغييرات في هذه الاستمارة بصفة شخصية أو بالاتصال بالرقم أدناه.

إذا كنت تستخدم هذه الاستمارة، فلا تستكمل إلا الأقسام التي تسري على التغيير (التغييرات) التي تبلغ بها.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول التغييرات التي يجب الإبلاغ بها، فاسأل الموظف المختص.

الموظف المختص:

رقم الهاتف:

1

تغييرات الدخل

أ. هل تغير مصدر دخل الأسرة غير المكتسب أو زاد أو انخفض بمقدار يزيد عن 50.00 دولار أمريكي، على سبيل المثال: هل حصلت على 250.00 دولار أمريكي الشهر الماضي، بينما حصلت في هذا الشهر على 301.00 دولار أمريكي؟ إذا كانت الإجابة **نعم**، فاستكمل 1 (ج) أدناه.

ب. هل تغير مصدر الدخل المكتسب لأي فرد من أفراد الأسرة أو ازداد أو انخفض بمقدار أكثر من 100.00 دولار أمريكي؟ إذا كانت الإجابة **نعم**، فاستكمل 1 (ج) أدناه.

ج. إذا كانت الإجابة **نعم** على رقم 1 (أ) أو 1 (ب) أعلاه، فأدخل دخل أسرته كله، أرفق كعب إيصال الدفع أو أي إثبات آخر بالإيرادات، أرفق كل الإثباتات الأخرى المرفقة بالدخل عند الإبلاغ بتغيير ما. إذا كان هناك أي شخص يعمل في عمل خاص، فأدرج النفقات التجارية في ورقة منفصلة، وأرفق إثبات الدخل والنفقات.

الاسم	المصدر (إذا كانت إيرادات، أدرج اسم صاحب العمل)	المبلغ (قبل الاستقطاعات)	كم مرة تلقيته؟	تاريخ التغيير

2

التغييرات في التراكيب المنزلية

أ. هل انتقل أي شخص إلى منزلك، بما في ذلك أي طفل حديث الولادة؟

ب. هل انتقل أي شخص من منزلك أو توفي؟

ج. هل انتقلت للعيش في منزلك مع شخص آخر؟

د. هل تزوج أي شخص؟

هـ. هل أصبح أي شخص عاجزًا أو تم شفاؤه من العجز؟

و. هل حصل أي شخص على رقم ضمان اجتماعي جديد؟* إذا كانت الإجابة **نعم**، فأرفق الإثبات.

التغيير	نعم	تاريخ التغيير	إذا كانت الإجابة نعم ، فاذكر اسم هذا الشخص، وصلة القرابة، وأوضح التغيير.

3

التغييرات في المصادر

هل إجمالي السيولة لدى الأسرة، وأموالها المودعة في حساب جارٍ و/أو حساب توفير، والأسهم، والسندات وغيرها يصل إلى أو يتجاوز 2000 دولار أمريكي، أو 3250 دولار أمريكي لأسرة أحد أفرادها عاجزًا أو يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر؟ إذا كانت الإجابة **نعم**، فأكمل القسم الوارد أدناه:

أدخل كل عنصر	المبلغ	تاريخ التغيير
	\$	
	\$	
	\$	

4

المعلومات الإلزامية حول القادرين من البالغين بدون معالين (ABAWD)

☐ أَرغب في الإبلاغ بتغييرات في ساعات القادرين من البالغين بدون معالين (ABAWD) داخل أسرتي.

انخفضت عدد ساعات العمل أو التدريب من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر إلى _____ ساعة (ساعات) في الأسبوع _____ أو ساعة (ساعات) في الشهر.

في أسبوع (أسابيع) _____

في شهر (شهور) _____

اسم الشخص (الأشخاص) _____ صلة القرابة _____

فسر ماذا حدث _____

* يتطلب القسم رقم 2025E من قانون الولايات المتحدة 7، تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، وعليه، فإن أي شخص يرفض تقديم رقم الضمان الاجتماعي، يتم استبعاده من الحصول على منافع برنامج CalFresh. بحيث يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من الهوية، ولمنع تكرار المشاركة، والتحقق من الأهلية، واستحقاق المنافع. كما يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي في برامج المطابقة على الكمبيوتر للتحقق من الدخل والموارد مع سجلات الضرائب، والخدمة الاجتماعية، والتوظيف، ودائرة الضمان الاجتماعي، وغيرها من الهيئات. وتتم مراجعة الاختلافات مع أرباب العمل أو البنوك أو غيرها. بينما تؤدي المشاركة الاحتياطية في برنامج CalFresh إلى اتخاذ إجراءات جنائية، أو مدنية، أو رفع دعاوى إدارية.

- 5 تغییرات آدرس و هزینه سرپناه
- ا. آیا یک آدرس پستی یا شماره تلفن جدید دارید و یا تصمیم دارید نقل مکان کنید؟ اگر پاسخ **بله** است قسمت های 5) چه، 5) د و 5) هـ را کامل کنید.
- ب. آیا نقل مکان کرده اید؟ اگر پاسخ **بله** است قسمت های 5) چه، 5) د و 5) هـ را کامل کنید.
- ج. آیا شخص دیگری در این آدرس زندگی می کند؟ اگر پاسخ **بله** است، نام(ها) و نسبت را ذکر کنید:
- د. آدرس و/یا شماره تلفن جدید خود را در زیر و تاریخ تغییر را در این قسمت وارد کنید:

آدرس منزل (شماره و خیابان)		آدرس پستی (اگر متفاوت است) (شماره و خیابان)	
شهر	کدپستی	تلفن منزل	شهر
	کدپستی		تلفن پیام گیر

- هـ. آیا مخارج مسکن و یا قبوض خدمات عمومی (یوتیلیتی) شما بعد از نقل مکان تغییر یافته است؟ اگر پاسخ **بله** است، لطفاً قسمت های 1، 2 و 3 زیر را کامل کنید:
- ممکن است از شما خواسته شود تا مدارکی برای اثبات مخارج جدید سرپناه خود ارائه کنید.
1. مبالغ کلیه مخارج مسکن خود را وارد کنید.
2. اگر هزینه خدمات عمومی (یوتیلیتی) پرداخت می کنید، کادر مربوط به هریک از مخارج خدمات عمومی که دارید را علامت بزنید.
3. آیا شخصی بغیر از اعضای خانوار CalFresh شما کمک در زمینه مخارج مسکن و یا خدمات عمومی (یوتیلیتی) به شما پرداخت می کند؟ اگر پاسخ **بله** است، قسمت های 3a، b و c را تکمیل کنید.
- a. رقم کل مخارج پرداخت شده مسکن توسط خانوار CalFresh را ذکر کنید: \$ _____
- b. رقم کل مخارج پرداخت شده قبوض خدمات عمومی (یوتیلیتی) توسط خانوار CalFresh را ذکر کنید: \$ _____

6 مبلغ پشتیبانی کودک پرداخت شده توسط خانوار

آیا هیچکدام از اعضای خانوار CalFresh مبالغ اجباری قانونی پشتیبانی کودک برای کودکانی 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 اجباری قانونی ایجاد شده است، مدارک نشان دهنده تغییر را ضمیمه کنید.

پرداخت کننده پشتیبانی کودک	دریافت کننده مبلغ	مقدار پرداخت شده	تاریخ پرداخت

- 7 تغییرات مخارج مراقبت از وابستگان
- اختیاری - اگر مخارج مراقبت های وابستگان یا 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 معلولیت داشته و یا بالای 60 سال سن دارد)

اختیاری - در صورتی که هریک از اعضای معلول 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 کسی متحمل شده است؟	نوع مخارج	مقدار	مخارج را چه کسی متحمل شده است/	نوع مخارج	مقدار
		\$			\$

- 9 تغییرات موقت
- آیا فکر می کنید تغییرات ذکر شده در سوالات 1) تا 6) موقتی 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 می تواند منجر به پیگرد قانونی شده و مجازات هایی چون جریمه، زندان و یا هر دو را در پی داشته باشد. مجازات های مذکور می توانند باعث سلب صلاحیت CalFresh شده و شامل جریمه تا سقف \$250000 و زندان تا 20 سال باشند. مجازات سلب صلاحیت برای نخستین بار تخلف 12 ماه، دومین تخلف 24 ماه و سلب دائمی صلاحیت در سومین تخلف خواهد بود.

- من می دانم که و آگاهم که برای اطلاع دادن هرگونه تغییر در وضعیت خانوار خود (فقط سوالات 1 تا 6) به کارشناس تنها 10 روز فرصت دارم.
- من می دانم و آگاهم اطلاعاتی که گزارش کرده ام توسط کارکنان نهادهای محلی، ایالتی و فدرال بررسی و مطابقت داده خواهند شد.
- من می دانم و آگاهم که خانوار، هریک از اعضای بزرگسال (حتی اگر نقل مکان کرده باشند)، حامی یک عضو خانوار غیرمقیم، یا نماینده رسمی ساکنان یک موسسه واجد شرایط ممکن است مجبور باشند مزایای اضافی که خانوار نمی بایست آنها را دریافت کرده باشند بازپس دهند، حتی اگر دلیل آن اشتباه کالتی بوده باشد.
- من می دانم و آگاهم که می توانم در خصوص هریک از اقدامات سازمان امور رفاهی کالتی 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