

تعليمات تقرير حالة منتصف فترة الاعتماد لبرنامج

كالفريش (CALFRESH):

نظرًا لأنك تحصل على مزايا برنامج كالفريش (CalFresh)، يجب أن تقوم بالإبلاغ في غضون 10 أيام عند زيادة إجمالي الدخل الشهري الخاص بك بما يزيد عن حد الإبلاغ عن الدخل (IRT) الخاص ببرنامج كالفريش (CalFresh)، كما يجب أن يبلغ الشخص البالغ القادر جسديًا بدون معالين عند انخفاض ساعات العمل لأقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر. استخدم هذا النموذج للإبلاغ عن الزيادة في الدخل لأكثر من حد الإبلاغ عن الدخل (IRT) لبرنامج كالفريش (CalFresh) الذي يبلغ 130% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) وفقًا لحجم الأسرة والتغيرات في عدد ساعات العمل للبالغين القادرين جسديًا دون معالين (ABAWD) التي حدثت منذ آخر تقرير نصف سنوي (7 SAR). استخدم هذا النموذج للإبلاغ عن التغيرات التي تعتقد أنها سوف تزيد من مزايا برنامج كالفريش (CalFresh) الخاصة بك. يرجى تقديم الدليل مثل شيكات الراتب أو نسخ الشيكات أو الخطابات من المؤسسات وما إلى ذلك. إذا كنت تبلغ عن تغييرات في النفقات، يرجى تقديم الدليل مثل الإيصالات والشيكات الملغاة والفواتير المدفوعة وما إلى ذلك.

الهاتف:

الموظف:

الإبلاغ الضروري عن زيادة دخلك عن حد الإبلاغ عن الدخل (IRT)

تكون أسرتك مطالبة بالإبلاغ عن التغيرات فقط عند تجاوز إجمالي الدخل الشهري للأسرة 130% من مستوى الفقر الفيدرالي. ويعني إجمالي الدخل، جميع الأموال التي تتلقاها الأسرة بما في ذلك الرواتب قبل الاستقطاعات الضريبية أو الاستقطاعات الأخرى والضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) والمساهمات النقدية وتعويض البطالة ودعم الطفل وتعويض الموظف وما إلى ذلك. ويجب الإبلاغ عن هذا التغيير في غضون 10 أيام من حدوث التغيير. قد ينجح عن الإخفاق في الإبلاغ عن هذا التغيير زيادة دفع لمزايا برنامج كالفريش (CalFresh) وهو ما سيتوجب عليك رده.

تم إبلاغك بحد الإبلاغ عن الدخل (IRT) الخاص بك عند الموافقة على حالتك. إذا كان لديك شك في مقدار حد الإبلاغ عن الدخل (IRT) الخاص بأسرتك، فاتصل على مكتب المقاطعة المحلي. لمراجعة مخطط إجمالي الدخل لكل أسرة عند مستوى الفقر الفيدرالي البالغ 130%، تفضل بزيارة الموقع: <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

للإبلاغ عن تغيير ما، يمكنك: إكمال هذا النموذج، وتوقعه على الجانب الآخر وتسليمه إلى مكتب المقاطعة المحلي الذي تتبعه أو الاتصال على مكتب المقاطعة المحلي الذي تتبعه. إذا كنت في حاجة للمساعدة في إكمال هذا النموذج، يمكنك الاتصال بمكتب المقاطعة.

أرغب في الإبلاغ عن ما يلي:

 إجمالي دخل أسرتي يتجاوز 130% من مستوى الفقر الفيدرالي.

قم بإدراج الدخل الشهري حسب كل نوع يتم تلقيه:

مصدر الأموال	من الذي يحصل عليه؟	مقدار الأموال في كل شهر؟	هل هذا الدخل الجديد لأسرتك؟	متى بدأ الحصول عليه؟

يبلغ إجمالي الدخل الشهري: \$ _____
هل تتوقع ثبات التغيرات في الدخل التي أبلغت عنها؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بلا، يُرجى الشرح: _____

معلومات البالغين القادرين جسديًا دون معالين (ABAWD) الإلزامية

أود الإبلاغ عن تغييرات في ساعات العمل للأفراد البالغين القادرين جسديًا بدون معالين (ABAWD) لأسرتي.

عدد ساعات العمل أو التدريب انخفضت لأقل من 20 ساعة أسبوعيًا أو 80 ساعة شهريًا إلى _____ ساعة أسبوعيًا أو _____ ساعة شهريًا.

في الأسبوع/الأسابيع _____

في الشهر/الأشهر _____

اسم الفرد/الأفراد _____ العلاقة بك _____

شرح ما حدث _____

المعلومات الطوعية (كل الأسر)

أود الإبلاغ عن المعلومات التالية:

الإقرار

أتفهم أنه: إن لم أبلغ عن عمد عن جميع المعلومات أو قدمت معلومات غير صحيحة حول دخلي أو ملكيتي أو حالة أسرتي للحصول على الإعانة أو المزايا أو الاستمرار في تلقيها، فقد تتم مقاضاتي قانونًا. أتفهم أنني قد أتهم بارتكاب جريمة في حال تلقي ما يزيد عن \$950 من مزايا برنامج كالفرش (CalFresh) بشكل غير مستحق.

أقر بموجب عقوبة الحنث في اليمين وفقًا لقوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة في هذا التقرير صحيحة وكاملة.

رب الأسرة أو عضو الأسرة أو ممثل الأسرة المخول.

من يجب أن يوقع أنا:

التوقيع أو الإمضاء

هاتف جهة الاتصال	هاتف المنزل	تاريخ التوقيع	تاريخ التوقيع	توقيع الزوج أو عضو بالغ بالأسرة أو ممثل مخول
				توقيع الشاهد على الإمضاء أو المترجم أو شخص آخر يكمل النموذج