

## تقرير الحالة لنصف المدة

## فيما يتعلق ببرنامج Cash Aid وبرنامج CalFresh

اسم المستلم:	رقم الحالة (إذا كان معروفاً):
--------------	-------------------------------

استخدم هذه الاستمارة للإبلاغ عن التغييرات الإلزامية والاختيارية التي طرأت منذ آخر إبلاغ لك.

في حال الإبلاغ عن معلومات متعلقة بالدخل، يُرجى تقديم ما يثبت ذلك مثل: كعوب شيكات الرواتب أو نسخ من الشيكات أو الخطابات الصادرة عن الوكالات أو غير ذلك. في حال مواجهة صعوبات في الحصول على إثبات وكنت بحاجة للمساعدة، فيمكنك الاتصال بالمقاطعة.

في حال الإبلاغ عن تغييرات في النفقات، يُرجى تقديم ما يثبت ذلك مثل الإيصالات أو الشيكات الملغية أو الفواتير المدفوعة أو غير ذلك. في حال مواجهة صعوبات في الحصول على إثبات وكنت بحاجة للمساعدة، فيمكنك الاتصال بالمقاطعة.

في حال الإبلاغ عن تغيير في العنوان، يُرجى تقديم ما يثبت النفقات مثل: نسخة من عقد الإيجار أو الاستئجار الجديد أو إيصال دفع إيجار خاص بالعنوان الجديد أو نسخ من مبالغ التأمين أو غير ذلك.

## معلومات إلزامية

إذا كنت تحصل على Cash Aid، فيرجى الإبلاغ عن المعلومات التي تحمل العلامة CA. إذا كنت تحصل على CalFresh، فيرجى الإبلاغ عن المعلومات التي تحمل العلامة CF. الأقسام التي تحمل العلامة CA/CF هي لجميع الأسر/ وحدات الدعم.

CA/CF الدخل المشترك لأسرتي يزيد عن الحد المخصص لحجم أسرتي.

في شهر \_\_\_\_\_ ، بلغ إجمالي الدخل المشترك للأسرة \_\_\_\_\_ دولار.

CA أحد أفراد أسرتي يتهرب أو يفر من القانون لتجنب المحاكمة أو الاحتجاز أو الذهاب للسجن بسبب جرم أو محاولة ارتكاب جرم.

اسم الشخص \_\_\_\_\_

CA أحد أفراد أسرتي تم الحكم عليه من قبل محكمة قانونية بخرق فترة المراقبة أو إطلاق السراح المشروط.

اسم الشخص \_\_\_\_\_

CA انتقلت أو غيرت رقم هاتفي أو لدي عنوان بريدي جديد.

عنوان المنزل الجديد \_\_\_\_\_

العنوان البريدي الجديد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل) \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الجديد (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

أتمتع بإعفاء من الإيجار في هذا العنوان الجديد.  أتمتع بمرافق مجانية في هذا العنوان الجديد.

قيمة الإيجار \_\_\_\_\_ دولار شهرياً.  قيمة المرافق \_\_\_\_\_ دولار شهرياً.

أشرك في الإيجار بمبلغ \_\_\_\_\_ دولارًا.  لدي:  تدفئة  تبريد

أصبحت بلا مأوى.  مياه  مجرور

مجمع للنفايات  هاتف  أخرى

انظر الجانب الآخر من الورقة

## معلومات إلزامية - يتبع

CF  املاً هذا القسم للإبلاغ بانخفاض ساعات العمل أو التدريب للبالغين الأصحاء غير العائليين (ABAWDs): (البالغون الأصحاء غير العائليين هم البالغون الذين تتراوح أعمارهم ما بين 19 - 50 ممن يرعون أطفالاً صغاراً).

انخفض عدد ساعات العمل أو التدريب لأقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر ليصل إلى \_\_\_\_\_ ساعة في الأسبوع أو \_\_\_\_\_ ساعة في الشهر.

اسم الشخص \_\_\_\_\_

درجة القرابة \_\_\_\_\_

اشرح ما حدث \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

## معلومات اختيارية (جميع أفراد الأسرة/وحدات الدعم)

أود الإفصاح عن المعلومات التالية:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## إقرار

أدرك أنه: في حال تعمدت عدم الإفصاح عن جميع الحقائق أو تقديم حقائق مغلوطة حول دخلي أو ممتلكاتي أو حالة أسرتي بهدف الحصول على مزايا أو مساعدات أو الاستمرار في الحصول عليها، فإنني بذلك أعرض نفسي للملاحقة القضائية. وربما يتم اتهامني بارتكاب جرم إذا تم دفع أكثر مما قيمته 950 دولارًا كإعانات نقدية أو مساعدات غذائية نتيجة هذا الفعل.

أتعهد تحت عقوبة شهادة الزور وبموجب قوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن الحقائق الواردة في هذا التقرير صحيحة وحقيقية وكاملة بخصوص شهر التقرير بأكمله.

من عليه التوقيع أدناه: بالنسبة إلى Cash Aid: أنت وزوجك المتلقي للمساعدة أو الشريك المحلي المسجل أو والد أو والدة الأطفال الذين يتلقون إعانات نقدية، إذا كان يقيم في المنزل.  
بالنسبة إلى CalFresh: رب المنزل أو الفرد المسؤول عن المنزل أو الفرد المخول لتمثيل المنزل.

التوقيع أو البصمة		
الهاتف الخليوي	هاتف المنزل	تاريخ التوقيع
توقيع الزوج أو الشريك المحلي المسجل أو والد/والدة الأطفال المتلقين للمساعدات النقدية	تاريخ التوقيع	توقيع شاهد البصمة أو المترجم أو شخص آخر أكمل الاستمارة
	تاريخ التوقيع	