

گزارش وضعیت وسط دوره سه ماهه برای کمک نقدی و کوپن های غذایی

شماره پرونده (اگر می دانید):	اسم دریافت کننده:
------------------------------	-------------------

از این فرم برای گزارش تغییرات اجباری ویا داوطلبانه که از آخرین گزارش سه ماهه (QR 7/SAWS QR 7) رخ داده استفاده کنید.

اگر اطلاعاتی در مورد درآمد گزارش می کنید، لطفاً مدارک لازم از قبیل فیش حقوق؛ رونوشت چک ها؛ نامه از سازمان ها و غیره را ارائه کنید.

اگر تغییر در هزینه ها را گزارش می کنید، لطفاً مدارکی از قبیل رسیدها؛ چک های باطل شده، صورتحساب های پرداخت شده و غیره را تأمین کنید.

اگر تغییر در نشانی را گزارش می کنید، لطفاً مدرک هزینه ها از قبیل نسخه ای از موافقت نامه اجاره ویا کرایه جدید خود؛ رسید اجاره برای نشانی جدید خود؛ نسخه هایی از سپرده های تسهیلات شهری و غیره را تأمین کنید.

اطلاعات اجباری

اگر کمک نقدی دریافت می کنید، اطلاعاتی که CA علامت زده شده را گزارش کنید. اگر کوپن های غذایی دریافت می کنید، اطلاعاتی که FS علامت زده شده را گزارش کنید. قسمت های تغییر در نشانی و اطلاعات داوطلبانه برای همه واحد های خانوار/امداد است.

CA درآمد ترکیبی خانوار من بیش از محدوده اندازه خانوار من است.

در ماه _____، کل درآمد ترکیبی خانوار من \$_____ است.

CA فردی در خانوار من یک مجرم محکوم شده مواد مخدر است.

اسم فرد _____

تاریخ محکومیت برای جرم _____

CA فردی در خانواده من برای اجتناب از مجازات کیفری در حال فرار از قانون است؛ اجتناب از بازداشت ویا حبس بعد از محکومیت ویا تخلف از آزادی مشروط ویا التزامی در حال فرار از قانون است.

اسم فرد _____

CA/FS اینجانب نقل مکان کرده، شماره تلفن خود را تغییر داده ویا یک نشانی پستی جدید دارم.

نشانی جدید منزل _____

نشانی پستی جدید (اگر با نشانی منزل تفاوت دارد) _____

شماره تلفن جدید (_____) _____

اینجانب اجاره مجانی در این نشانی جدید دریافت می کنم. اینجانب تسهیلات شهری مجانی در این نشانی جدید دریافت می کنم.

مقدار اجاره من \$_____ در ماه است. تسهیلات شهری من \$_____ در ماه است.

اجاره را اشتراکی می پردازم (لطفاً توضیح دهید) این مخارج را دارم: وسیله گرم کننده وسیله سرد کننده

آب فاضلاب

زباله تلفن

دیگر

به پشت برگه رجوع شود

اطلاعات اجاری - ادامه

FS

این قسمت را برای گزارش کاهش در ساعات کار و یا کارآموزی برای بزرگسالان توانا و سالم بدون وابسته (ABAWDs) پر کنید:

تعداد ساعات کار و یا کارآموزی به زیر 20 ساعت در هفته و یا 80 ساعت در ماه به _____ ساعت در هفته و یا _____ ساعت در ماه تقلیل پیدا کرد.

اسم فرد (افراد) _____
وابستگی به شما _____
رخداد را توضیح دهید _____
تاریخ تغییر _____

اطلاعات داوطلبانه (همه واحدهای خانوار/امداد)

مایلم اطلاعات زیر را گزارش کنم:

گواهی نامه

اینجانب به موارد زیر توجه دارم: اگر عمداً همه اطلاعات را گزارش نکنم و یا اطلاعات نادرستی در مورد درآمد، دارایی و یا وضعیت خانوادگی ام ارائه کنم تا بتوانم به دریافت امداد و یا مزایا ادامه دهم، ممکن است تعقیب قانونی شوم. و اگر بیش از \$400 به صورت کمک نقدی و/یا کوپن های غذایی به طور غیرقانونی پرداخت شده باشد، ممکن است متهم به ارتکاب به يك جرم شوم.

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این گزارش آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

بایستی در زیر امضاء کنید:
برای کمک نقدی: شما، همسر کمک شده شما و یا پدر/مادر دیگر (از کودکانی که کمک نقدی می گیرند) اگر در خانه زندگی می کنید.
برای کوپن غذا: سرپرست خانوار، عضوی از خانوار و یا نماینده مجاز خانوار.

امضاء یا نشان		
تاریخ امضاء	تلفن منزل	تلفن تماس
امضاء همسر و یا پدر/مادر دیگر کودکانی که کمک نقدی می گیرند	تاریخ امضاء	امضاء شاهد، مترجم و یا فرد دیگری که فرم را پر می کند تاریخ امضاء