



گزارش صلاحیت/وضعیت

لطفاً این فرم را بعد از روز اول امضاء کرده و تا پنجم ماه برگردانید.

ماه ارسال

نیاز به کمک دارید؟ با مددکار خود تماس بگیرید.

نام مددکار:

شماره تلفن مددکار:

بارکد:

لطفاً این مزایای مرا متوقف کنید: کمک نقدی کوپن غذا (Food Stamps) Medi-Cal در پایان این ماه. لطفاً آخرین صفحه را امضاء کرده و تاریخ بزنید. سپس فرم را به مددکار خود برگردانید. شما می توانید در هر زمانی که دوست داشتید دوباره درخواست بدهید.

بخش 1: لطفاً به ما بگویید در چه اتفاقی افتاد

سال

ماه گزارش

1. آیا شما یا شخص دیگری در این ماه درآمد یا پولی از منابع دیگر دریافت کرده است؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً در زیر شرح داده و مدارک را ضمیمه کنید.

درآمدها: نگهداری از کودکان، سود حساب بانکی یا سود سهام، درآمد از طریق دریافت کرایه، حقوق، خود اشتغالی، حقوق مرخصی استعلاجی، انعام، حقوق مرخصی استحقاقی، و غیره.
هر نوع مزایای دولتی: غرامت از کارافتادگی ایالتی (SDI)، تامین اجتماعی، کمک درآمد تکمیلی دولتی مخصوص افراد ناتوان/پرداخت های تکمیلی دولتی مخصوص افراد ناتوان (SSI/SSP)، دیگر کمک هزینه های دولتی مخصوص افراد از کارافتاده یا بازنشسته، کمک هزینه کرایه، بیکاری، بازنشستگی پرسنل نظامی، غرامت کارگران (UIB)، و غیره. سایر مزایا: خرجی کودک/همسر، بیمه و یا دریافتی از محل پرونده های حل و فصل حقوقی، سایر دریافتی های خصوصی بابت از کارافتادگی یا بازنشستگی، بازنشستگی کارکنان راه آهن، مزایای دوران اعتصاب، و غیره. سایر: نقدی، هدیه، وام، بورس، و غیره. درآمدهای غیر مستقیم: مانند مسکن بدست آورده، مسکن/آب و برق و گاز/لباس/غذای رایگان و غیره.

چه کسی درآمد را کسب کرده است؟	از کجا؟	مقدار ناخالص	تاریخ دریافت
\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$

1a. ساعت های کار یا آموزش در این ماه:

چه کسی کار کرده است؟	در کجا؟	جمع ساعت ها	چه کسی کار کرده است؟	در کجا؟	جمع ساعت ها

1b. اگر قرار است درآمد یا پول گزارش شده فوق در سه ماه آینده در بعد از ماه گزارش تغییر کند، لطفاً توضیح داده و مدارک را ضمیمه کنید.

نام شخص	منبع درآمد یا پول	چرا قرار است تغییر کند؟	چقدر دریافت خواهید کرد؟
			ماه اول ماه دوم ماه سوم
			\$ \$ \$
			\$ \$ \$

سوالات 2، 3، 4 و 5 ممکن است در گرفتن کوپن های غذای (Food Stamps) بیشتر به شما کمک کنند

2. هزینه های درمانی: آیا هیچ فرد دریافت کننده کوپن غذا که از کارافتاده است و یا سنش بالای 60 سال می باشد، هزینه های درمانی پرداخت می کند؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً مبلغ پرداخت شده را در زیر بنویسید و مدارک پرداخت را ضمیمه کنید.

چه کسی پرداخت کرده است؟	چه کسی مراقبت دریافت می کند؟	مبلغ \$

3. مراقبت از وابستگان: آیا هیچ فرد دریافت کننده کوپن غذا در حین اشتغال به کار، جستجو برای کار، یا رفتن به مدرسه یا شرکت در دوره های آموزشی پولی بابت مراقبت از کودکان، افراد از کارافتاده، یا دیگر وابستگان پرداخت می کند؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً مبلغ پرداخت شده را در زیر بنویسید و مدارک پرداخت را ضمیمه کنید.

چه کسی پرداخت کرده است؟	چه کسی مراقبت دریافت می کند؟	مبلغ \$

COUNTY USE SECTION

4. **خرجی کودک:** آیا هیچ فرد دریافت کننده کوپن غذا یا حکم دادگاه موظف به پرداخت خرجی کودک است؟
اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً مبلغ پرداخت شده را در زیر بنویسید و مدارک پرداخت را ضمیمه کنید.

بله خیر

مبلغ \$	چه کسی پرداخت کرده است؟	مبلغ \$	چه کسی پرداخت کرده است؟
---------	-------------------------	---------	-------------------------

5. اگر قرار است اطلاعاتی که در پاسخ به سوالات 2، 3 یا 4 نوشته اید در سه ماه آینده در بعد از ماه گزارش تغییر کند، لطفاً مربع(های) زیر را علامت بزنید، توضیح داده و مدارک را ضمیمه کنید.

هزینه های درمانی	<input type="checkbox"/>	چه کسی پرداخت می کند؟	مبلغ \$	چه کسی مراقبت دریافت می کند؟	چه چیزی تغییر کرده است؟	چه موقع قرار است تغییر کند؟
مراقبت از وابستگان	<input type="checkbox"/>	چه کسی پرداخت می کند؟	مبلغ \$	چه کسی مراقبت دریافت می کند؟	چه چیزی تغییر کرده است؟	چه موقع قرار است تغییر کند؟
خرجی کودک با حکم دادگاه	<input type="checkbox"/>	چه کسی پرداخت می کند؟	مبلغ \$	برای چه کسی؟	حکم جدید دادگاه را ضمیمه کنید	چه موقع قرار است تغییر کند؟

بخش 2: از تاریخ آخرین گزارش شما تاکنون چه اتفاقاتی افتاده است؟

6. آیا هیچ کس ملک یا دارایی [زمین، خانه، ماشین، حساب بانکی، وجوه نقد (مانند: جواز لاری یا کازینو، کمک هزینه های تامین اجتماعی قدیمی، بازپرداخت مالیات)، بله خیر و غیره] دریافت کرده، خریده، فروخته، معامله کرده یا واگذار کرده است؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً تمام موارد را در زیر نوشته و مدارک را ضمیمه کنید.

چه کسی دریافت کرده، فروخته، معامله کرده یا واگذار کرده است؟	نوع ملک یا دارایی	در چه موقعی؟	ارزش \$	<input type="checkbox"/> خریداری شده <input type="checkbox"/> فروخته شده <input type="checkbox"/> برنده شده <input type="checkbox"/> هدیه دریافتی <input type="checkbox"/> معامله شده <input type="checkbox"/> واگذار شده
<input type="checkbox"/> افتتاح <input type="checkbox"/> بسته شده <input type="checkbox"/> مانده حساب \$	حساب جاری	حساب پس انداز	<input type="checkbox"/> افتتاح <input type="checkbox"/> بسته شده	مانده حساب \$

7. آیا هیچ کس به خانه شما نقل مکان کرده یا از خانه شما رفته است، آیا شما به خانه شخص دیگری نقل مکان کرده اید؟ اگر پاسخ شما "بله" است، بخش زیر را پر کنید.

نام کامل شخص	نسبت او با شما	به خانه شما نقل مکان کرده یا از آنجا رفته است؟	در چه موقعی؟

8. آیا هیچ کس در خانواده شما به خاطر اتهامات مربوط به مواد مخدر و داشتن مواد، مصرف، یا توزیع آن؛ فرار یا خودداری از شرکت در مراحل پیگرد قانونی، بازداشت، یا زندان؛ یا به خاطر زیرپا گذاشتن شرایط تعلیق مجازات یا آزادی مشروط مجرم شناخته شده است؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً نام ببرید: در کجا مجرم شناخته شده است؟

بله خیر

تاریخ محکومیت:

9. آیا هیچ یک از تغییرات زیر یا تغییرات دیگر برای افراد ساکن در خانه شما روی داده اند؟ اگر پاسخ شما "بله" است، لطفاً مربع(های) زیر را علامت زده و مدارک را ضمیمه کنید.

- تغییرات خانوادگی (ازدواج، طلاق، جدا شدن، ثبت نام شده به عنوان شریک زندگی کالیفرنیا (DP)، DP در ایالت های دیگر غیر از کالیفرنیا، پایان DP، باردار شدن، بچه دار شدن، یا خاتمه بارداری؟)
- ازکارافتادگی (از کار افتاده شده یا برطرف شدن از کارافتادگی یا یک بیماری سخت؟)
- کار (شروع یا قطع کار، رد کردن یک فرصت شغلی یا آموزشی، افزایش یا کاهش تعداد ساعت های کار یا آموزش، یا اعتصاب؟)
- مهاجرت (تغییر وضعیت سینیونی یا مهاجرت، یا گرفتن کارت، فرم یا نامه جدید از USCIS (INS)؟)
- بیمه (شروع، قطع، یا تغییر در مزایای بیمه پزشکی، دندان پزشکی، یا عمر، شامل MEDICARE؟)
- سرپرستی (هرگونه تغییر در مدت زمانی که مراقب کودکان خود هستید/یا سرپرستی آنها را بر عهده دارید؟)
- خدمات حمایتی خانگی (شروع یا قطع خدمات؟)
- حضور در مدرسه

- فقط برای کمک های نقدی - دانش آموزان سن 6 تا 18 شروع یا توقف مدرسه رفتن عادی؟
- دانش آموزان 16 ساله و بزرگتر شروع یا توقف مدرسه/کالج رفتن؟ (شاید بتوانید هزینه کتاب، رفت و آمد به مدرسه و غیره را مطالبه کنید)

سایر

اگر پاسخ شما به هر یک از اینها "بله" بوده است، لطفاً بخش زیر را پر کنید. در صورت نیاز از برگه های اضافی استفاده کنید:

نام شخص(ها)	نسبت او با شما	چه شده است؟	در چه موقعی

تغییر آدرس

این بخش را فقط موقعی پر کنید که جابجا شده اید یا آدرس پستی جدیدی دارید. اگر کوپن غذا دریافت می کنید، شاید از شما خواسته شود مدارکی ارائه کنید که هزینه های اقامتگاه جدیدتان را نشان می دهد.

آدرس خانه جدید (پلاک، نام کوچه، خیابان، بلوار و غیره)	شماره آپارتمان	شهر	ایالت	کدپستی	شماره تلفن جدید ()
تاریخ نقل مکان	آدرس پستی جدید (اگر با آدرس خانه متفاوت است)	شهر	ایالت	کدپستی	

آیا در این آدرس جدید هزینه مسکن دارید؟

آیا هزینه های گرمایش/سرمایش را جدا از هزینه مسکن پرداخت می کنید؟

نعم لا اگر پاسخ شما بله است، مبلغ آن چقدر است؟ \$ نعم لا اگر پاسخ شما بله است، مبلغ آن چقدر است؟ \$

گواهی - اخطار در مورد تقلب و دروغ گویی

من می دانم که: اگر به منظور گرفتن یا حفظ کمک مالی یا مزایا عمداً تمام مسائل را گزارش نکنم یا اطلاعات درآمد، ملک و دارایی، یا وضعیت خانوادگی خود را اشتباه گزارش کنم، مورد تعقیب و پیگرد قانونی قرار خواهم گرفت. اگر مبلغ کمک نقدی بیش از \$400 باشد، و/یا کوپن های غذا در نتیجه اینگونه اقدامات اشتباه پرداخت شوند، مرتکب تخلف و جرم می شوم. من یک نسخه از دستورالعملها و جریمه های گزارش صلاحیت/وضعیت برای کمک نقدی و کوپن های غذا را دریافت کرده ام.

شما باید این گزارش را بعد از آخرین روز ماهی که این گزارش مربوط به آن است امضاء کرده و تاریخ بزنید وگرنه فرم شما ناقص خواهد بود. من با اطلاع کامل از مجازات شهادت دروغ در ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات درج شده در این گزارش درست، صحیح و کامل هستند.

چه کسی باید بخش: برای کمک های نقدی: شما و همسر/شریک زندگی. و ولی دیگر (کودکانی که کمک نقدی دریافت می کنند) در صورت زندگی در این خانه و دریافت کمک های نقدی زیر را امضاء کنند: برای کوپن های غذا: سرپرست خانوار، یک عضو مسئول خانوار، یا نماینده رسمی خانوار.

امضاء یا مهر	تاریخ امضاء	تلفن منزل ()	شماره تماس/موبایل ()
امضای همسر، شریک زندگی، یا ولی دیگر (کودک(ان) دریافت کننده کمک های نقدی)	تاریخ امضاء	امضای شاهد، مترجم یا فرد دیگری که فرم را پر کرده است	تاریخ امضاء