

## フードスタンプ四半期中間ステータス報告

### 手順:

この書式を用いて、ABAWD および、あなたが最後に四半期報告 (Quarterly Report: QR 7) を提出してから起こった住所変更を報告してください。この書式を用いて、フードスタンプ給付が増額されると思われる変更事項を報告してください。支払明細書、小切手の写し、組織機関からの通知等の証拠となるものを提出してください。

支出の変更を報告するには、領収書、決済された小切手、請求書等の証拠を提出してください。

担当者:

電話:

### 必須 ABAWD 情報

扶養者のいない成人健常者 (Able-Bodied Adults Without Dependents: ABAWD) に対する質問:

労働時間あるいは訓練時間が週 20 時間、月 80 時間から週 \_\_\_\_\_ 時間、月 \_\_\_\_\_ 時間に減少した。

\_\_\_\_\_ の週  
\_\_\_\_\_ の月

氏名 \_\_\_\_\_ あなたとの関係 \_\_\_\_\_

事由 \_\_\_\_\_

### 住所変更

新しい住所 (NUMBER, STREET NAME, AVENUE, BLVD, ETC.) \_\_\_\_\_ CITY (市) \_\_\_\_\_ STATE (州) \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_ 新しい電話番号 \_\_\_\_\_

| 引越した日付 | 新しい郵送先 (住所と異なる場合) | CITY | STATE | ZIP CODE |
|--------|-------------------|------|-------|----------|
|        |                   |      |       |          |

記載した新しい住所で無料家賃が提供されていますか?

はい  いいえ。「いいえ」の場合の家賃 \$ \_\_\_\_\_

記載した新しい住所で無料の公共料金が提供されていますか?

はい  いいえ。「いいえ」の場合の公共料金 \$ \_\_\_\_\_

### 任意の情報 (家庭構成員全員/扶助単位)

次の情報の報告を希望します。 \_\_\_\_\_

### 証明

私は以下の点を了解いたします。補助や給付を得るため、あるいはこれを継続して受給するために、所得、資産、家族状況等に関し、すべての事実を意図的に提供しなかったり、誤った事実を提供した場合、私は告訴されることがあることを了解します。さらに、\$400 以上のフードスタンプ給付を不正に受給した場合、重罪を犯したとして告発されることがあることを了解いたします。

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この報告書に含まれている事実は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

下記に署名しなければ  
ならない者:

家族の筆頭者、家庭構成員、家族の指定代理人 (Authorized Representative)

| 署名または記号 | 署名日 | 自宅の電話 | 連絡先の電話 |
|---------|-----|-------|--------|
|         |     |       |        |

配偶者、キャッシュエイドを受給している子供の他方の親、成人の家庭構成員、指定代理人 (Authorized Representative) いずれかの署名

署名日

記号の場合の証人、通訳、その他この書類を記入した者の署名

署名日