

**ПРОГРАММА CALFRESH  
ОТЧЕТ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕМЕЙНОЙ ГРУППЕ (CF 377.5 CR)**

**ИНСТРУКЦИИ:**

Вы должны сообщить об изменениях (Вопросы 1 - 6) в течение 10 дней с того времени, когда они станут вам известны.

Вы должны сообщить об изменениях на этой форме, лично **или** позвонив по указанному ниже номеру телефона.

Если вы используете эту форму, заполните только раздел(ы) касающиеся сообщаемых изменений.

Если у вас есть вопросы, о каких изменениях вы должны сообщать, спросите вашего работника.

Работник:

Телефон:

**1 ИЗМЕНЕНИЯ ДОХОДА**

- A. Изменился ли источник незаработанного дохода вашей семейной группы или увеличился или уменьшился на сумму более, чем \$50.00, например: вы получили \$250.00 в прошлом месяце и \$301.00 в этом? Если **Да**, заполните 1 (C) ниже.
- B. Изменился ли источник незаработанного дохода вашей семейной группы или увеличился или уменьшился на сумму более, чем \$100.00? Если **Да**, заполните 1 (C) ниже.
- C. Если вы ответили **Да** на вопрос 1 (A) или 1 (B) выше, введите весь доход вашей семейной группы. Приложите корешки чеков или другие подтверждения дохода. Для любого другого дохода приложите подтверждение при сообщении дохода. Если кто-либо имеет собственный бизнес, укажите расходы на отдельном листе бумаги и приложите подтверждение доходов и расходов.

Имя	Источник (если заработок, кто работодатель)	Сумма (До вычетов)	Как часто получаете?	Дата изменения

**2 ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ**

Изменение	ДА	Дата изменения	Если <b>Да</b> , имя лица, родственное отношение и объяснение изменения
A. Кто-либо въехал в ваш дом, включая новорожденных?			
B. Кто-либо выехал из вашего дома или умер?			
C. Вы въехали в чей-то дом?			
D. Кто-либо женился?			
E. Кто-либо стал нетрудоспособным или восстановил трудоспособность?			
F. Кто-либо получил новый номер SSN*? Если <b>Да</b> , приложите доказательства.			

**3 ИЗМЕНЕНИЯ В РЕСУРСАХ**

Общая сумма наличных денег, денег на сберегательном и текущем счетах, акций, облигаций и т.п. находящихся во владении семейной группы достигла или превышает \$2000 или \$3250 для семейной группы, в которой есть инвалид или лицо в возрасте 60 или старше? Если **Да**, заполните раздел ниже:

Укажите каждый ресурс	Сумма	Дата изменения
	\$	
	\$	
	\$	

**4 ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ АBAWD (СОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ТРУДОСПОСОБНЫЕ ЛИЦА БЕЗ ИЖДИВЕНЦЕВ)**

Я хочу сообщить об изменениях в часах АBAWD для моей семейной группы.

Количество часов работы или обучения уменьшилось с 20 в неделю или 80 часов в месяц до \_\_\_\_\_ часов в неделю или \_\_\_\_\_ часов в месяц.

В неделю (и) \_\_\_\_\_

В месяц (а) \_\_\_\_\_

Имя лиц (а) \_\_\_\_\_ родственное отношение к вам \_\_\_\_\_

Объясните, что произошло \_\_\_\_\_

\* Предоставление номера социального страхования (SSN) обязательно, согласно 7 U.S. Code Section 2025E. Любое лицо, которое отказывается предоставить SSN будет лишено права на предоставление льгот CalFresh. SSNs будет использован для удостоверения личности просителя, для предотвращения дублирования пособия и для проверки права на льготы. SSN также будет использован для компьютерной сверки доходов и ресурсов с данными налогового управления, Департамента социального обеспечения, агентства по трудоустройству, Администрации социального страхования (SSI) и других учреждений. Разногласия могут быть сверены с работодателями, банками и другими учреждениями. Мошенническое участие в программе CalFresh может привести к уголовным, гражданским или административным искам против вас.

**5 ИЗМЕНЕНИЯ АДРЕСА И РАСХОДОВ НА ЖИЛЬЕ**

- A. Изменился ли ваш почтовый адрес или номер телефона или вы планируете переезжать? Если **ДА**, заполните 5 C, 5 D и 5 E.  
 B. Вы переехали? Если **ДА**, заполните 5 C, 5 D и 5 E.  
 C. Кто-либо еще проживает по этому адресу? Если **ДА**, укажите имя (имена) и родственное отношение: \_\_\_\_\_  
 D. Укажите ваш новый адрес/или номер телефона ниже и дату изменения здесь: \_\_\_\_\_

Домашний адрес (Номер и улица)			Почтовый адрес(если отличается)(Номер и улица)		
Город	Почтовый индекс	Дом. телефон	Город	Почтовый индекс	Телефон для сообщений

- E. Изменились ли ваши расходы на жилье и коммунальные услуги после того, как вы переехали? Если **ДА**, заполните 1, 2 и 3 ниже:  
 Вас могут попросить предоставить доказательства этих расходов.

1. Укажите сумму каждого расхода на жилье. →

Аренда или ипотека: \$		налог на имущество или страховка: \$ (Если не включено в платеж)	
Коммунальные услуги		Коммунальные услуги	
Газ или топливо	<input type="checkbox"/>	Мусор	<input type="checkbox"/>
Электричество	<input type="checkbox"/>	Вода	<input type="checkbox"/>
Телефон	<input type="checkbox"/>	Канализация	<input type="checkbox"/>
Подключение услуг	<input type="checkbox"/>	Другое(укажите)	<input type="checkbox"/>

2. Если у вас есть расходы на коммунальные услуги, →  
 отметьте квадратик на каждый вид коммунальных услуг.

3. Помог ли вам кто-либо, не являющийся членом вашей семейной группы, получающей CalFresh оплатить любые расходы на жилье или коммунальные услуги? Если **ДА**, заполните 3 a, b и c.  
 a. Укажите общую сумму расходов на жилье оплаченную семейной группой CalFresh: \$ \_\_\_\_\_  
 b. Укажите общую сумму коммунальных расходов оплаченную семейной группой CalFresh: \$ \_\_\_\_\_  
 c. Укажите имя каждого лица, оплатившего любые из этих расходов и укажите, если они оплатили расходы на жилье и/или коммунальные услуги:

**6 АЛИМЕНТЫ НА ДЕТЕЙ, УПЛАЧЕННЫЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППОЙ**

Выплачивал ли кто-либо из членов семейной группы, получающий льготы CalFresh, назначенные по решению суда алименты на детей, не живущих в доме или семейной группе? В доказательство приложите постановление суда или административное постановление, в котором указано требование о выплате и укажите выплаченную сумму. Если назначенная судом сумма изменилась, приложите доказательство изменений.

КТО ВЫПЛАЧИВАЛ АЛИМЕНТЫ	КОМУ ЗАПЛАЧЕНО	ЗАПЛАЧЕННАЯ СУММА	ДАТА ВЫПЛАТЫ

**7 ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ ПО УХОДУ ЗА ИЖДИВЕНЦАМИ**

**Дополнительно** - если у какого-либо члена семейной группы, который работает, ищет работу или учится в школе, после последнего отчета увеличились расходы по присмотру за иждивенцем или ребенком, пожалуйста, заполните раздел ниже.

Какая сумма была заплачена: \$ \_\_\_\_\_ Кто заплатил: \_\_\_\_\_

Укажите ребенка/детей: \_\_\_\_\_

**8 МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ (ДЛЯ ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ, ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ИНВАЛИДОМ ИЛИ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ)**

**Дополнительно** - Если у какого-то члена семейной группы, который является инвалидом или в возрасте 60 лет или старше, появились новые или увеличились существующие медицинские расходы, заполните раздел ниже, т.к. этот отчет может увеличить льготы. Если расходы новые или увеличились на более, чем \$25, **приложите подтверждение.**

У кого были расходы?	Вид расходов	Сумма	У кого были расходы?	Вид расходов	Сумма
		\$			\$

**9 ВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

Считаете ли вы, что изменения в вопросах с 1 по 6 временные?  
 Если **ДА**, объясните.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

- Я понимаю, что сознательное несообщение всех фактов или заведомое сообщение ложных фактов может привести к преследованию по закону с наказанием в виде штрафа, тюремного заключения или обоих. Наказания могут привести к лишению права на получение льгот программы CalFresh, штрафу до \$250,000 и тюремному заключению до 20 лет. Дисквалификационные санкции останавливают ваши льготы на 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.
- Я понимаю, что обязан сообщить своему работнику о всех изменениях в семейной группе в течение не более, чем 10 дней (Только вопросы 1 - 6).
- Я понимаю, что сообщенные мной факты будут проверены и сверены работниками округа, штата и федерального правительства.
- Я понимаю, что что семейная группа, любой совершеннолетний член семейной группы (даже, если выедет из дома) спонсор законного жителя-негражданина, являющегося членом семейной группы, или уполномоченный представитель лиц, проживающих в заведениях, где разрешено получать льготы, могут быть обязаны возместить переплаченные льготы, даже если переплата произошла по вине округа.
- Я понимаю, что я имею право попросить слушание администрацией штата относительно любого действия отдела социального обеспечения округа.
- Я заявляю, что все факты, содержащиеся в этом отчете, полны, правдивы и верны.

ПОДПИСЬ (ЧЛЕН СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)	ДАТА
ПОДПИСЬ (СВИДЕТЕЛЬ, ЕСЛИ ВЫ ПОДПИСАЛИСЬ ЗНАЧКОМ "x")	ДАТА