

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ ПО ПРОГРАММЕ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ**ИНСТРУКЦИИ:**

Используйте эту форму, чтобы сообщить о трудоспособных совершеннолетних без иждивенцев (ABAWD) и/или об изменении адреса, которые произошли после вашего последнего квартального отчета (QR 7).

Используйте эту форму, чтобы сообщить об изменениях, которые, по-вашему мнению, могут увеличить сумму ваших льгот по Программе талонов на питание; пожалуйста, предоставьте подтверждение, как например: корешки чеков оплаты; копии чеков; письма от агентств и т.п.

Если вы сообщаете об изменениях в расходах, пожалуйста, предоставьте подтверждения, как например: квитанции; оплаченные чеки, оплаченные счета и т.п.

Работник: _____

Телефон: _____

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ АBAWD

Ответьте про каждого совершеннолетнего без иждивенцев (ABAWD) в вашей семейной группе:

Количество отработанных часов или часов обучения уменьшилось с 20 часов в неделю или 80 часов в месяц до _____ часов в неделю или _____ часов в месяц.

В неделю(и) _____

В месяц(ы) _____

Заполните ниже и немедленно позвоните работнику, ведущему ваше дело.

Имя лиц(а) _____ Родственное отношение к вам _____

Объясните, что произошло _____

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

НОВЫЙ ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, БУЛЬВАРА И Т.П.) _____

ГОРОД _____

ШТАТ _____

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС НОВЫЙ ТЕЛЕФОН № _____

ДАТА ПЕРЕЕЗДА _____

НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО АДРЕСА) _____

ГОРОД _____

ШТАТ _____

ПОЧТ. ИНДЕКС _____

ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ БЕСПЛАТНО ПО НОВОМУ УКАЗАННОМУ АДРЕСУ?

 да нет, ЕСЛИ НЕТ, УКАЖИТЕ СУММУ АРЕНДЫ \$ _____

ОПЛАЧИВАЕТЕ ЛИ ВЫ КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО НОВОМУ УКАЗАННОМУ АДРЕСУ?

 да нет, ЕСЛИ НЕТ, УКАЖИТЕ СУММУ КОММУН. УСЛУГ \$ _____

ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ДОБРОВОЛЬНО (Все семейные группы/группы, получающие помощь)

Я хотел бы сообщить следующую информацию: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если я сознательно не предоставляю всю информацию или предоставляю ложные факты о моем доходе, собственности или семейном статусе, чтобы получить или продолжать получать помощь или льготы меня могут преследовать в законном порядке. А также, меня могут обвинить в фелонии (преступлении), если более, чем \$400 в талонах на питание было неправильно выплачено.

Сознавая ответственность по законам Калифорнии и Соединенных Штатов за дачу ложных показаний, я заявляю, что факты, содержащиеся в этом отчете, правдивы, правильны и предоставлены полностью.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬСЯ НИЖЕ:

Глава семейной группы, член семейной группы или уполномоченный представитель сем. группы.

Подпись или отметка _____

Дата подписи _____

№ Дом. Телефона _____

№ телефона для связи _____

Подпись супруга/и или второго родителя ребенка, получающего денежную помощь, совершеннолетнего члена сем. группы или уполномоченного представителя

Дата подписи _____

Подпись свидетеля, если отметка вместо подписи, переводчика или другого лица, заполнившего форму

Дата подписи _____