

**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? \_\_\_\_\_ ОПЛАЧИВАЕТЕ ЛИ ВЫ КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО НОВОМУ УКАЗАННОМУ АДРЕСУ? \_\_\_\_\_

ДА  НЕТ, ЕСЛИ НЕТ, УКАЖИТЕ СУММУ АРЕНДЫ \$ \_\_\_\_\_

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