تغییر شرایط

نام شما	شناسه متقاضی یا SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)

تمام بخش‌ها را با دقت مطالعه کنید. **تمام کادرهایی را که به خانوار شما مربوط می‌شود علامت بزنید.** این فرم را امضا و تاریخ بزنید و تکمیل کنید و آن را به اداره محل خود برگردانید. اگر سؤالی دارید یا اگر برای برگرداندن این فرم با پست به پاکت نامه با هزینه پستی از قبل پرداخت‌شده نیاز دارید، با اداره محل خود تماس بگیرید.

مسئولیت‌های شما: اگر خانوار شما کمک نقدی، غذای اساسی یا کمک پزشکی دریافت می‌کند، شما باید مطابق شرح WAC 388-418-0005، 182-504-0105 و 182-504-0110 براساس مزایایی که دریافت می‌کنید، تغییرات را گزارش دهید. برای برنامه‌های کمک نقدی و food assistance programs (برنامه‌های کمک غذایی)، تا روز 10ام ماه پس از تاریخی که تغییر رخ داده است، شما باید این تغییرات را به ما اطلاع دهید. درخصوص کمک پزشکی، شما باید ظرف 30 روز از زمانی که تغییر رخ داده است آن را به ما اطلاع دهید. اگر به ما تغییری را اطلاع دهید که اجباری به اطلاع دادن آن نیست، ما باید بررسی کنیم که این تغییر چطور بر مزایای شما تأثیر می‌گذارد. این امر ممکن است مزایا را کمتر کند یا به مزایایتان خاتمه دهد. در مورد مواد غذایی اساسی، اگر به‌طور داوطلبانه نقل مکان به یک محل سکونت جدید را گزارش دهید، باید هزینه‌های سرپناه جدید خود را نیز در بخش 2 گزارش دهید، حتی اگر هنوز صورت‌حسابی بابت آنها دریافت نکرده باشید. اگر هزینه‌های سرپناه جدید خود را ارائه ندهید، ما از 0 دلار استفاده خواهیم کرد. این امر سبب می‌شود مزایای کمتری دریافت کنید.

1. ☐ نشانی من تغییر کرده است.

☐ من نقل مکان کرده‌ام. تاریخ نقل مکان: _____ ☐ نشانی پستی من تغییر کرده است. ☐ من بی‌خانمان هستم.

نشانی جدید محل زندگی من:	نشانی پستی جدید من (درصورت تفاوت داشتن):
شماره آپارتمان (درصورت وجود)	شماره آپارتمان (درصورت وجود)
شهر ایالت زیپ‌کد	شهر ایالت زیپ‌کد

2. ☐ هزینه‌های سرپناه من تغییر کرده است.

برای مواد غذایی اساسی، **فقط درصورتی** گزارش دهید که هزینه‌های شما افزایش یافته باشد یا به محل سکونت جدید نقل مکان کرده باشید. سایر تغییرات در هزینه‌های سرپناه را در **بازبینی صلاحیت یا گواهی میان‌دوره‌ای بعدی**گزارش دهید. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید.

☐ من اجاره می‌کنم.		☐ من می‌خرم.	☐ من در مسکن یارانه‌ای هستم.
مبلغ اجاره ماهانه دلار	سهم شما، اگر متفاوت باشد دلار	مبلغ وام مسکن ماهانه دلار	مبلغ پرداخت ماهانه (فقط سهم خود را ذکر کنید) دلار

من برای موارد زیر جداگانه پرداخت می‌کنم (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

☐ هزینه‌های گرمایش / سرمایش	☐ تلفن	☐ بیمه خانه	☐ مالیات بر اموال
مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار هر ماه.	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار هر ماه.	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار هر ماه.	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار هر ماه.

3. ☐ شخصی به خانه من افزوده یا از آن کاسته شده است. تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید و تاریخ این افزوده شدن را بیان کنید.

☐ شخصی به خانه من افزوده شده است. تاریخ: _____
تمام افرادی که به این خانه افزوده شده‌اند (ازجمله نوزادها) را ذکر کنید:

نام(ها)	جنسیت	نسبت با من	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)

من وعده‌های غذایی را برای همخانه‌های خودم خریداری و آماده می‌کنم (کادر مرتبط را علامت بزنید):
☐ بله ☐ خیر

می‌خواهم شخصی را در کمک‌هزینه زیر بیافزایم:
☐ نقدی ☐ غذای اساسی ☐ مراقبت از فرزند
☐ کمک پزشکی

اگر این‌طور است، چه کسی؟ نام‌ها را ذکر کنید:

☐ شخصی از خانه من کم شده است. تاریخ: _____
تمام افرادی که از خانه کم شده‌اند را ذکر کنید:

نام(ها)	نسبت با من

انتظار دارم شخص(اشخاصی) دوباره به خانه من بازگردند (کادر مربوطه را علامت بزنید): ☐ بله ☐ خیر

می‌خواهم شخصی را در کمک‌هزینه زیر بیافزایم:
☐ نقدی ☐ غذای اساسی ☐ مراقبت از فرزند
☐ کمک پزشکی

اگر این‌طور است، چه کسی؟ نام‌ها را ذکر کنید:

4. ☐ منابع خانوار من تغییر یافته است. من یا شخصی در خانوارم دارای موارد زیر است (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

☐ یک حساب بانکی (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید): ☐ جاری ☐ پس‌انداز ☐ گواهی سپرده ☐ بازار سهام
مبلغ در حساب: _____ دلار تاریخ افتتاح حساب: _____

☐ یک خودرو: سال ساخت: _____ برند: _____ مدل: _____ تاریخ دریافت: _____

☐ یک بازپرداخت مالیات: _____ دلار تاریخ دریافت: _____

Earned Income Tax Credit (اعتبار مالیاتی بر درآمد کسب‌شده، EITC) چقدر بود: _____ دلار

☐ یک مجموع مبلغ (از جمله مزایای قبلی، واگذاری‌ها یا ارثیه): _____

☐ منابع دیگر (ذکر کنید): تاریخ دریافت: _____

5. ☐ **درآمد خانوار من تغییر یافته است. نمونه‌هایی از درآمد شامل درآمدها یا دستمزدهای شغل یا شغل آزاد، مزایای بیکاری، تأمین اجتماعی، SSI، Labor and Industries (کار و صنایع، L&I)، نفقه فرزند، مزایای veterans benefits (کهنه‌سربازان، VA)، هدایا یا وام‌ها می‌باشد. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید.**

☐ **درآمد یا شغل شروع شد.** تاریخ شروع درآمد: _____ درآمد چه کسی شروع شد: _____
مبلغ ناخالص (قبل از مالیات): _____ دلار به‌ازای هر ☐ ساعت ☐ ماه ☐ تمام‌وقت ☐ نیمه‌وقت
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (درصورت مصداق): _____
تاریخ(هایی) که فرد درآمد را دریافت می‌کند (یعنی، اول و 15ام هر ماه یا هر جمعه): _____

☐ **درآمد یا شغل پایان یافت.** تاریخ پایان درآمد: _____ درآمد چه کسی پایان یافت: _____
دلیل توقف درآمد: _____

☐ **شغل یا درآمد افزایش یافت.** تاریخ افزایش درآمد: _____ درآمد چه کسی افزایش یافت: _____
مبلغ ناخالص (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات) _____ دلار به‌ازای هر ☐ ساعت ☐ ماه
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (درصورت مصداق): _____
درصورت کار کردن، آیا این مورد تغییر از **نیمه‌وقت** به **تمام‌وقت**است؟ ☐ بله ☐ خیر

☐ **شغل یا درآمد کاهش یافت.** تاریخ شروع کاهش درآمد: _____ درآمد چه کسی شروع شد: _____
مبلغ ناخالص (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات): _____ دلار به‌ازای هر ☐ ساعت ☐ ماه
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (درصورت مصداق): _____

6. ☐ **خانوار من تغییرات دیگری دارد. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید. تغییرات تأییدنشده در کسورات که ممکن است سبب افزایش در مزایا شود تا زمان بازبینی بعدی به‌روزرسانی نمی‌شود، مگر اینکه تأییدیه‌های تغییر را دریافت کنیم.**

☐ هزینه‌های مراقبت از فرزند (پرستاری کودک) من از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه تغییر کرده است.

☐ دلیل شروع بارداری: _____؛ تاریخ مورد انتظار برای زایمان: _____.

☐ دلیل پایان بارداری: _____؛ تاریخ پایان بارداری: _____.

☐ هزینه‌های پرداخت نفقه فرزند از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه تغییر کرد.
چه‌کسی پرداخت می‌کند: _____

☐ مخارج پزشکی از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه افزایش یافت.
چه‌کسی پرداخت می‌کند: _____

☐ دلیل تغییر وضعیت تأهل: _____ ☐ متأهل ☐ مطلقه ☐ جداشده ☐ بیوه

☐ دلیل پایان پوشش‌دهی خصوصی پزشکی: _____؛ تاریخ پایان پوشش‌دهی: _____

☐ دلیل شروع پوشش‌دهی خصوصی پزشکی: _____؛ تاریخ شروع پوشش‌دهی: _____
درصورت شروع یا پایان پوشش‌دهی، نام و شماره تلفن شرکت بیمه را ذکر کنید:

☐ من در 12 ماه گذشته از Low Income Home Energy Assistance Act (قانون مساعدت انرژی مسکن طبقه کم‌درآمد، LIHEAA) مبلغی دریافت کرده‌ام.
مبلغ: _____

☐ برنده شدن در قرعه‌کشی یا قمار به مبلغ بیش از 4,750 دلار یا بیشتر (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات): _____ دلار؛
چه کسی: _____؛ تاریخ دریافت: _____

تغییرات دیگر (شرح دهید)

اخطار مجازات مساعدت غذایی

ما به‌وسیله نهادهای دیگر بررسی می‌کنیم که اطلاعات شما صحیح باشد. اگر هرگونه اطلاعاتی نادرست باشد، افراد متقاضی ممکن است مساعدت غذایی دریافت نکنند.

هر عضوی که عامدانه از هر کدام از قوانین تخطی کند:

- **طبق سایر قوانین جاری فدرال و ایالتی، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد**
- **برای یک سال تا حداکثر به‌طور دائم از SNAP رد صلاحیت می‌شود**
- **حداکثر تا 250,000 دلار جریمه می‌شود**
- **تا حداکثر 20 سال جریمه می‌شود؛ یا**
- **در صورت حکم دادگاه، 18 ماه دیگر از SNAP رد صلاحیت می‌شود.**

اگر دادگاه شما را گناهکار تشخیص دهد به موجب:

دریافت مزایا در نقل و انتقالی که شاملباشد:	**شما ممکن است:**
• **فروش یک ماده مخدر تحت کنترل .....**	**به مدت دو سال یا به طور دائم رد صلاحیت شوید.**
• **فروش سلاح گرم، مهمات، یا مواد منفجره .....**	**به‌طور دائم رد صلاحیت شوید.**
• **خرید و فروش غیر قانونی مزایای دریافتی روی هم رفته به مبلغ بیش از 500 دلار .....**	**به‌طور دائم رد صلاحیت شوید.**
• **فریب اقامتی یا هویتی.....**	**رد صلاحیت به مدت 10 سال**

ثبت‌نام رأی‌دهنده
این اداره، voter registration services (خدمات ثبت‌نام رأی‌دهنده) را مطابق فرمان National Voter Registration Act 1993 (قانونملی ثبت‌نام رأی‌دهنده) ارائه می‌دهد. **درخواست ثبت نام یا عدم ثبت نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که ممکن است از این نهاد دریافت کنید تأثیری نخواهد گذاشت.** اگر برای پر کردن فرم ثبت‌نام رأی‌دهنده به کمک نیاز دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم درخواست یا پذیرش کمک با شما است. شما می‌توانید فرم ثبت نام رأی‌دهنده را به صورت خصوصی پر کنید. اگر بر این باور هستید که فردی در حق شما برای ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام رأی‌دهی، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم‌گیری برای ثبت‌نام یا در درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، شما می‌توانید شکایتی در این زمینه به نشانی زیر مطرح کنید: اداره انتخابات ایالتی Washington، PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881). **آیا تمایل دارید برای رأی‌دهی یا به‌روزرسانی ثبت‌نام رأی‌دهی خود اقدام کنید؟** ☐ بله ☐ خیر **چنانچه هر یک از کادرها را تیک نزنید، این طور برداشت می‌شود که شما تصمیم گرفته‌اید در این زمان برای رأی‌دهی ثبت‌نام نکنید.**
اظهارنامه و امضا
من با اطلاع کامل از مجازات ناشی از شهادت کذب اظهار می‌دارم که اطلاعاتی که ارائه می‌دهم صحیح و کامل است. آگاه هستم که اگر اطلاعات نادرست، گمراه‌کننده یا ناکامل بدهم، ممکن است مطابق قانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331) مجازات شوم. می‌دانم که اطلاعاتی که ارائه می‌دهم باید تأیید شود و با ارائه تأییدیه موافقیت می‌کنم. اگر نتوانم اثبات مورد نیاز را ارائه دهم، به DSHS اجازه می‌دهم از جانب من با اشخاص یا نهادهای دیگر برای دریافت اثبات تماس بگیرد. امضای من در این فرم به‌منزله این است که من تمام تغییراتی که باید گزارش داده شود را گزارش داده‌ام.

امضا	تاریخ	شماره تلفن
امضای عضو بزرگسال خانوار یا نماینده دیگر	تاریخ	شماره تلفن