DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Зміна обставин

ВАШЕ ІМ'Я	ІДЕНТИФІКАТОР КЛІЄНТА АБО SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)

Уважно прочитайте всі розділи. **Позначте всі пункти, які стосуються вашої родини.** Поставте підпис, укажіть дату та поверніть цю форму до місцевого офісу. Якщо у вас виникли запитання або вам потрібен заздалегідь оплачений конверт, щоб повернути цю форму поштою, зверніться до місцевого офісу.

Ваші обов'язки: якщо ваша родина отримує грошову допомогу, базове харчування або медичну допомогу, ви повинні повідомити про зміни, як описано в WAC 388-418-0005, 182-504-0105 і 182-504-0110 щодо пільг, які ви отримуєте. Для food assistance programs (програм грошової та харчової допомоги) ви маєте повідомити нас про ці зміни до 10-го числа місяця після дати зміни. Щоб отримати медичну допомогу, ви маєте повідомити нас протягом 30 днів після зміни. Якщо ви повідомите нас про зміну, про яку вам не потрібно повідомляти, ми повинні перевірити, як це вплине на ваші пільги. Це може призвести до зменшення обсягу пільг або надання вам пільг може припинитися. Що стосується базового харчування, якщо ви добровільно повідомляєте про переїзд до нового місця проживання, ви також повинні повідомити про свої витрати на нове житло в розділі 2, навіть якщо вам ще не було виставлено рахунок за них. Якщо ви не повідомите нам вартість нового житла, ми використаємо $0. Унаслідок цього подальше надання вам пільг може зменшитися.

1. ☐ Моя адреса змінилася.

☐ Я переїхав(-ла). Дата переїзду: ____ ☐ Моя поштова адреса змінилася. ☐ У мене немає житла.

Моя нова адреса:

НОМЕР КВАРТИРИ (ЗА НАЯВНОСТІ)

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Моя нова поштова адреса (якщо вона змінилася):

НОМЕР КВАРТИРИ (ЗА НАЯВНОСТІ)

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

2. ☐ Мої витрати на житло змінилися.

Для базового харчування повідомляйте, **лише якщо** у вас збільшилась кількість членів сім'ї або ви переїжджаєте на нове місце проживання. Повідомляйте про будь-які інші зміни у вартості житла під час **наступної проміжної сертифікації або перевірки відповідності вимогам.** Позначте все, що вас стосується.

☐ Я орендую.		☐ Я купую.	☐ Мені призначено житлову субсидію.
МІСЯЧНА ОРЕНДА $	ВАША ЧАСТКА, ЯКЩО БУЛИ ЗМІНИ $	МІСЯЧНА СУМА ІПОТЕКИ $	СУМА МІСЯЧНОГО ПЛАТЕЖУ (УКАЖІТЬ ЛИШЕ ВАШУ ЧАСТКУ) $

Я оплачую окремо (відзначте все, що вас стосується):

☐ Витрати на опалення/охолодження
Я сплачую: $_____ на місяць.

☐ Телефон
Я сплачую: $_____ на місяць.

☐ Страхування житла
Я сплачую: $_____ на місяць.

☐ Податки на нерухомість
Я сплачую: $_____ на місяць.

3. ☐ Хтось переїхав до мене або виїхав із мого дому. Позначте все, що стосується вашої ситуації, і вкажіть дату переїзду.

☐ Хтось переїхав ДО мене в дім. Дата: _____
Укажіть усіх, хто вселився (включно з новонародженими):

ІМЕНА	СТАТЬ	КИМ МЕНІ ДОВОДИТЬСЯ	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)

Я купую та готую їжу разом зі своїми сусідами по кімнаті (поставте відповідну позначку):
☐ Так ☐ Ні

Я хочу включити когось до моєї програми:
☐ Грошова допомога ☐ Базове харчування
☐ Догляд за дітьми ☐ Медична допомога

Якщо так, то кого? Укажіть імена:

☐ Хтось ВИЇХАВ із мого дому. Дата: _____
Укажіть усіх, хто виїхав:

ІМЕНА	КИМ МЕНІ ДОВОДИТЬСЯ

Я очікую, що ці особи переїдуть назад до мене (поставте позначку в цьому полі):
☐ Так ☐ Ні

Я хочу включити когось до моєї програми:
☐ Грошова допомога ☐ Базове харчування
☐ Догляд за дітьми ☐ Медична допомога

Якщо так, то кого? Укажіть імена:

4. ☐ Ресурси моєї родини змінилися. Я або хтось із членів моєї родини отримав (позначте всі відповідні варіанти):

☐ Банківський рахунок (позначте всі відповідні варіанти): ☐ Розрахунковий ☐ Ощадний ☐ Депозитний сертифікат ☐ Рахунок у цінних паперах
Сума на рахунку: $_____ Дата відкриття рахунку: _____

☐ Транспортний засіб: Рік: _____ Марка: _____ Модель: _____ Дата отримання: _____

☐ Відшкодування податку: $_____ Дата отримання: _____
Сума Earned Income Tax Credit (податкового кредиту на дохід, EITC): $_____

☐ Одноразова сума (включає виплати заднім числом, розрахунки або спадщину): _____

☐ Інші ресурси (укажіть): Дата отримання: _____

5. ☐ Дохід моєї родини змінився. Приклади включають дохід або заробітну плату, отриману на робочому місці чи від самозайнятості, допомогу з безробіття, соціальне страхування, SSI, виплати від Labor and Industries (департаменту праці та промисловості, L&I), аліменти на дітей, veterans benefits (пільги ветеранам, VA), подарунки або позики. Позначте все, що вас стосується.

☐ **ПОЧАТОК отримання доходу або заробітної плати.** Дата початку отримання доходу:_____Хто почав отримувати дохід:_____

Валова сума (до сплати податків): $_____за ☐ годину ☐ місяць ☐ Повна зайнятість ☐ Часткова зайнятість

Тип доходу: _____Ім'я роботодавця (за наявності): _____

Дата отримання особою доходу (наприклад, 1 та 15 числа кожного місяця або кожної п'ятниці): _____

☐ **ПРИПИНЕННЯ отримання доходу або заробітної плати.** Дата припинення отримання доходу: _____ Хто припинив отримувати дохід: _____

Причина припинення отримання доходу:_____

☐ **ЗБІЛЬШЕННЯ доходу або заробітної плати.** Дата збільшення доходу: _____

Чий дохід збільшився: _____

Валова сума (сума в доларах до сплати податків) $_____ за ☐ годину ☐ місяць

Тип доходу: _____ Ім'я роботодавця (за наявності): _____

Якщо це заробітна плата, то чи змінилася **часткова зайнятість** на **повну**? ☐Так ☐ Ні

☐ **ЗМЕНШЕННЯ доходу або заробітної плати.** Дата початку зменшення: _____ Чий дохід зменшився: _____

Валова сума (сума в доларах до сплати податків): $_____ за ☐ годину ☐ місяць

Тип доходу: _____Ім'я роботодавця (за наявності): _____

6. ☐ У моїй родині відбулись інші зміни. Позначте все, що вас стосується. Непідтверджені зміни у відрахуваннях, які можуть призвести до збільшення пільг, не буде оновлено до наступного перегляду, якщо ми не отримаємо підтвердження зміни.

☐ Мої витрати на догляд за дітьми (послуги няні) змінилися з: $_____ / на місяць до $_____ / на місяць.

☐ Вагітність почалася для: _____; Очікувана дата завершення: _____.

☐ Вагітність завершилася для: _____; Дата завершення вагітності: _____.

☐ Розмір аліментів змінено з: $_____ / місяць на $_____ / місяць.

Хто сплачує: _____

☐ Витрати на лікування зросли з: $_____ / на місяць до $_____ / на місяць.

Хто сплачує: _____

☐ Змінено сімейний стан: _____ ☐ Одружився(-лась) ☐ Розлучився(-лась) ☐ Живе окремо ☐ Овдовів(-ла)

☐ Приватне медичне страхування закінчилося для: _____; Дата закінчення страхування: _____

☐ Приватне медичне страхування почалося для: _____; Дата початку страхування: _____

Укажіть назву страхової компанії та номер телефону, якщо дія страхування закінчилась або почалась:

☐ Я отримав виплату за Low Income Home Energy Assistance Act (Законом про енергетичну допомогу малозабезпеченим сім'ям, LIHEAA) за останні 12 місяців.

Сума: _____

☐ Виграш у лотерею або азартні ігри на суму $4,750 або більше (сума в доларах США до сплати податків): $_____;

Хто: _____; Дата отримання: _____

ІНШІ ЗМІНИ (ОПИШІТЬ)

Попередження про покарання в програмі харчової допомоги

Ми перевіряємо в інших агентствах правильність вашої інформації. Якщо будь-яка інформація буде неправильною, особи, які подали заявку, можуть не отримати допомогу на харчування.

Усі учасники, які навмисно порушують будь-яке з правил, можуть бути:

- **піддані судовому переслідуванню відповідно до інших чинних федеральних законів і законів штату;**
- **дискваліфіковані з програми SNAP на один рік або остаточно;**
- **оштрафовані на суму до $250,000;**
- **позбавлені волі на термін до 20 років;**
- **або дискваліфіковані з програми SNAP на додаткові 18 місяців за рішенням суду.**

Якщо суд визнає вас винним в:

Отриманні вигоди від транзакції, пов'язаної з:	**Вас може бути:**
продажем контрольованої речовин	**дискваліфіковано на термін від двох років або остаточно.**
продажем вогнепальної зброї, боєприпасів або вибухових речовин	**дискваліфіковано остаточно.**
торгівлею на загальну суму понад $500	**дискваліфіковано остаточно**
шахрайством із місцем проживання або ідентифікацією	**дискваліфіковано на 10 років**

Реєстрація виборців

Department offers voter registration services (Департамент надає послуги з реєстрації виборців) відповідно до вимог National Voter Registration Act of 1993 (Національного закону про реєстрацію виборців від 1993 року). **Подача заяви про реєстрацію або відмова від реєстрації для участі у голосуванні не вплине на послуги або розмір пільг, які можуть бути надані вам цим органом.** Якщо вам потрібна допомога із заповненням реєстраційної форми виборців, ми вам допоможемо. Рішення про те, шукати чи приймати допомогу, залишається за вами. Ви можете заповнити реєстраційну форму виборця в приватному порядку. Якщо ви вважаєте, що хтось втрутився у ваше право зареєструватися чи відмовитися від реєстрації для голосування, ваше право на конфіденційність під час прийняття рішення про реєстрацію або подачу заяви про реєстрацію для голосування, або ваше право вибрати власну політичну партію чи інші політичні вподобання, ви можете подати скаргу до: виборчої служби штату Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Хочете зареєструватися для участі у голосуванні або оновити свої виборчі дані? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ви не відзначите жоден із пунктів, вважатиметься, що поки ви вирішили не реєструватися для голосування.

Декларація та підпис

Усвідомлюючи відповідальність за неправдиві свідчення я заявляю, що інформація, яку я надаю, є правдивою та повною, наскільки мені відомо. Я розумію, що якщо я надам неправдиву, оманливу або неповну інформацію, мене можуть покарати згідно із законом (RCW 74.08.055 і RCW 74.08.331). Я розумію, що надана мною інформація підлягає перевірці, і погоджуюся забезпечити можливість перевірки. Якщо я не зможу надати необхідні докази, я дозволяю DSHS зв'язатися з іншими особами чи установами, щоб отримати докази від мого імені. Мій підпис у цій формі означає, що я повідомив(-ла) про всі зміни, про які необхідно повідомляти.

ПІДПИС	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ПІДПИС ІНШОГО ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ