DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

境况变化
Change of Circumstances

您的姓名	委托人身份证或社会保险号

务请细阅所有各部分的内容。 **勾选所有适用于您家庭情况的核选框。** 签名、注明日期并将此表格寄回当地办事处。 倘若您有任何疑问，或者需要一个邮资已付的回邮信封用以寄还此表格，请与当地办事处联系。

您的责任: 如果您家领取现金补助、基本食品补助或医疗补助，则您必须根据您所领取的福利而报告 WAC 388-418-0005、182-504-0105 和 182-504-0110 中所述的情况变化。 对于现金补助和食品补助计划，您必须于情况发生变化后的当月第 10 天之前向我们报告这些情况变化。 对于医疗补助，您必须在情况变化后的 30 天内告诉我们。 如果您向我们报告的情况变化不属于必须报告的情况，我们必须考虑这一情况变化对您的福利资格有哪些影响。 这可能会导致福利减少，或终止您的福利。 对于基本食品补助福利，如果您自愿告诉我们您已迁居至新地点，则您必须报告第 2 部分中要求提供的新居居住费用，即使您尚未收到新居居住费用账单。 如果您不报告新居居住费用，我们将按照$0 计算。而这会导致您领取的福利减少。

1. ☐ 本人的地址已经变更。

☐ 本人已迁居。 迁居日期：_____ ☐ 本人的邮寄地址已经变更。 ☐ 本人无家可归。

本人的新居地址是：	本人新的邮件地址是（若与住址不同，则请填写）：
公寓号码（若适用则填写）	公寓号码（若适用则填写）
城市 州 邮政编码	城市 州 邮政编码

2. ☐ 本人的居住费用已发生变化。

对于基本食品补助福利，**仅在**您迁至新居后居住费用有所增加的情况下才需报告。 在**您下一次的中期资格复审或资格审定**时报告所有其它情况变化。 勾选所有适用选项。

☐ 本人目前租房。		☐ 本人目前购房。	☐ 本人目前享受住房补贴。
月租金额 $	由您支付的租金份额（若不同，则请填写） $	每月房屋贷款之付款金额 $	每月支付金额（仅列明由您支付的份额） $

本人分别支付（请勾选所有适用选项）：

☐ 暖气/冷气费用	☐ 电话	☐ 住宅保险费	☐ 房地产税
本人支付：$_____ 每月。	本人支付：$_____ 每月。	本人支付：$_____ 每月。	本人支付：$_____ 每月。

3. ☐ 我家有人迁入或迁出。 请勾选所有适用选项，并写明搬迁日期。

☐ 我家有人迁入。 日期：_____
请列明所有迁入者（包括新生婴儿）：

姓名	性别	与本人的关系	社保号

我与室友共同购买食品和准备饭食（请勾选适用核选框）：☐ 是 ☐ 否

我希望让某人享受本人的下列福利：
☐ 现金 ☐ 基本食品补助 ☐ 儿童保育补助 ☐ 医疗补助

若是如此，请问是何人？ 请列出姓名：

☐ 我家有人迁出。 日期：_____
请列明所有迁出者：

姓名	与本人的关系

我预料此人将重新迁回我家（请勾选适用核选框）：☐ 是 ☐ 否

我希望让某人享受本人的下列福利：
☐ 现金 ☐ 基本食品补助 ☐ 儿童保育补助 ☐ 医疗补助

若是如此，请问是何人？ 请列出姓名：

4. ☐ 本人的家庭经济来源已发生变化。 我本人或我家中某一成员有（请勾选所有适用选项）：

☐ 银行账户（请勾选所有适用选项）：☐ 支票账户 ☐ 储蓄账户 ☐ 定期存单 ☐ 货币市场
账户金额：$_____ 账户开立日期：_____

☐ 车辆： 年份：_____制造商：_____型号：_____收到日期：_____

☐ 退税款项：$_____ 收到日期：_____
薪资所得税减免(EITC)金额：$_____

☐ 一次性付款（包括补发福利、和解付款，或者财产继承）：_____

☐ 其它服务资源（请列明）： 收到日期：_____

5. ☐ **本人的家庭收入已发生变化。 收入示例列举如下：来自就业或自雇业的收入或工资、失业救济金、社会安全保险金、安全收入津贴(SSI)、劳工与工商保险补偿金(L&I)、儿童赡养费、退伍军人福利金(VA)、馈赠，或者贷款。 勾选所有适用选项。**

☐ **已开始获得收入或者已开始就业。** 收入开始日期：_____开始获得收入者：_____
总收入（税前）：$_____ 每 ☐ 小时 ☐ 月 ☐ 全职 ☐ 兼职
收入类型：_____雇主名称（如有）：_____
此人的领薪日期（例如，每月第 1 日和第 15 日，或每个星期五）：_____

☐ **收入或就业已经停止。** 收入停止日期:_____ 停止获得收入者：_____
收入停止的原因：_____

☐ **收入或工作时间已经增加。** 收入增加日期：_____开始获得收入者：_____
总金额（扣税前的金额）$_____ 每 ☐ 小时 ☐ 月
收入类型：_____ 雇主名称（如有）：_____
若目前就业，请问是否从**兼职**变为**全职**工作？ ☐ 是 ☐ 否

☐ **收入或工作时间已经减少。** 收入减少日期：_____ 开始获得收入者：_____
总金额（扣税前的金额）：$_____ 每 ☐ 小时 ☐ 月
收入类型：_____雇主名称（如有）：_____

6. ☐ **我家还有其它情况变化。 勾选所有适用选项。 除非我方收到该项变动的证明材料，否则可能提高福利金额、且未经核验的抵扣项变动，需等到您下一次资格复审时才会更新。**

☐ 本人的托儿（子女照看）费用已从：$_____ /月变更为$_____ /月。
☐ 开始妊娠：_____；预产期：_____。
☐ 终止妊娠: _____；妊娠终止日期：_____。
☐ 子女抚养费从：$_____ /月变更为$_____ /月。
支付人：_____
☐ 医疗开支从：$_____ /月变更为$_____ /月。
支付人：_____
☐ 婚姻状况已发生改变：_____ ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 分居 ☐ 丧偶
☐ 私人医疗保险终止：_____；保险终止日期：_____
☐ 私人医疗保险开始：_____；保险开始日期：_____
如果保险已经结束或开始，请列出保险公司的名称和电话号码：
☐ 在过去 12 个月中，我收到了《低收入家庭能源资助法》(LIHEAA)款项。
金额：_____
☐ 彩票或博彩奖金金额达到$4,750 及以上（税前金额）：$_____；
何人：_____；收到日期：_____

其它情况变化（请说明）

食品补助计划处罚警告

我们会向其他机构核查您的信息是否准确无误。若有任何不实情况，该申请人将不能获得食品补助。
如果有人蓄意违规，则会：

- **根据其他适用的联邦及州法律提起刑事追诉。**
- **取消 SNAP 资格，期限从一年到永久**
- **最高罚款$250,000**
- **最高监禁 20 年；或**
- **法院可下令将取消 SNAP 申领资格的期限延长 18 个月。**

如果法院发现您触犯：

在涉及以下的交易中获得福利券：	**您可能：**
• **售卖管制药品**	**丧失资格，期限从两年到永久。**
• **售卖枪支、火药或爆炸物**	**永久丧失资格。**
• **贩卖福利券合计超过$500**	**永久丧失资格。**
• **住处或身份欺诈**	**丧失资格 10 年**

选民登记

该署提供 1993 年《全国选民登记法》规定的选民登记服务。**申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供的服务或者福利金额。** 您在填写选民登记表格时若需要帮助，我们可协助您。 是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。 您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权利，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。

您是否想登记投票或更新您的选民登记？ ☐ 是 ☐ 否

如果您不勾选任何核选框，我们将认为您已决定目前不办理选民登记手续。

声明与签名

本人特此声明，据我所知，我所提供的情况属实且完整。若有不实之词，本人愿受伪证罪处罚。 本人明白，若提供虚假、误导性或不完整的情况，我将受到法律制裁（华盛顿州修正法规 RCW74.08.055 和 RCW 74.08.331）。本人明白，我所提供的情况将接受验证核实，并且同意提供用于验证核实的文件。 如果我无法提供凭证，本人授权社会福利服务部(DSHS)与其他人员或机构联系，以便代本人获取必要凭证。本人亲笔签署此表格，表示我已报告了必须报告的全部情况变化。

签名	日期	电话号码
其他成年家庭成员或代表之签名	日期	电话号码