DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Изменние обстоятельств
Change of Circumstances

ВАШЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ID КЛИЕНТА ИЛИ НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Внимательно прочтите все разделы. **Поставьте отметку во всех квадратах, относящихся к вашей семье**. Подпишите форму, укажите дату и верните ее в местное отделение. Если у вас возникнут вопросы или вам понадобится конверт с оплаченным почтовым сбором для отправки формы по почте, обратитесь в местное отделение.

Ваши обязанности: если ваша семья получает денежную помощь, пособия по программе Basic Food или медицинскую помощь, вы обязаны сообщать об изменениях в соответствии с положениями WAC 388-418-0005, 182-504-0105 и 182-504-0110 в зависимости от того, какие виды помощи вы получаете. В случае программ денежной помощи и продовольственной помощи вы обязаны сообщить нам об этих изменениях не позднее 10-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло изменение. В случае медицинской помощи вы обязаны сообщить нам об этом в течение 30 дней с момента наступления изменения. Если вы сообщите нам об изменении, о котором не обязаны сообщать, мы должны будем рассмотреть, как это повлияет на ваши льготы. Это может привести к сокращению размера пособий или к прекращению их выплаты. В случае программы Basic Food, если вы добровольно сообщаете о переезде на новое место жительства, вы также должны указать свои новые расходы на жилье в разделе 2, даже если вам еще не выставили счет за них. Если вы не сообщите нам свои новые расходы на жилье, мы будем использовать значение $0. Это может привести к уменьшению размера ваших пособий.

1. ☐ Мой адрес изменился.

☐ Я переехал(а) в новое жилье. Дата переезда: _____ ☐ Мой почтовый адрес изменился.
☐ Я бездомный(-ая).

Мой новый адрес проживания:	Мой новый почтовый адрес (если отличается):
НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)	НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

2. ☐ Расходы на мое жилье изменились.

В рамках программы Basic Food сообщайте об этом **только в случае** увеличения расходов или переезда на новое место жительства. О любых других изменениях в расходах на жилье сообщайте при **следующей промежуточной сертификации** или пересмотре права на получение пособия. Поставьте отметку для каждого подходящего варианта.

☐ Я арендую жилье.		☐ Я покупаю.	☐ Я проживаю в субсидируемом жилье.
ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ АРЕНДНАЯ ПЛАТА $	ВАША ДОЛЯ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ $	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ ПО ИПОТЕКЕ $	ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА ОПЛАТЫ (УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ВАШУ ДОЛЮ) $

Я плачу отдельно за (отметьте все, что применимо):

☐ Отопление / кондиционирование	☐ Телефон	☐ Страхование жилья	☐ Налог на имущество
Я оплачиваю: $_____ в месяц.	Я оплачиваю: $_____ в месяц.	Я оплачиваю: $_____ в месяц.	Я оплачиваю: $_____ в месяц.

3. ☐ Кто-то въехал в мой дом или выехал из него. Поставьте отметку для каждого пункта, который применим, и укажите дату переезда.

☐ Кто-то въехал в мой дом. Дата: _____
Перечислите всех, кто въехал (включая новорожденных):

ИМЕНА	ПОЛ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ МНЕ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Я покупаю и готовлю еду вместе со своими соседями по жилью (поставьте отметку в соответствующем квадрате): ☐ Да ☐ Нет
Я хочу включить кого-либо в мою программу:
☐ Денежных пособий ☐ Basic Food
☐ Ухода за ребенком
☐ Медицинской помощи
Если да, то кого? Укажите имена:

☐ Кто-то съехал ИЗ моего дома. Дата: _____
Перечислите всех съехавших лиц:

ИМЕНА И ФАМИЛИИ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ МНЕ

Я ожидаю, что этот человек (эти люди) вернется (вернутся) ко мне (поставьте отметку в соответствующем квадрате): ☐ Да ☐ Нет
Я хочу включить кого-либо в мою программу:
☐ Денежных пособий ☐ Basic Food
☐ Ухода за ребенком ☐ Медицинской помощи
Если да, то кого? Укажите имена:

4. ☐ Ресурсы моей семьи изменились. Я или кто-то из членов моей семьи получили (поставьте отметку для всех подходящих вариантов):

☐ Банковский счет (отметьте все, что применимо): ☐ Чековый ☐ Сберегательный ☐ Депозитный сертификат ☐ Счет денежного рынка Сумма на счету: $_____ Дата открытия счета: _____
☐ Транспортное средство: Год: _____ Марка: _____ Модель: _____
Дата получения: _____
☐ Налоговый возврат: $_____ Дата получения: _____
Сумма налогового зачета за трудовой доход (EITC): $_____
☐ Единовременная выплата (включая пособия задним числом, компенсации или наследство): _____
☐ Другие источники (перечислите): Дата получения: _____

5. ☐ **Доход моей семьи изменился. Примеры дохода включают заработную плату или вознаграждение от работы по найму или индивидуальной предпринимательской деятельности, пособия по безработице, социальное обеспечение, SSI, выплаты от Департамента труда и промышленности (L&I), помощь по содержанию ребенка, льготы для ветеранов (VA), подарки или ссуды. Поставьте отметку напротив всего, что применимо в вашем случае.**

☐ **Доход или работа НАЧАЛИСЬ.** Дата начала дохода: _____ Чей доход начался: _____
Общая сумма (до налогов): $_____ в ☐ час ☐ месяц ☐ полная занятость ☐ частичная занятость
Тип дохода: _____ Имя работодателя (если имеется): _____
Дата(ы) получения дохода (напр. 1-е и 15-е число каждого месяца, или каждую пятницу): _____

☐ **Доход или работа ПРЕКРАТИЛИСЬ.** Дата прекращения дохода: _____
Чей доход прекратился: _____
Причина прекращения дохода: _____

☐ **Доход или работа ПОВЫСИЛИСЬ.** Дата повышения дохода: _____
Чей доход начался: _____
Общая сумма (до налогов): $_____ в ☐ час ☐ месяц
Тип дохода: _____ Имя работодателя (если имеется):_____
Если речь о работе, то это изменение с **частичной** на **полную** занятость? ☐ Да ☐ Нет

☐ **Доход или работа СНИЗИЛИСЬ.** Дата снижения дохода: _____
Чей доход начался: _____
Общая сумма (до налогов): $_____ в ☐ час ☐ месяц
Тип дохода: _____ Имя работодателя (если имеется):_____

6. ☐ **В моей семье произошли другие изменения. Поставьте отметку напротив всего, что применимо в вашем случае. Неподтвержденные изменения в вычетах, которые могут привести к увеличению пособий, не будут обновлены до следующей проверки, если мы не получим подтверждения этих изменений.**

☐ Мои расходы на уход за детьми (бэбиситтинг) изменились с $_____ / в месяц на $_____ / в месяц.
☐ Началась беременность у: _____; Ожидаемая дата родов: _____.
☐ Беременность закончилась у: _____; Дата окончания беременности: _____.
☐ Выплата помощи на содержание ребенка изменилась с: $_____ / в месяц на $_____ / в месяц.
Кто оплачивает: _____
☐ Медицинские расходы увеличились с: $_____ / в месяц на $_____ / в месяц.
Кто оплачивает: _____
☐ Семейное положение изменилось для: _____ ☐ в браке ☐ в разводе ☐ раздельное проживание ☐ вдовец/вдова
☐ Частное медицинское страхование прекратилось для: _____; Дата прекращения страховки: _____
☐ Частное медицинское страхование началось для: _____; Дата начала страховки: _____
Укажите название страховой компании и номер телефона, если страховое покрытие было прекращено или начато:
☐ Я получил(а) пдатеж согласно закону о помощи в оплате электроэнергии для лиц с низким доходом (LIHEAA) за последние 12 месяцев. Сумма: _____
☐ Выигрыш в лотерею или азартную игру в размере $4750 или больше (сумма в долларах до налогов):
$_____; Кто: _____; Дата получения: _____

ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (ОПИШИТЕ)

Предупреждение о санкциях за нарушение правил программ продовольственной помощи

Мы сверяемся с другими ведомствами о правильности ваших данных. Если какие-либо данные окажутся неверными, заявители могут лишиться права на получение продовольственной помощи.
Любой участник прграммы, умышленно нарушивший люые правила, может:

- **Подлежать уголовному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата.**
- **Быть лишен права на участие в программе SNAP на срок от одного года до пожизненного лишения.**
- **Быть оштрафован на сумму до $250 000.**
- **Быть лишен свободы сроком до 20 лет.**
- **Быть лишен права на участие в SNAP на дополнительный срок до 18 месяцев, если это предписано судом.**

Если суд признает вас виновными в:

Получении пособий для транзакций, касающихся:	**Вы можете быть:**
• **Продажи контролируемыз веществ**	**Лишены права на срок от 2 лет или бессрочно.**
• **Продажи олружия, боеприпасов или взрывчатых в-в**	**Пожизненно лишены права.**
• **Незаконного исп. пособий на общ. сумму более $500**	**Пожизненно лишены права.**
• **Мошенничества при указ. места жительства или личности**	**Лишены права на 10 лет.**

Регистрация в качестве избирателя

Департамент предлагает регистрацию избирателей, как этого требует Национальный закон о регистрации избирателей от 1993 года. **Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы сможете получать от этого агентства.** Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Вы сами решаете, принимать ли вам такую помощь. Вы можете заполнить форму регистрации избирателя в приватной обстановке. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: .

Вы хотите зарегистрироваться в качестве избирателя или обновить вашу текущую регистрацию?
☐ Да ☐ Нет

Если вы не поставите отметку ни в одном из этих квадратов, то это будет считаться отказом от регистрации в качестве избирателя на этот раз.

Декларация и подпись

Я заявляю, под страхом наказания за дачу ложных показаний, что предоставленная мной информация, насколько мне известно, является достоверной и полной. Я понимаю, что в случае предоставления ложной, вводящей в заблуждение или неполной информации ко мне могут быть применены меры наказания в соответствии с законом (RCW 74.08.055 и RCW 74.08.331). Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке, и соглашаюсь предоставить необходимые доказательства. Если я не смогу предоставить необходимые доказательства, я уполномочиваю DSHS связаться с другими лицами или учреждениями для получения таких доказательств от моего имени. Моя подпись на данной форме означает, что я сообщил(а) обо всех изменениях, о которых я обязан(а) сообщать.

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА