

**Memorando de Entendimento:
Revisão de certificação em curso
Statement of Understanding: Mid-Certification Review**



Para continuar recebendo dinheiro ou pensão alimentícia, você deve completar uma Revisão de certificação em curso. Existem três formas de completar esta revisão:

1. Pelo telefone, ligando para 1-877-501-2233.
2. Preenchendo o formulário DSHS 14-467 e
 - Enviando-o por fax para 1-888-338-7410; ou
 - Por correio para PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
3. Revendo suas circunstâncias atuais conosco no escritório local, assinando e datando este formulário.

O que você deve relatar em sua Revisão de certificação em curso:

- Uma mudança de endereço e seus custos de residência em um novo endereço.
- Alterações em seu agregado familiar.
- Alterações na renda do seu agregado familiar, a partir de **qualquer fonte**. Isso inclui as rendas do salário de trabalho, do subsídio de desemprego, da segurança social, do trabalho e das indústrias e pensão alimentícia.
- Alterações em qualquer pensão alimentícia que você é obrigado por lei a pagar por uma criança com quem não mora.
- Se você não tem crianças em seu agregado familiar e se as horas de trabalho de uma pessoa sem deficiência física são inferiores a 20 horas por semana.

Leia cuidadosamente e assine este formulário antes de o devolver:

- Entendo que as regras da DSHS exigem que eu complete esta Revisão de certificação em curso e indique à DSHS quaisquer alterações nas circunstâncias do meu agregado familiar, de acordo com a norma WAC 388-418-0005 e o WAC 388-418-0011.
- Eu entendo que é um crime eu mentir para conseguir dinheiro ou pensões alimentícias. Eu também entendo que é um crime se eu não reportar à DSHS algo que eu sei que devo denunciar.
- Entendo que, se eu fornecer informações que sei que estão erradas, posso ser acusado de um crime.
- Eu entendo que as penalidades para violação das regras de pensões alimentícias incluem ser desqualificado de receber pensões alimentícias, multas ou prisão.
- Entendo que, se eu não fornecer provas de alterações que possam fazer aumentar meus benefícios, a DSHS não usará essas alterações para determinar meus benefícios.
- Compreendo que as informações fornecidas neste relatório podem afetar meus benefícios.
- Declaro, sob a pena de perjúrio, que as informações fornecidas neste relatório são verdadeiras e corretas na medida do meu conhecimento.

ASSINATURA

DATA

NOME EM LETRA DE FORMA

NÚMERO DA ID DO CLIENTE



**STATEMENT OF UNDERSTANDING:
MID-CERTIFICATION REVIEW
DSHS 02-611 PG (REV. 06/2015) Portuguese**

Barcode label



02611