

Заявление о понимании: Промежуточная проверка для подтверждения статуса Statement of Understanding: Mid-Certification Review



Чтобы продолжать получать финансовую или продовольственную помощь, необходимо пройти опрос по Промежуточному сертификату. Вы можете пройти опрос по промежуточному сертификату одним из следующих способов:

1. по телефону, позвонив по номеру: 1-877-501-2233.
2. заполнив форму DSHS 14-467 и
 - отправив ее нам по факсу, номер: 1-888-338-7410; или
 - по почте на адрес: PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
3. Или зайдя в местное отделение, чтобы подписать и поставить дату на эту форму.

В своем опросе вы должны сообщить о:

- изменении адрес и ваших расходах на проживание по новому адресу.
- изменении в составе семьи.
- В случае изменения семейного дохода, полученного из **любого источника**. Это включает в себя: доходы от работы, пособие по безработице, социальное обеспечение, пособия по труду и промышленной отрасли, и пособия на ребенка.
- В случае изменения размера алиментов, которое вы должны выплачивать в пользу ребенка, не проживающему с вами.
- Если у вас в семье нет детей, и дееспособное лицо работает менее 20 часов в неделю.

Внимательно прочитайте нижеприведенную информацию и подпишите этот документ перед его отправкой:

- Я понимаю, что правила DSHS требуют от меня заполнения этого опроса по Промежуточному сертификату и сообщения в DSHS обо всех изменениях в моей семье в соответствии с правилами WAC 388-418-0005 и WAC 388-418-0011.
- Я понимаю, что предоставление ложных сведений для получение финансовой или продовольственной помощи — это преступление. Я также понимаю, что если я не сообщаю в DSHS о том, что необходимо сообщить — это преступление.
- Я понимаю, что если я предоставляю информацию, которая, насколько мне известно, является ложной, я могу быть обвинен в преступлении.
- Я знаю, что штрафные санкции в случае нарушения правил на продовольственную помощь, включают также аннулирование продовольственной помощи, наложение штрафных санкций или заключение в тюрьму.
- Я понимаю, что если я не предоставлю подтверждение изменений, которые могут помочь в увеличении моих льгот, DSHS не будет использовать эти изменения для пересмотра полагающихся мне льгот.
- Я понимаю, что то, что я указал в этом отчете может повлиять на мои льготы
- Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные мною DSHS в данном документе, являются правдивыми и точными.

ПОДПИСЬ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
---------	------	---------------------------------	------------------------------------

