

**Declaración de entendimiento:
 Revisión Intermedia De Certificación
 Statement of Understanding: Mid-Certification Review**



Para seguir recibiendo asistencia alimenticia o en efectivo, debe completar una Revisión Intermedia de Certificación. Existen tres formas de completar su revisión:

1. Por teléfono, llamar al 1-877-501-2233.
2. Completar el formulario DSHS 14-467 y
 - Enviándonoslo por fax al 1-888-338-7410; o
 - Enviándonoslo por correo a PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
3. Revisar su situación actual con nosotros en la oficina local, firmando y fechando este formulario.

Lo que debe informar en su Revisión Intermedia de Certificación es:

- Un cambio de dirección y sus gastos de refugio en una nueva dirección.
- Cambios en las personas que viven en su hogar.
- Cambios en los ingresos de su hogar provenientes de **cualquier fuente**. Esto incluye ingresos del trabajo, compensación por desempleo, seguro social, trabajo e industrias y manutención de menores.
- Cambios en la manutención de un menor en su hogar que lo obliguen a pagar por un niño con quien no vive.
- Si usted no tiene niños en su hogar y el trabajo de una persona sin discapacidades disminuye a menos de 20 horas a la semana.

Lea detenidamente y firme este formulario antes de devolverlo:

- Entiendo que las normas de DSHS requieren que yo complete esta Revisión Intermedia de Certificación e informe a DSHS sobre los cambios en la situación de mi hogar de acuerdo con WAC 388-418-0005 y WAC 388-418-0011.
- Entiendo que es un delito decir una mentira con el fin de obtener beneficios en efectivo o alimenticios. También entiendo que es un delito si no digo a DSHS algo que sé que debo informar.
- Entiendo que si brindo información que sé que es incorrecta, puedo ser acusado de delito.
- Entiendo que las sanciones por infringir las normas de asistencia alimenticia incluyen ser descalificado para recibir asistencia alimenticia, multas o prisión.
- Entiendo que si no proporciono una prueba de los cambios que pueden hacer que mis beneficios aumenten, DSHS no usará dichos cambios para determinar mis beneficios.
- Entiendo que lo que he dicho al departamento en este informe puede afectar mis beneficios.
- Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada a DSHS en este informe es verdadera y correcta a mi mejor entender.

FIRMA	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
-------	-------	-----------------------------	--------------------------

