

## 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：\_\_\_\_\_

本人邮寄地址已经变更。  本人无家可归。

本人的新居地址是：

公寓号码（若适用则填写）

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

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）

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。请勾选所有适用选项

本人目前租房。

由您支付的租金份额（若不同，  
则请填写）  
\$ \_\_\_\_\_

本人目前购房。

每月房屋贷款之付款金额  
\$ \_\_\_\_\_

本人目前享受住房补贴。

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

电话费

住宅保险费

房地产税

本人每月支付：\$ \_\_\_\_\_

本人每月支付：\$ \_\_\_\_\_

本人每月支付：\$ \_\_\_\_\_

本人每月支付：\$ \_\_\_\_\_

#### 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（包括新生儿）：

姓名	性别	与本人的关系	社会保险号码

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：

现金补助  基本食品补助  托儿费补助  
 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

若是如此，请问是何人？请列出姓名：

您是否预料此人将重新迁回您家？

#### 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  Money Market

账户金额：\$ \_\_\_\_\_ 开立账户的日期：\_\_\_\_\_

车辆：年份：\_\_\_\_\_ 制造商：\_\_\_\_\_ 型号：\_\_\_\_\_ 收到日期：\_\_\_\_\_

退税：\$ \_\_\_\_\_ 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）：\_\_\_\_\_ 收到日期：\_\_\_\_\_

其它资源（请列明）：

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。请勾选所有适用选项。

收入或工作已开始。收入开始日期：\_\_\_\_\_ 开始获得收入的人：\_\_\_\_\_

总收入额（扣税前的金额）：\$\_\_\_\_\_ 每  小时  每月  全职  兼职

收入类型：\_\_\_\_\_ 雇主姓名或名称（若有则请填写）：\_\_\_\_\_

获得收入的日期（即每月的第 1 天和第 15 天，或每周五）：\_\_\_\_\_

收入或工作已结束。收入停止的日期：\_\_\_\_\_ 停止获得收入的人：\_\_\_\_\_

收入停止的原因：\_\_\_\_\_

收入或工作已增加。收入增加的日期：\_\_\_\_\_ 开始获得收入的人：\_\_\_\_\_

总收入额（扣税前的金额）：\$\_\_\_\_\_ 每  小时  每月

收入类型：\_\_\_\_\_ 雇主姓名或名称（若有则请填写）：\_\_\_\_\_

若目前就业，请问是否从兼职变为全职工作？  是  否

收入或工作已减少。收入开始减少的日期：\_\_\_\_\_ 开始获得收入的人：\_\_\_\_\_

总收入额（扣税前的金额）：\$\_\_\_\_\_ 每  小时  每月

收入类型：\_\_\_\_\_ 雇主姓名或名称（若有则请填写）：\_\_\_\_\_

6.  我家还有其它情况变化。请勾选所有适用选项。

本人的托儿（子女照看）费用已从每月\$\_\_\_\_\_ 变为每月\$\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_ 已经开始怀孕预产期：\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_ 的孕期已经结束；孕期结束日期：\_\_\_\_\_。

儿童赡养费付款已从每月\$\_\_\_\_\_ 变为每月\$\_\_\_\_\_。

支付人：\_\_\_\_\_

医疗开支已从每月\$\_\_\_\_\_ 增至每月\$\_\_\_\_\_。

支付人：\_\_\_\_\_

婚姻状况已发生改变：\_\_\_\_\_  已婚  离婚  分居  丧偶

\_\_\_\_\_ 的私人医疗保险已经结束；保险结束日期：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 的私人医疗保险已经开始；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：\_\_\_\_\_

其它情况变化（请说明）

7.  我希望终止本人的： 现金补助  基本食品补助  医疗补助  托儿费补助

#### 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：华盛顿州选举办公室，邮政信箱 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