



# Thay Đổi Hoàn Cảnh

## Change of Circumstances

TÊN QUÝ VỊ

ID HOẶC SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA THÂN CHỦ

Đọc kỹ tất cả các mục. **Đánh dấu vào tất cả ô áp dụng cho hộ gia đình quý vị.** Ký tên, đề ngày, và gửi lại mẫu đơn này cho văn phòng địa phương của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hoặc nếu quý vị cần một bao thư có dán tem để gửi lại mẫu đơn này bằng đường bưu điện, hãy liên hệ văn phòng địa phương của quý vị.

**Trách Nhiệm Của Quý Vị:** Nếu hộ gia đình quý vị nhận được trợ cấp tiền mặt, Thực Phẩm Cơ Bản hoặc y tế, quý vị phải báo cáo các thay đổi được mô tả theo WAC 388-418-0005, 182-504-0105 và 182-504-0110 dựa vào các phúc lợi quý vị nhận được. Đối với các chương trình trợ cấp tiền mặt và thực phẩm, quý vị phải nói cho chúng tôi biết về các thay đổi này trước ngày 10 của tháng sau ngày thay đổi đã xảy ra. Đối với trợ cấp y tế, quý vị phải nói cho chúng tôi biết trong vòng 30 ngày kể từ khi thay đổi đã xảy ra. Nếu quý vị nói cho chúng tôi biết về việc thay đổi mà quý vị không có bản phạn phải nói cho chúng tôi biết, chúng tôi phải xem xét cách thức việc này ảnh hưởng đến các phúc lợi của quý vị. Việc này có thể dẫn đến ít phúc lợi hơn, hoặc các phúc lợi của quý vị có thể chấm dứt. Đối với Thực Phẩm Cơ Bản, nếu quý vị tự nguyện báo cáo việc dọn đến một chỗ ở mới, quý vị cũng phải báo cáo các chi phí chỗ ở mới của quý vị trong Mục 2, cho dù quý vị chưa nhận hóa đơn trả tiền về khoản đó. Nếu quý vị không cho chúng tôi biết các chi phí chỗ ở mới của quý vị, chúng tôi sẽ sử dụng \$0. Việc này có thể làm cho quý vị nhận được ít phúc lợi hơn.

### 1. Địa chỉ của tôi đã thay đổi.

Tôi đã dọn. Ngày dọn: \_\_\_\_\_  Địa chỉ gửi thư của tôi đã thay đổi.  Tôi là người vô gia cư.

Địa chỉ cư trú mới của tôi là:			Địa chỉ gửi thư mới của tôi (nếu khác) là:		
SỐ CĂN HỘ (NẾU CÓ)			SỐ CĂN HỘ (NẾU CÓ)		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG

### 2. Các chi phí chỗ ở của tôi đã thay đổi.

Đối với Thực Phẩm Cơ Bản, báo cáo **chỉ khi nào** quý vị được tăng thêm hoặc quý vị dọn đến một chỗ ở mới. Báo cáo bất kỳ thay đổi nào khác về các chi phí chỗ ở vào lúc **chứng nhận giữa kỳ tới hoặc tái xét việc hội đủ điều kiện của quý vị.** Đánh dấu tất cả mục áp dụng.

<input type="checkbox"/> Tôi đang thuê.		<input type="checkbox"/> Tôi đang mua.		<input type="checkbox"/> Tôi đang nhờ vào chính sách trợ cấp nhà ở.	
SỐ TIỀN THUẾ HÀNG THÁNG \$	KHOẢN ĐÓNG GÓP CỦA QUÝ VỊ, NẾU KHÁC \$	SỐ TIỀN THẾ CHẤP HÀNG THÁNG \$	SỐ TIỀN CHI TRẢ HÀNG THÁNG (CHỈ LIỆT KÊ KHOẢN ĐÓNG GÓP CỦA QUÝ VỊ) \$		
Tôi chi trả riêng cho (đánh dấu tất cả mục áp dụng):					
<input type="checkbox"/> Các chi phí sưởi ấm/làm mát		<input type="checkbox"/> Điện thoại		<input type="checkbox"/> Bảo hiểm nhà	
Tôi chi trả: \$ _____ cho mỗi tháng.		Tôi chi trả: \$ _____ cho mỗi tháng.		Tôi chi trả: \$ _____ cho mỗi tháng.	

### 3. Người nào đó đã dọn vào hoặc dọn ra khỏi nhà tôi. Đánh dấu tất cả mục áp dụng và cho biết ngày dọn.

Người nào đó đã dọn VÀO TRONG nhà tôi. Ngày: \_\_\_\_\_  
Liệt kê tất cả những ai đã dọn vào (bao gồm trẻ sơ sinh):

(CÁC) TÊN	GIỚI TÍNH	MỐI QUAN HỆ VỚI TÔI	SỐ AN SINH XÃ HỘI

Tôi mua và chuẩn bị các bữa ăn với các bạn cùng phòng của tôi (đánh dấu vào ô áp dụng):  Có  Không

Tôi muốn bao gồm người nào đó vào trợ cấp của tôi:  
 Trợ cấp Tiền Mặt  Thực Phẩm Cơ Bản  Chăm sóc trẻ  Y Tế

Nếu vậy, ai? Liệt kê tên.

Người nào đó đã dọn RA KHỎI nhà tôi. Ngày: \_\_\_\_\_  
Liệt kê tất cả những ai đã dọn ra:

(CÁC) TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI TÔI

Tôi mong (các) người này sẽ trở lại với tôi (đánh dấu vào ô áp dụng):  Có  Không

Nếu vậy, ai? Liệt kê tên:

Quý vị mong (các) người này trở lại khi nào?

### 4. Các nguồn trợ giúp của hộ gia đình tôi đã thay đổi. Tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi đã nhận (đánh dấu tất cả mục áp dụng):

Một tài khoản ngân hàng (đánh dấu tất cả mục áp dụng):  Chi Phiếu  Tiết Kiệm  CD  Thị Trường Tiền Tệ

Số tiền trong tài khoản: \$ \_\_\_\_\_ Số tiền tài khoản mở: \_\_\_\_\_

Một xe: Năm: \_\_\_\_\_ Hãng sản xuất: \_\_\_\_\_ Kiểu: \_\_\_\_\_ Ngày nhận: \_\_\_\_\_

Số tiền hoàn thuế: \$ \_\_\_\_\_ Ngày nhận: \_\_\_\_\_ Tín Thuế Thu Nhập Kiểm Được (EITC) đã là bao nhiêu: \_\_\_\_\_

Một số tiền góp (bao gồm các phúc lợi, khoản thanh toán có hiệu lực trở về trước, hoặc một khoản thừa kế): \_\_\_\_\_ Ngày nhận: \_\_\_\_\_

Các nguồn trợ giúp khác (liệt kê): \_\_\_\_\_

5.  **Thu nhập của hộ gia đình tôi đã thay đổi. Các ví dụ về thu nhập bao gồm số tiền kiếm được hoặc lương bổng từ việc làm hoặc tự làm chủ, trợ cấp thất nghiệp, An Sinh Xã Hội, SSI, Lao Động và Công Nghiệp (L&I), cấp dưỡng con, phúc lợi cựu chiến binh (VA), quà tặng, hoặc khoản vay. Đánh dấu tất cả mục áp dụng.**

**Thu Nhập hoặc Việc Làm BẮT ĐẦU.** Ngày thu nhập bắt đầu: \_\_\_\_\_ Ai có thu nhập bắt đầu: \_\_\_\_\_  
 Tổng số tiền (trước thuế): \$ \_\_\_\_\_ cho mỗi  giờ  tháng  Toàn thời gian  Bán thời gian  
 Loại thu nhập: \_\_\_\_\_ Tên sở làm (nếu có): \_\_\_\_\_  
 (Các) ngày người nhận được thu nhập (nghĩa là ngày 1 và 15<sup>th</sup> của mỗi tháng hoặc mỗi Thứ Sáu): \_\_\_\_\_

**Thu Nhập hoặc Việc Làm CHẤM DỨT.** Ngày thu nhập ngưng lại: \_\_\_\_\_  
 Lý do vì sao thu nhập ngưng lại: \_\_\_\_\_

**Thu Nhập hoặc Việc Làm TĂNG.** Ngày thu nhập tăng: \_\_\_\_\_ Ai có thu nhập bắt đầu: \_\_\_\_\_  
 Tổng số tiền (số tiền đô la trước thuế) \$ \_\_\_\_\_ cho mỗi  giờ  tháng  
 Loại thu nhập: \_\_\_\_\_ Tên sở làm (nếu có): \_\_\_\_\_  
 Nếu đang làm việc, đây có là sự thay đổi từ **bán thời gian** thành **toàn thời gian** không?  Có  Không

**Thu Nhập hoặc Việc Làm GIẢM.** Ngày giảm bắt đầu: \_\_\_\_\_ Ai có thu nhập bắt đầu: \_\_\_\_\_  
 Tổng số tiền (số tiền đô la trước thuế): \$ \_\_\_\_\_ cho mỗi  giờ  tháng  
 Loại thu nhập: \_\_\_\_\_ Tên sở làm (nếu có): \_\_\_\_\_

6.  **Hộ gia đình tôi có các thay đổi khác. Đánh dấu tất cả mục áp dụng.**

Các chi phí chăm sóc trẻ (giữ trẻ) của tôi đã thay đổi từ: \$ \_\_\_\_\_ /tháng thành \$ \_\_\_\_\_ /tháng.  
 Thai kỳ bắt đầu đối với: \_\_\_\_\_; Ngày dự sinh: \_\_\_\_\_.  
 Thai kỳ chấm dứt đối với: \_\_\_\_\_; Ngày sinh chấm dứt: \_\_\_\_\_.  
 Các khoản chi trả cấp dưỡng con thay đổi từ: \$ \_\_\_\_\_ /tháng thành \$ \_\_\_\_\_ /tháng.  
 Ai chi trả: \_\_\_\_\_  
 Các chi phí y tế tăng từ: \$ \_\_\_\_\_ /tháng thành \$ \_\_\_\_\_ /tháng.  
 Ai chi trả: \_\_\_\_\_  
 Tình trạng hôn nhân thay đổi đối với: \_\_\_\_\_  Kết Hôn  Ly Dị  Ly Thân  Góa Bụa  
 Bảo hiểm y tế tư nhân chấm dứt đối với: \_\_\_\_\_; Ngày bảo hiểm chấm dứt: \_\_\_\_\_  
 Bảo hiểm y tế tư nhân bắt đầu đối với: \_\_\_\_\_; Ngày bảo hiểm bắt đầu: \_\_\_\_\_  
 Liệt kê tên và số điện thoại công ty bảo hiểm nếu bảo hiểm chấm dứt hoặc bắt đầu:  
 Tôi đã nhận được một khoản chi trả theo Đạo Luật Trợ Cấp Năng Lượng Cho Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (LIHEAA) trong 12 tháng qua. Số tiền: \_\_\_\_\_

CÁC THAY ĐỔI KHÁC (MÔ TẢ)

7.  **Tôi muốn chấm dứt trợ cấp của tôi:**  Trợ cấp tiền mặt  Thực Phẩm Cơ Bản  Trợ cấp y tế  Chăm sóc trẻ

**Việc Đăng Ký Cử Tri**

Bộ cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri được quy định theo Đạo Luật Đăng Ký Cử Tri Quốc Gia ban hành năm 1993. **Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc số tiền phúc lợi mà quý vị có thể được cơ quan này cung cấp.** Nếu quý vị muốn trợ giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quyết định xem việc có tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp hay không là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri riêng biệt. Nếu quý vị cho rằng một người nào đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, thì quyền riêng tư của quý vị để quyết định xem có đăng ký hay không hoặc nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền chọn lựa đảng chính trị của riêng quý vị hay sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật việc đăng ký cử tri của quý vị không?**  Có  Không  
**Nếu quý vị không đánh dấu vào một trong hai ô, quý vị sẽ được xem như đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này.**

**Cam Kết và Ký Tên**

Tôi cam đoan theo hình phạt khai man trước tòa, thông tin tôi đã khai báo là hoàn toàn đúng sự thật dựa vào sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin giả mạo, sai lệch, hoặc không đầy đủ, tôi có thể chịu hình phạt theo luật pháp (RCW 74.08.055 và RCW 74.08.331). Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp là phải xác minh và đồng ý cung cấp việc xác minh này. Nếu tôi không thể cung cấp bằng chứng cần thiết, tôi ủy quyền cho DSHS liên hệ với những người hoặc cơ quan khác để lấy được bằng chứng về phần tôi. Chữ ký của tôi trong mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã báo cáo tất cả thay đổi mà tôi phải báo cáo.

CHỮ KÝ	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI
CHỮ KÝ THÀNH VIÊN CỦA HỘ GIA ĐÌNH NGƯỜI LỚN HOẶC ĐẠI DIỆN KHÁC	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI