

Statement of Understanding: Mid-Certification Review

للإبقاء على تلقي المساعدات النقدية أو الغذائية يجب عليك إستكمال مراجعة التوثيق النصف سنوية، وهناك ثلاثة طرق لتتمكن من استكمال مراجعتك:

1. عبر الهاتف عن طريق الاتصال بالرقم 1-877-501-2233.
2. عن طريق استكمال نموذج إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية I4-467 وإرساله لنا عن طريق:
 - الفاكس على الرقم 1-888-338-7410 أو :
 - البريد على صندوق بريد رقم PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
 - 3. تخطى ظروفك الحالية معنا وقم بالتوقيع على وتاريخ النموذج في المكتب المحلي.

ما الذي يجب أن تذكره في مراجعة التوثيق نصف السنوية الخاصة بك:

- تغيير في عنوانك ونفقة المأوى الخاص بك في العنوان الجديد.
- تغييرات تخص أولئك الذين يعيشون في منزلك.
- تغييرات في دخل أسرتك من أي مصدر، على سبيل المثال، الدخل من العمل والتعويضات عن البطالة والضمان الاجتماعي والعمل والصناعة ودعم الطفل.
- تغييرات في أي دعم للطفل التي يُلزم عليك بشكل قانوني دفعها للطفل الذي لا تعيش معه.
- إذا لم يكن لديك أطفال في منزلك وتكون ساعات العمل للشخص القادر أقل من 20 ساعة أسبوعياً.

اقرأ بعناية وقم بالتوقيع قبل إعادة هذا النموذج:

- أتفهم أن قوانين إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية تتطلب مني استكمال مراجعة التوثيق النصف سنوي ومن ثم إخبار إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية بأية تغييرات في ظروف المعيشية وفقاً لـ WAC 388-418-0005 و WAC 388-418-0011 .
- أتفهم أنه في حالة قيامي بالكذب من أجل الحصول على مساعدة نقدية أو غذائية فإن هذا يعتبر جريمة، وأدرك أيضاً أنه في حالة عدم قيامي بإبلاغ إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية بأي شيء يتوجب علي أن أخبرهم به فإن هذا يمثل جريمة أيضاً.
- أتفهم أنه في حالة قيامي بتقديم معلومات مغلوطة وأنا على علم بذلك ، فسأكون قد ارتكبت جريمة.
- أتفهم العقوبات التي يوجبها كسر قوانين المساعدات الغذائية وتتمثل في الاستبعاد من تلقي أية مساعدات غذائية وفرض الغرامات أو السجن.
- أتفهم إن لم أقم بتقديم دلائل على حدوث التغييرات التي تستوجب زيادة المنافع المقدمة لي فإن إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية لن تستعين بتلك التغييرات من أجل تحديد المنافع المقدمة لي.
- أتفهم أن ما أخبرت به إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية في هذا التقرير قد يؤثر على المنافع المقدمة لي.
- أقر، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن تلك المعلومات التي أخبرت بها إدارة الصحة والخدمات الاجتماعية في هذا التقرير هي معلومات حقيقية وصحيحة على حد علمي.

التوقيع:	التاريخ:	الاسم:	رقم بطاقة هوية العميل:
----------	----------	--------	------------------------