

理解声明：
中期资格复审



Statement of Understanding: Mid-Certification Review

为了持续领取现金补助或食品补助金，您必须完成一项中期资格复审。 您可采用三种方式完成此项中期资格复审。

1. 采用电话方式，电话号码是 1-877-501-2233。
2. 填妥一份社会福利服务部 14-467 表格，并
 - 将其传真至 1-888-338-7410；或者
 - 将该表格邮寄给本部，邮寄地址是 PO BOX 11699, TACOMA WA 98411。
3. 在本部的地方办事处向我们讲述您目前的境况，然后签署此表格并注明日期。

在中期资格复审时，您必须报告以下情况：

- 地址变更以及您在新地址的居住费用。
- 涉及谁在您家居住的情况变化。
- 您家从**任何来源**获得的收入额之增减变化。 这些收入包括工资收入、失业补偿金、劳工与工商保险补偿金以及儿童抚养费。
- 您须依法向不与您在一起居住者支付的儿童抚养费之增减变化。
- 您并无子女在您家居住，而且一名有就业能力者的工作小时数减少至每周低于 20 小时。

在交还此表格之前，请仔细阅读并签名：

- 本人明白，依据华盛顿州行政法规 WAC 388-418-0005 和 WAC 388-418-0011， DSHS 的规章要求我必须完成此项中期资格复审表格，并向 DSHS 报告本人家庭境况发生的任何变化。
- 本人明白，为获得现金或食品补助福利而谎报情况属于犯罪行为。 本人明白，如果明知某些情况必须向 DSHS 报告，但却未向其报告，则属犯罪行为。
- 本人明白，若明知情况不实但仍提供该虚假情况，则会受到刑事指控。
- 本人明白，对违反食品补助规章条例之行为的处罚办法包括取消领取食品补助福利的资格、罚款或监禁等。
- 本人明白，若不提供可能会使本人福利金增加的情况变化证明文件， DSHS 则不会利用这些情况变化来确定本人的福利。
- 本人明白，我在此报告中向该部门提供的情况可能会影响我的福利待遇。
- 特此声明，据我所知，本人在此报告中向 DSHS 提供的情况属实且正确。若有不实之词，愿受伪证罪处罚。

签名	日期	工整填写姓名	个案当事人身份识别号码
----	----	--------	-------------

