



جهت ادامه دریافت کمک مالی یا غذایی، شما باید یک بررسی گواهی-میانه را تکمیل کنید. سه روش در اختیار شما قرار دارد تا بررسی خود را تکمیل کنید:

1. تلفنی از طریق تماس با 1-877-501-2233.

2. از طریق تکمیل فرم DSHS 14-467 و

• فکس کردن آن به ما از طریق شماره 1-888-338-7410؛ یا

• پست کردن آن برای ما با صندوق پستی TACOMA WA 98411، 11699 PO BOX.

3. از طریق مرور شرایط فعلی خود با ما در دفتر محلی، امضا کردن، و ذکر تاریخ در این فرم.

آنچه که باید در بررسی گواهی-میانه خود گزارش دهید:

- تغییر نشانی و هزینه های سرپناه شما در یک نشانی جدید.
- تغییرات در کسانی که در خانه شما زندگی می کنند.
- تغییرات در درآمد خانه شما از هر منبعی. این شامل درآمد ناشی از کار، حقوق بیکاری، تامین اجتماعی، کار و صنایع، و پشتیبانی از کودک می شود.
- تغییرات در هر گونه پشتیبانی از کودک که از نظر قانونی شما ملزم به پرداخت آن برای کودکی هستید که با او زندگی نمی کنید.
- اگر شما در خانه کودکی ندارید، و یک ساعت کار فرد سالم کمتر از 20 ساعت در هفته است.

قبل از بازگرداندن این فرم آن را با دقت مطالعه نمایید و امضا کنید:

- من می دانم که قوانین DSHS من را ملزم می کند تا این بررسی گواهی-میانه را تکمیل کنم و تغییرات وارده در شرایط خانه خود را طبق WAC 388-418-0005 و WAC 388-418-0011 به اطلاع DSHS برسانم.
- من می دانم که اگر برای دریافت مزایای مالی و غذایی دروغ بگویم، مرتکب جرم شده ام. به علاوه مطلع هستم که اگر DSHS را از چیزی که می دانم باید گزارش بدهم، مطلع نسازم، مرتکب جرم شده ام.
- من می دانم که اگر اطلاعاتی را که می دانم اشتباه هستند ارائه دهم، ممکن است به ارتکاب جرم متهم شوم.
- من می دانم که مجازات نقض قوانین کمک غذایی عبارتست از لغو صلاحیت فرد برای دریافت کمک غذایی، جریمه، یا حبس.
- من می دانم که اگر مدارک مربوط به تغییرات را که می توانند مزایای من را افزایش دهند ارائه ندهم، DSHS از این تغییرات برای تعیین مزایای من استفاده نخواهد کرد.
- من می دانم آنچه که در این گزارش برای اداره توضیح می دهم، می تواند بر مزایای من اثر بگذارد.
- من با توجه به مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که اطلاعاتی که در این گزارش در اختیار DSHS قرار می دهم، تا جایکه اطلاع دارم صحت دارند.

امضا	تاریخ	نام چاپی	شماره شناسایی
------	-------	----------	---------------

