

Anlama Bildirimi:
Sertifika Dönemi Ortası İncelemesi
Statement of Understanding: Mid-Certification Review



Nakit veya gıda yardımı almayı sürdürmek için Sertifika Dönemi Ortası İncelemesi formu doldurmanız gerekmektedir. İncelemenizi tamamlamak için üç yöntem vardır:

1. Telefonla 1-877-501-2233 numarayı arayarak.
2. DSHS 14-467 formunu doldurarak ve
 - 1-888-338-7410 numaradan bize fakslayarak; veya
 - PO BOX 11699, TACOMA WA 98411'e postalayarak.
3. Yerel ofise gelerek bizimle birlikte geçerli koşulları gözden geçirip bu forma tarih koyup imzlayarak.

Sertifika Dönemi Ortası İncelemenizde ne bildirmeniz gerekiyor:

- Adres değişikliği ve yeni adresteki barınma masraflarınız.
- Evinizde yaşayan kişilerde değişiklikler.
- **Herhangi bir kaynaktan** hane halkı gelirinde değişiklik. Buna çalışma gelirleri, işsizlik tazminatı, sosyal güvenlik, İş ve Sanayi (Labor & Industries) ve çocuk yardımı sonucu elde edilen gelirler dahildir.
- Birlikte yaşamadığınız bir çocuk için yasal olarak ödemeniz gereken çocuk yardımındaki d. değişiklikler.
- Evinizde çocuk yoksa ve bedenen kusuru olmayan haftada 20 saatten az çalışan yetişkin varsa.

Bu formu dikkatle okuyun ve göndermeden önce imzalayın:

- WAC 388-418-0005 ve WAC 388-418-0011 uyarınca DSHS kurallarına göre bu Sertifika Dönemi Ortası İncelemesini tamamlamam ve DSHS'ye hane koşullarımda gerçekleşen değişiklikleri bildirmem gerektiğini anlıyorum.
- Nakit veya gıda yardımı almak için yalan söylemenin suç olduğunu anlıyorum. DSHS'ye bildirmem gereken bildiğim bir şeyi rapor etmezsem bunun da bir suç olduğunu anlıyorum.
- Yanlış olduğunu bildiğim bir bilgi verirsem suçlu olarak mahkemeye verilebileceğimi anlıyorum.
- Gıda yardımı kurallarını ihlal etme cezalarının gıda yardımından mahrum bırakılma, para cezaları veya hapse atılmak gibi olumsuz sonuçları olacağını anlıyorum.
- Yardımları artırabilecek değişikliklerin kanıtlarını vermezsem DSHS'nin yardımlarımı belirlemek üzere bu değişiklikleri dikkate almayacağını anlıyorum.
- Bu raporda departmana anlattıklarımın bana yapılacak yardımları etkileyebileceğini anlıyorum.
- Yalan yere yenin etme cezası hükmü kapsamında DSHS'ye bu bildirimde verdiğim bilgilerin, bildiğim kadarıyla gerçek ve doğru olduğunu beyan ederim.

İMZA	TARİH	MATBU ADI SOYADI	MÜŞTERİ KİMLİK NUMARASI

