

تغير الظروف

اسمك	رقم هوية العميل أو SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)
------	---

اقرأ جميع الأقسام بعناية. اختر كل المربعات التي تنطبق على أسرتك. قم بتوقيع وتاريخ هذه الوثيقة وإعادتها إلى المكتب المحلي. إذا كانت لديك أية أسئلة، أو إذا كنت بحاجة إلى مظروف بريدي مدفوع الأجر لإعادة هذا النموذج عبر البريد، فاتصل بمكتبك المحلي.

مسؤولياتك: إذا حصلت أسرتك على أموال نقدية أو أغذية أساسية أو مساعدة طبية، فيجب عليك الإبلاغ عن التغييرات كما هو موضح في food assistance programs WAC 388-418-0005 و 182-504-0105 و 182-504-0110 بناءً على المزايا التي تتلقاها. بالنسبة للنقدية و food assistance programs (برامج المساعدات والغذائية)، يجب عليك إخبارنا بهذه التغييرات بحلول اليوم العاشر من الشهر التالي لتاريخ حدوث التغيير. للحصول على المساعدة الطبية، يجب عليك إخبارنا خلال 30 يومًا من تاريخ حدوث التغيير. إذا أخبرتنا عن تغيير ليس من الضروري أن نخبرنا به، فيجب علينا أن ننظر في كيفية تأثير ذلك على المزايا التي تحصل عليها. قد يؤدي هذا إلى مزايا أقل، أو قد تنتهي المزايا الخاصة بك. بالنسبة للأغذية الأساسية، إذا أبلغت طوعًا عن انتقالك إلى مسكن جديد، فيجب عليك أيضًا الإبلاغ عن تكاليف المأوى الجديد في القسم 2، حتى لو لم يتم إصدار فاتورة لك بها بعد. إذا لم تقدم لنا تكاليف المأوى الجديد، فسوف نستخدم \$0 دولار. قد يؤدي ذلك إلى حصولك على مزايا أقل.

1. تغيير عنواني.

انتقلت. تاريخ الانتقال: _____ تم تغيير عنواني البريدي. أنا بلا مأوى.

عنوان المراسلة الجديد (إذا كان مختلفًا) هو:	عنوان سكني الجديد هو:
رقم الشقة (إن وجد)	رقم الشقة (إن وجد)
المدينة	المدينة
الولاية	الولاية
الرمز البريدي	الرمز البريدي

2. تغيرت تكاليف المأوى الخاص بي.

بالنسبة للأغذية الأساسية، قم بالإبلاغ فقط إذا كان لديك زيادة أو انتقلت إلى مسكن جديد. قم بالإبلاغ عن أي تغييرات أخرى في تكاليف المأوى في منتصف مرحلة الشهادة أو مراجعة الأهلية التالية. حدد كل ما ينطبق.

<input type="checkbox"/> أنا على الإسكان المدعوم.	<input type="checkbox"/> أنا مشتري.	<input type="checkbox"/> أنا مستأجر.
مبلغ الدفع الشهري (انكر حصتك فقط)	مبلغ الرهن العقاري الشهري	مبلغ الإيجار الشهري
\$	\$	\$
حصتك، إذا كانت مختلفة		

أنا أدفع بشكل منفصل مقابل (حدد كل ما ينطبق):	ضرائب الأملاك	تأمين المنزل	الهاتف	تكاليف التدفئة / التبريد
أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.

3. انتقل شخص ما إلى أو خارج منزلي. تحقق من كل ما ينطبق وحدد تاريخ النقل.

أقوم بشراء وجبات الطعام وإعدادها مع زملائي في السكن (اختر المربع الذي ينطبق): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أنتقل شخص ما إلى منزلي. التاريخ: _____ قم بإدراج جميع الأشخاص الذين انتقلوا (بما في ذلك الأطفال حديثي الولادة):												
أريد أن أضف شخصًا إلى حسابي: <input type="checkbox"/> النقد <input type="checkbox"/> الغذاء الأساسي <input type="checkbox"/> رعاية الأطفال <input type="checkbox"/> المساعدة الطبية إذا كان الأمر كذلك، من؟ قائمة الأسماء: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)</th> <th>علاقته بي</th> <th>النوع</th> <th>الاسم (الأسماء)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)	علاقته بي	النوع	الاسم (الأسماء)								
SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي)	علاقته بي	النوع	الاسم (الأسماء)										
أنتقل شخص ما خارج منزلي. التاريخ: _____ قائمة بجميع الذين خرجوا: علاقته بي	<table border="1"> <thead> <tr> <th>الاسم (الأسماء)</th> <th>علاقته بي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	الاسم (الأسماء)	علاقته بي										
الاسم (الأسماء)	علاقته بي												

4. تغيرت موارد أسرتي. حصلت أنا أو أحد أفراد أسرتي على (ضع علامة على كل ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> حساب مصرفي (حدد كل ما ينطبق):	<input type="checkbox"/> حساب جاري	<input type="checkbox"/> حساب توفير	<input type="checkbox"/> شهادة إيداع	<input type="checkbox"/> سوق المال
المبلغ في الحساب: \$ _____	تاريخ فتح الحساب: _____	طراز: _____	تاريخ الاستلام: _____	تاريخ الاستلام: _____
<input type="checkbox"/> سيارة: السنة: _____ صنع: _____	<input type="checkbox"/> استرداد الضريبة: \$ _____	<input type="checkbox"/> تاريخ الاستلام: _____		
كم كان Earned Income Tax Credit (ائتمان ضريبة الدخل المكتسب، EITC): \$ _____	<input type="checkbox"/> مبلغ مقطوع (يشمل الفوائد بأثر رجعي أو التسويات أو الميراث): _____			
<input type="checkbox"/> مصادر أخرى (أدرجهم في قائمة): _____	تاريخ الاستلام: _____			

5. لقد تغير دخل أسرتي. تشمل أمثلة الدخل الأرباح أو الأجور من وظيفة أو عمل خاص أو إعانات البطالة أو الضمان الاجتماعي أو SSI أو Labor and Industries (العمل والصناعات، L&I)، أو دعم الطفل أو veterans benefits (استحقاقات المحاربين القدامى، VA)، أو الهدايا، أو القروض. حدد كل ما ينطبق.

الدخل أو الوظيفة بدأت. تاريخ بدء الدخل: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (قبل الضرائب): \$ _____ لكل ساعة شهر دوام كامل دوام جزئي
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____
التاريخ (التواريخ) الذي يحصل فيها الشخص على الدخل (مثال، 1 و 15 من كل شهر أو كل جمعة): _____
 الدخل أو الوظيفة انتهت. تاريخ توقف الدخل: _____ من توقف دخله: _____
سبب توقف الدخل: _____
 الدخل أو الوظيفة زادت. تاريخ زيادة الدخل: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضرائب) \$ _____ لكل ساعة شهر
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____
إذا كان يعمل، هل هذا تغيير من دوام جزئي إلى دوام كلي؟ نعم لا
 الدخل أو الوظيفة نقصت. تاريخ بدأ النقص: _____ من بدأ دخله: _____
المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضرائب): \$ _____ لكل ساعة شهر
نوع الدخل: _____ اسم صاحب العمل (إذا وجد): _____

6. عائلتي لديها تغييرات أخرى. حدد كل ما ينطبق. لن يتم تحديث التغييرات التي لم يتم التحقق منها في الاستقطاعات والتي قد تسبب زيادة في المزايا حتى المراجعة التالية ما لم نتلقى تأكيدات بالتغيير.

تغيرت تكاليف رعاية أطفالي (مجالسة الأطفال) من: \$ _____ / الشهر إلى \$ _____ / الشهر.
 بدأ الحمل لـ: _____؛ الموعد المتوقع للولادة: _____.
 انتهى الحمل لـ: _____؛ تاريخ انتهاء الحمل: _____.
 تغيرت مدفوعات إعالة الطفل من: \$ _____ / الشهر إلى \$ _____ / الشهر.
من يدفع: _____
 ارتفعت النفقات الطبية من: \$ _____ / الشهر إلى \$ _____ / الشهر.
من يدفع: _____
 تغيرت الحالة الاجتماعية لـ: _____ متزوج مطلق منفصل أرمل
 انتهت التغطية الطبية الخاصة لـ: _____؛ تاريخ انتهاء التغطية: _____
 بدأت التغطية الطبية الخاصة لـ: _____؛ تاريخ بدء التغطية: _____
قم بإدراج اسم شركة التأمين ورقم الهاتف إذا انتهت التغطية أو بدأت:
 لقد تلقت دفعة من Low Income Home Energy Assistance Act (قانون مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض) (LIHEAA) خلال الـ 12 شهرًا الماضية.
الكمية: _____
 أرباح اليانصيب أو القمار بقيمة 4500 دولارًا أو أكثر (المبلغ بالدولار قبل الضرائب): \$ _____؛
من: _____؛ تاريخ الاستلام: _____

تغييرات أخرى (قم بوصفها)

تحذير عقوبة المساعدات الغذائية

نتحقق لدى وكالات أخرى عن صحة معلوماتك. وفي حال عدم صحة أي من المعلومات، فقد لا يحصل الأشخاص المتقدمين على المساعدات الغذائية. قد يتعرض أي شخص ينتهك أي من القواعد عن عمد لما يلي:

- المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية والحكومية المطبقة الأخرى
- الاستبعاد من SNAP لمدة عام واحد وقد تصل إلى الأبد
- التفرغ بمبلغ يصل إلى \$250000 دولار.
- السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا؛ أو
- الاستبعاد من SNAP لمدة 18 شهرًا إضافية في حال حكم المحكمة بذلك.

إذا وجدت المحكمة أنك مذنبًا:

تحصل على المعونات في معاملة تتضمن:

فقد تكون عرضة لـ:

- بيع المواد الخاضعة للرقابة
- التجريد من الأهلية لمدة تتراوح من سنتين إلى على الدوام.
- بيع الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات
- التجريد من الأهلية على الدوام.
- الإلتجار في معونات تزيد عن 500 دولار
- التجريد من الأهلية على الدوام.
- تزوير الإقامة أو الهوية
- التجريد من الأهلية لمدة 10 سنوات

تسجيل الناخب

تقدم Department offers voter registration services (الإدارة خدمات تسجيل الناخب) على النحو المطلوب بموجب the National Voter Registration Act of 1993 (قانون تسجيل الناخب القومي لسنة 1993). ولن يؤثر التقدم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على الخدمات أو مبالغ المساعدات التي قد تحصل عليها بواسطة هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في المساعدة في تعبئة نموذج تسجيل الناخب، فسندعم لك المساعدة. فقرار طلب أو قبول المساعدة يعود إليك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل خاص. إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل من أجل التصويت أو حقلك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل أو التقدم بطلب للتسجيل من أجل التصويت أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى إلى: مكتب انتخابات ولاية Washington، (1-800-448-4881) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229.

هل تريد التسجيل للتصويت أو تحديث تسجيل الناخبين الخاص بك؟ نعم لا

إذا لم تختَر أي من المرعبين، فسنعَبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي.

الإقرار والتوقيع

أقر تحت عقوبات الحنث باليمين أن المعلومات التي أقدّمها صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أنه إذا قدمت معلومات خاطئة أو مضللة أو غير كاملة، فقد يتم معاقبتي بموجب القانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331). أدرك أن المعلومات التي أقدّمها تخضع للتحقق وأوافق على تقديم التحقق. إذا لم أتمكن من تقديم الدليل المطلوب، فانا أفوض DSHS بالاتصال بأشخاص أو وكالات أخرى للحصول على الدليل نيابة عني. توقيعني على هذا النموذج يعني أنني أبلغت عن جميع التغييرات التي يجب علي الإبلاغ عنها.

رقم الهاتف	التاريخ	التوقيع
رقم الهاتف	التاريخ	توقيع فرد بالغ آخر في الأسرة أو ممثل