



情况变更

您的姓名

客户 ID 或 SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)

请仔细阅读所有章节。勾选所有适用于您家庭的方框。签名、填写日期并将此表交回当地办事处。如果您有任何疑问，或需要邮资已付的信封来邮寄此表，请联系当地办事处。

您的责任: 若您的家庭获得现金、基本食物或医疗补助，您必须根据您所获得的补助情况报告 WAC 388-418-0005、182-504-0105 和 182-504-0110 中所述的变更情况。对于现金和 food assistance programs (食品援助项目)，您必须在变更发生次月的第 10 天前告诉我们这些变更。如需医疗援助，您必须在变更后 30 天内告知我们。若您告知我们您不必告诉我们的情况变更，我们必须研究这对您的福利有何影响。这可能会导致福利减少，您的福利也可能会终止。对于基本食品，如果您自愿报告搬到了新的住所，您也必须在第 2 部分中报告新的住房费用，即使您还没有收到账单。如果您不提供新住所的费用，我们将把费用定为 \$0。这可能导致您领取的福利减少。

1. 我的住址变了。

我搬家了。搬迁日期: _____ 我的邮寄地址发生了变化。 我无家可归。

我的新住址是:			我的新邮寄地址 (如有不同) 是		
公寓号 (如有)			公寓号 (如有)		
城市	州	邮政编码	城市	州	邮政编码

2. 我的住房费用发生了变化。

对于基本食品，**只有当**您的收入增加或您搬到新住所时才需报告。在**下一次中期认证或资格审查**时，请报告住房费用的任何其他变化。勾选所有适用的选项。

<input type="checkbox"/> 我在租房。		<input type="checkbox"/> 我买房了。		<input type="checkbox"/> 我现在住的是补贴房。	
月租金	您的份额 (如有不同)	每月按揭金额	月付款额 (仅列出您的份额)		
\$	\$	\$	\$		

我单独支付 (请勾选所有适用的选项):

<input type="checkbox"/> 供暖/制冷费用	<input type="checkbox"/> 电话	<input type="checkbox"/> 家庭保险	<input type="checkbox"/> 房产税
我支付: \$ _____ /月。	我支付: \$ _____ /月。	我支付: \$ _____ /月。	我支付: \$ _____ /月。

3. 有人搬进或搬出我家。请勾选所有适用选项，并注明搬迁日期。

<input type="checkbox"/> 有人搬进了我家。日期: _____ 列出所有搬入者 (包括新生儿):				我和室友一起购买食材并准备饭菜 (在适用的方框内打勾):
姓名	性别	和我的关系	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				我想把某人纳入我的:
				<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 基本食物 <input type="checkbox"/> 儿童保育
				<input type="checkbox"/> 医疗补助
				如果有，是谁呢? 请列出姓名:
<input type="checkbox"/> 有人搬出了我家。日期: _____ 列出所有搬走的人:				我希望当事人搬回来与我同住 (请在适用的方框内打勾):
姓名		和我的关系		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				我想把某人纳入我的:
				<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 基本食物 <input type="checkbox"/> 儿童保育
				<input type="checkbox"/> 医疗补助
				如果有，是谁呢? 请列出姓名:

4. 我家里的资源发生了变化。我或我家中有人有 (请勾选所有适用选项):

银行账户 (请勾选所有适用选项): 支票 储蓄 存单 货币市场
 账户金额: \$ _____ 账户开立日期: _____

一辆车: 年份: _____ 品牌: _____ 型号: _____ 收到日期: _____

退税: \$ _____ 收到日期: _____
 Earned Income Tax Credit (收入所得税收抵免, EITC) 的金额: \$ _____

一次性付款 (包括追溯福利、和解金或遗产): _____
 其他资源 (请列出): _____ 收到日期: _____

5. **我的家庭收入发生了变化。收入的例子包括工作或自营职业的收入或工资、失业救济金、社会保障、SSI、Labor and Industries (劳工和工业, L&I)、子女抚养费、退伍军人福利 (VA)、礼物或贷款。勾选所有适用的选项。**

- 收入或工作开始。** 收入开始日期: _____ 谁开始有收入: _____
总金额 (税前): \$ _____ / 小时 月 全职 兼职
收入类型: _____ 雇主姓名 (如有): _____
获得收入的日期 (即每月 1 日和 15 日或每周五): _____
- 收入或工作停止。** 收入停止日期: _____ 谁的收入停止: _____
收入停止的原因: _____
- 收入或工作增加。** 收入增加日期: _____ 谁的收入开始增加: _____
毛额 (税前美元金额): \$ _____ / 小时 月
收入类型: _____ 雇主姓名 (如有): _____
如果有工作, 是否从**兼职**变为**全职**? 是 否
- 收入或工作减少。** 开始减少的日期: _____ 谁的收入开始减少: _____
毛额 (税前美元金额): \$ _____ / 小时 月
收入类型: _____ 雇主姓名 (如有): _____

6. **我的家庭还发生了其他变化。勾选所有适用的选项。未经核实的扣款变更可能导致福利金增加, 除非我们收到变更核实, 否则在下次审核之前不会更新。**

- 我的育儿 (保姆) 费用从: \$ _____ / 月变为 \$ _____ / 月。
- 怀孕开始时间: _____; 预产期: _____。
- 怀孕结束的原因: _____; 怀孕结束的日期: _____。
- 子女抚养费从: \$ _____ / 月变为 \$ _____ / 月。
由谁支付: _____
- 医疗费用从: \$ _____ / 月增至 \$ _____ / 月。
由谁支付: _____
- 婚姻状况变更为: _____ 已婚 离异 分居 丧偶
- 以下人员的私人医疗保险终止: _____; 保险结束日期: _____
- 以下人员的私人医疗保险开始: _____; 保险开始日期: _____
如果保险结束或开始, 请列出保险公司名称和电话号码:
- 在过去 12 个月内, 我获得了 Low Income Home Energy Assistance Act (低收入家庭能源援助法案, LIHEAA) 的补助金。
金额: _____
- \$4,500 或以上的彩票或赌博奖金 (税前金额): \$ _____;
中奖人: _____; 收到日期: _____

其他变化 (请说明)

食物援助处罚警告

我们会向其他机构查证您的信息是否正确。如果您的信息不正确，则申请人将无法获得食物援助。

任何故意违反法规的人均会：

- 根据其他适用的联邦和州法律被起诉
- 被取消一年至永久性 SNAP 资格
- 最高罚款 \$250,000
- 最高监禁 20 年；或
- 如果法院下令，则在另外 18 个月内被取消 SNAP 资格。

如果经法院裁定，您犯有以下罪行：

在涉及以下情况的交易中获取利益：

您可能会被：

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| • 出售管制药品 | 取消资格两年及以上，甚至永久。 |
| • 出售枪支、弹药或爆炸物 | 永久取消资格。 |
| • 从贩卖人口中共计获利 \$500 以上 | 永久取消资格。 |
| • 居留权或身份造假 | 取消资格 10 年。 |

选民登记

该部根据 National Voter Registration Act of 1993 (1993 年《全国选民登记法》) 的要求 offers voter registration services (提供选民登记服务)。申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供服务或福利金额。您在填写选民登记表时若需帮助，我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干扰了您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或者您选择自己的政党或其他政治偏好的权利，您可以向以下机构提出投诉：Washington 州选举办公室 PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。

您是否需要登记投票或更新您的选民登记？ 是 否

如果您不勾选其中任何一个方框，您将被视为决定此时不进行投票登记。

声明和签名

我声明，据我所知，我所提供的信息是真实和完整的。我明白，如果我提供虚假、误导或不完整的信息，可能会受到法律制裁 (RCW 74.08.055 和 RCW 74.08.331)。我明白我提供的信息需要核实，并同意提供核实信息。如果我无法提供所需的证明，我授权 DSHS 与其他人或机构联系，代我获取证明。我在本表上的签名意味着我已报告了所有必须报告的变更。

签名	日期	电话号码
其他成年家庭成员或代表签字	日期	电话号码