

تغییر شرایط

 شناسه متقاضی یا SOCIAL SECURITY NUMBER
 (شماره تأمین اجتماعی)

نام شما

تمام بخش‌ها را با دقت مطالعه کنید. تمام کادرهایی را که به خانوار شما مربوط می‌شود علامت بزنید. این فرم را امضا و تاریخ بزنید و تکمیل کنید و آن را به اداره محل خود برگردانید. اگر سؤالی دارید یا اگر برای برگرداندن این فرم با پست به پاکت نامه با هزینه پستی از قبل پرداخت شده نیاز دارید، با اداره محل خود تماس بگیرید.

مسئولیت‌های شما: اگر خانوار شما کمک نقدی، غذای اساسی یا کمک پزشکی دریافت می‌کند، شما باید مطابق شرح WAC 388-418-0005، 182-504-0110 و 182-504-0105 بر اساس مزایایی که دریافت می‌کنید، تغییرات را گزارش دهید. برای برنامه‌های کمک نقدی و food assistance programs (برنامه‌های کمک غذایی)، تا روز 10^{ام} ماه پس از تاریخی که تغییر رخ داده است، شما باید این تغییرات را به ما اطلاع دهید. درخصوص کمک پزشکی، شما باید ظرف 30 روز از زمانی که تغییر رخ داده است آن را به ما اطلاع دهید. اگر به ما تغییری را اطلاع دهید که اجباری به اطلاع دادن آن نیست، ما باید بررسی کنیم که این تغییر چطور بر مزایای شما تأثیر می‌گذارد. این امر ممکن است مزایا را کمتر کند یا به مزایای خاتمه دهد. در مورد مواد غذایی اساسی، اگر به‌طور داوطلبانه نقل مکان به یک محل سکونت جدید را گزارش دهید، باید هزینه‌های سرپناه جدید خود را نیز در بخش 2 گزارش دهید، حتی اگر هنوز صورت‌حسابی بابت آنها دریافت نکرده باشید. اگر هزینه‌های سرپناه جدید خود را ارائه ندهید، ما از 0 دلار استفاده خواهیم کرد. این امر سبب می‌شود مزایای کمتری دریافت کنید.

1. نشانی من تغییر کرده است.

من نقل مکان کرده‌ام. تاریخ نقل مکان: _____ نشانی پستی من تغییر کرده است. من بی‌خانمان هستم.

نشانی جدید محل زندگی من:	شماره آپارتمان (در صورت وجود):
شماره آپارتمان (در صورت وجود):	نشانی پستی جدید من (در صورت تفاوت داشتن):
شهر	شهر
ایالت	ایالت
زیپ‌کد	زیپ‌کد

2. هزینه‌های سرپناه من تغییر کرده است.

برای مواد غذایی اساسی، فقط در صورتی گزارش دهید که هزینه‌های شما افزایش یافته باشد یا به محل سکونت جدید نقل مکان کرده باشید. سایر تغییرات در هزینه‌های سرپناه را در بازبینی صلاحیت یا گواهی میان‌دوره‌ای بعدی گزارش دهید. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید.

<input type="checkbox"/> من اجاره می‌کنم.	<input type="checkbox"/> من می‌خرم.	<input type="checkbox"/> من در مسکن پارانهای هستم.
مبلغ اجاره ماهانه	مبلغ وام مسکن ماهانه	مبلغ پرداخت ماهانه (فقط سهم خود را ذکر کنید)
دلار	دلار	دلار

من برای موارد زیر جداگانه پرداخت می‌کنم (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

<input type="checkbox"/> هزینه‌های گرمایش / سرمایش	<input type="checkbox"/> تلفن	<input type="checkbox"/> بیمه خانه	<input type="checkbox"/> مالیات بر اموال
مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار	مبلغی که پرداخت می‌کنم: _____ دلار
هر ماه	هر ماه	هر ماه	هر ماه

3. شخصی به خانه من افزوده یا از آن کاسته شده است. تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید و تاریخ این افزوده شدن را بیان کنید.

شخصی به خانه من افزوده شده است. تاریخ: _____
 تمام افرادی که به این خانه افزوده شده‌اند (از جمله نوزادها) را ذکر کنید:

نام(ها)	جنسیت	نسبت با من	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)

می‌خواهم شخصی را در کمک هزینه زیر بیافزایم:
 نقدی غذای اساسی مراقبت از فرزند کمک پزشکی

اگر این‌طور است، چه کسی؟ نام‌ها را ذکر کنید:

شخصی از خانه من کم شده است. تاریخ: _____
 تمام افرادی که از خانه کم شده‌اند را ذکر کنید:

نام(ها)	نسبت با من

می‌خواهم شخصی را در کمک هزینه زیر بیافزایم:
 نقدی غذای اساسی مراقبت از فرزند کمک پزشکی

اگر این‌طور است، چه کسی؟ نام‌ها را ذکر کنید:

4. منابع خانوار من تغییر یافته است. من یا شخصی در خانوارم دارای موارد زیر است (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

یک حساب بانکی (تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید): جاری پس‌انداز گواهی سپرده بازار سهام
 مبلغ در حساب: _____ دلار تاریخ افتتاح حساب: _____
 یک خودرو: سال ساخت: _____ برند: _____ مدل: _____ تاریخ دریافت: _____
 یک بازپرداخت مالیات: _____ دلار تاریخ دریافت: _____
 یک مجموع مبلغ (از جمله مزایای قبلی، و اگذاری‌ها یا ارثیه): _____
 منابع دیگر (ذکر کنید): _____
 تاریخ دریافت: _____

5. درآمد خانوار من تغییر یافته است. نمونه‌هایی از درآمد شامل درآمدها یا دستمزدهای شغل یا شغل آزاد، مزایای بیکاری، تأمین اجتماعی، SSI، Labor and Industries (کار و صنایع، L&I)، نفقه فرزند، مزایای veterans benefits (کهنه‌سربازان، VA)، هدایا یا وام‌ها می‌باشد. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید.

درآمد یا شغل شروع شد. تاریخ شروع درآمد: _____ درآمد چه کسی شروع شد: _____
مبلغ ناخالص (قبل از مالیات): _____ دلار به‌ازای هر ساعت ماه تمام‌وقت نیمه‌وقت
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (در صورت مصداق): _____
تاریخ (هایی) که فرد درآمد را دریافت می‌کند (یعنی، اول و 15 هر ماه یا هر جمعه): _____
 درآمد یا شغل پایان یافت. تاریخ پایان درآمد: _____ درآمد چه کسی پایان یافت: _____
دلیل توقف درآمد: _____
 شغل یا درآمد افزایش یافت. تاریخ افزایش درآمد: _____ درآمد چه کسی افزایش یافت: _____
مبلغ ناخالص (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات) _____ دلار به‌ازای هر ساعت ماه
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (در صورت مصداق): _____
در صورت کار کردن، آیا این مورد تغییر از نیمه‌وقت به تمام‌وقت است؟ بله خیر
 شغل یا درآمد کاهش یافت. تاریخ شروع کاهش درآمد: _____ درآمد چه کسی شروع شد: _____
مبلغ ناخالص (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات): _____ دلار به‌ازای هر ساعت ماه
نوع درآمد: _____ نام کارفرما (در صورت مصداق): _____

6. خانوار من تغییرات دیگری دارد. تمام مواردی که مصداق دارد را علامت بزنید. تغییرات تأیید نشده در کسورات که ممکن است سبب افزایش در مزایا شود تا زمان بازبینی بعدی به‌روزرسانی نمی‌شود، مگر اینکه تأییدیه‌های تغییر را دریافت کنیم.

هزینه‌های مراقبت از فرزند (پرستاری کودک) من از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه تغییر کرده است.
 دلیل شروع بارداری: _____ ؛ تاریخ مورد انتظار برای زایمان: _____
 دلیل پایان بارداری: _____ ؛ تاریخ پایان بارداری: _____
 هزینه‌های پرداخت نفقه فرزند از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه تغییر کرد.
 چه‌کسی پرداخت می‌کند: _____
 مخارج پزشکی از: _____ دلار / ماه به _____ دلار / ماه افزایش یافت.
 چه‌کسی پرداخت می‌کند: _____
 دلیل تغییر وضعیت تأهل: _____ متاهل مطلقه جداشده بیوه
 دلیل پایان پوشش‌دهی خصوصی پزشکی: _____ ؛ تاریخ پایان پوشش‌دهی: _____
 دلیل شروع پوشش‌دهی خصوصی پزشکی: _____ ؛ تاریخ شروع پوشش‌دهی: _____
در صورت شروع یا پایان پوشش‌دهی، نام و شماره تلفن شرکت بیمه را ذکر کنید:
 من در 12 ماه گذشته از Low Income Home Energy Assistance Act (قانون مساعدت انرژی مسکن طبقه کم‌درآمد، LIHEAA) مبلغی دریافت کرده‌ام.
مبلغ: _____
 برنده شدن در قرعه‌کشی یا قمار به مبلغ بیش از 4,500 دلار یا بیشتر (مبلغ دلار قبل از احتساب مالیات): _____ دلار؛
چه کسی: _____ ؛ تاریخ دریافت: _____

تغییرات دیگر (شرح دهید)

اخطار مجازات مساعدت غذایی

ما به‌وسیله نهادهای دیگر بررسی می‌کنیم که اطلاعات شما صحیح باشد. اگر هرگونه اطلاعاتی نادرست باشد، افراد متقاضی ممکن است مساعدت غذایی دریافت نکنند.

هر عضوی که عامدانه از هر کدام از قوانین تخطی کند:

- طبق سایر قوانین جاری فدرال و ایالتی، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد
- برای یک سال تا حداکثر به‌طور دائم از SNAP رد صلاحیت می‌شود
- حداکثر تا 250,000 دلار جریمه می‌شود
- تا حداکثر 20 سال جریمه می‌شود؛ یا
- در صورت حکم دادگاه، 18 ماه دیگر از SNAP رد صلاحیت می‌شود.

اگر دادگاه شما را گناهکار تشخیص دهد به موجب:

دریافت مزایا در نقل و انتقالی که شامل باشد:

شما ممکن است:

- فروش یک ماده مخدر تحت کنترل به مدت دو سال یا به‌طور دائم رد صلاحیت شوید.
- فروش سلاح گرم، مهمات، یا مواد منفجره به‌طور دائم رد صلاحیت شوید.
- خرید و فروش غیر قانونی مزایای دریافتی روی هم رفته به مبلغ بیش از 500 دلار به‌طور دائم رد صلاحیت شوید.
- فریب اقامتی یا هویتی رد صلاحیت به مدت 10 سال

ثبت نام رأی دهنده

این اداره، voter registration services (خدمات ثبت نام رأی دهنده) را مطابق فرمان National Voter Registration Act 1993 (قانون ملی ثبت نام رأی دهنده) ارائه می دهد. درخواست ثبت نام یا عدم ثبت نام برای رأی دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که ممکن است از این نهاد دریافت کنید تأثیری نخواهد گذاشت. اگر برای پر کردن فرم ثبت نام رأی دهنده به کمک نیاز دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم درخواست یا پذیرش کمک با شما است. شما می توانید فرم ثبت نام رأی دهنده را به صورت خصوصی پر کنید. اگر بر این باور هستید که فردی در حق شما برای ثبت نام یا عدم ثبت نام رأی دهی، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم گیری برای ثبت نام یا در درخواست ثبت نام برای رأی دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، شما می توانید شکایتی در این زمینه به نشانی زیر مطرح کنید: اداره انتخابات ایالتی Washington، PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

آیا تمایل دارید برای رأی دهی یا به روز رسانی ثبت نام رأی دهی خود اقدام کنید؟ بله خیر

چنانچه هر یک از کادرها را تیک نکنید، این طور برداشت می شود که شما تصمیم گرفته اید در این زمان برای رأی دهی ثبت نام نکنید.

اظهارنامه و امضا

من با اطلاع کامل از مجازات ناشی از شهادت کذب اظهار می دارم که اطلاعاتی که ارائه می دهم صحیح و کامل است. آگاه هستم که اگر اطلاعات نادرست، گمراه کننده یا ناکامل بدهم، ممکن است مطابق قانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331) مجازات شوم. می دانم که اطلاعاتی که ارائه می دهم باید تأیید شود و با ارائه تأییدیه موافقت می کنم. اگر نتوانم اثبات مورد نیاز را ارائه دهم، به DSHS اجازه می دهم از جانب من با اشخاص یا نهادهای دیگر برای دریافت اثبات تماس بگیرد. امضای من در این فرم به منزله این است که من تمام تغییراتی که باید گزارش داده شود را گزارش داده ام.

امضا	تاریخ	شماره تلفن
امضای عضو بزرگسال خانوار یا نماینده دیگر	تاریخ	شماره تلفن