

Сообщение об изменении обстоятельств

ВАШЕ ИМЯ

ИДЕНТИФИКАТОР КЛИЕНТА ИЛИ
SOCIAL SECURITY NUMBER
(НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ)

Внимательно прочтите все разделы. **Отметьте все пункты, которые применимы к вашему домохозяйству.** Подпишите, поставьте дату и возвратите эту форму в местный офис. Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужен конверт с оплаченной пересылкой для возврата этой формы по почте, обратитесь в местный офис.

Ваши обязанности: Если ваше домохозяйство получает денежные средства, базовое питание или медицинскую помощь, вы должны сообщать об изменениях, указанных в WAC 388-418-0005, 182-504-0105 и 182-504-0110, в зависимости от получаемых вами льгот. В рамках программ получения денежной и food assistance programs (продовольственной помощи) вы должны сообщать нам о таких изменениях до 10-го числа месяца, следующего за датой, когда имели место изменения. Для получения медицинской помощи вы должны сообщать о них в течение 30 дней с момента, когда изменение имело место. Если вы сообщите нам об изменении, о котором вам не обязательно сообщать, мы обязаны рассмотреть, как это изменение повлияет на ваши льготы. Это может привести к уменьшению льгот или прекращению их действия. В отношении базового питания, если вы добровольно сообщаете о переезде на новое место жительства, вы также должны сообщить о своих новых расходах на жилье в Разделе 2, даже если вам еще не выставили соответствующие счета. Если вы не сообщите нам стоимость проживания на новом месте пребывания, мы применим ставку \$0. Это может привести к тому, что вы будете получать меньше льгот.

1. Мой адрес изменился.

Я переехал. Дата переезда: _____ У меня изменился почтовый адрес. Я бездомный.

Мой новый адрес проживания:
НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

Мой новый почтовый адрес (если отличается):
НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

2. Мои расходы на жилье изменились.

По базовому питанию сообщайте об изменениях **только в том случае, если** имел место рост расходов или если вы переезжаете на новое место жительства. Сообщайте о любых других изменениях расходов на проживание при **следующей промежуточной сертификации или проверке вашего соответствия требованиям.** Отметьте все подходящие варианты.

Я арендую жилье.

Я покупаю.

У меня льготное жилье.

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА
АРЕНДЫ
\$

ВАША ДОЛЯ, ЕСЛИ
ОТЛИЧАЕТСЯ
\$

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА
ИПОТЕКИ
\$

РАЗМЕР ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ОПЛАТЫ
(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ВАШУ ДОЛЮ)
\$

Я плачу отдельно за (отметьте все, что применимо):

Расходы на
отопление/охлаждение
Я плачу: \$ _____
в месяц.

Телефон
Я плачу: \$ _____
в месяц.

Страхование жилья
Я плачу: \$ _____
в месяц.

Налоги на
недвижимость
Я плачу: \$ _____
в месяц.

3. В мой дом въехали или выехали из него. Отметьте все, что применимо, и укажите дату

В мой дом ВЪЕХАЛИ. Дата: _____
Перечислите всех, кто въехал (включая
новорожденных):

ФИО	ПОЛ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ МНЕ	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ)

Я покупаю и готовлю еду вместе со своими
соседями по комнате (отметьте все
применимое):

Да Нет

Я хочу включить другого человека в:

Денежные средства Базовое питание
 Уход за детьми Медицинская помощь

Если применимо, то кого? Укажите имена:

<input type="checkbox"/> Из моего дома ВЫЕХАЛИ . Дата: _____ Перечислите всех, кто выехал:		Я ожидаю, что этот человек (эти люди) вернутся в мое жилье (отметьте, что применимо): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Я хочу включить другого человека в: <input type="checkbox"/> Денежные средства <input type="checkbox"/> Базовое питание <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Медицинская помощь Если применимо, то кого? Укажите имена:
ФИО	КЕМ ПРИХОДИТСЯ МНЕ	
4. <input type="checkbox"/> Ресурсы моего домохозяйства изменились. Я или кто-то из членов моей семьи получил		
<input type="checkbox"/> Банковский счет (отметьте все, что применимо): <input type="checkbox"/> Чек <input type="checkbox"/> Сбережения <input type="checkbox"/> Деп. сертификат (CD) <input type="checkbox"/> Кредитный рынок Сумма на счету: \$ _____ Дата открытия счета: _____ <input type="checkbox"/> Автомобиль: Год: _____ Марка: _____ Модель: _____ Дата получения: _____ <input type="checkbox"/> Возврат налога: \$ _____ Дата получения: _____ Сколько составил Earned Income Tax Credit (налоговый зачет за заработанный доход, EITC): \$ _____ <input type="checkbox"/> Единая сумма (включает льготы, имеющие обратную силу, выплаты или наследство): _____ <input type="checkbox"/> Другие ресурсы (перечислите): _____ Дата получения: _____		
5. <input type="checkbox"/> Доход моего домохозяйства изменился. Примеры дохода включают заработок или заработную плату, полученную на должности по найму или в рамках самостоятельной занятости, пособия по безработице, социальное обеспечение, SSI, Labor and Industries (выплаты от министерства труда и промышленности, L&I), выплаты на детей, veterans benefits (пособия ветеранам, VA), подарки или займы. Отметьте все подходящие варианты.		
<input type="checkbox"/> Доход или работа <u>НАЧАЛО</u> . Дата начала получения дохода: _____ Кто начал получать доход: _____ Валовая сумма (до налогов): \$ _____ в <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> Полная занятость <input type="checkbox"/> Неполная занятость Вид дохода: _____ Наименование работодателя (если применимо): _____ Дата(ы), когда человек получает доход (т. е. 1 и 15 числа каждого месяца или каждую пятницу): _____		
<input type="checkbox"/> Доход или работа <u>ЗАВЕРШЕНИЕ</u> . Дата прекращения получения дохода: _____ Кто прекратил получать доход: _____ Причина, по которой прекратился доход: _____		
<input type="checkbox"/> Доход или работа <u>УВЕЛИЧЕНИЕ</u> . Дата увеличения дохода: _____ У кого увеличился доход _____ Валовая сумма (сумма в долларах до уплаты налогов) \$__ в <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> месяц Вид дохода: _____ Наименование работодателя (если применимо): _____ Если вы работаете, стало ли это результатом перехода с частичной занятости на полную занятость ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
<input type="checkbox"/> Доход или работа <u>УМЕНЬШЕНИЕ</u> . Дата начала уменьшения: _____ У кого снизился доход: _____ Валовая сумма (сумма в долларах до уплаты налогов): \$ _____ в <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> месяц Вид дохода: _____ Наименование работодателя (если применимо): _____		

6. В моем домохозяйстве произошли и другие изменения. Отметьте все подходящие варианты. Неподтвержденные изменения в вычетах, которые могут привести к увеличению пособий, не будут обновлены до следующего рассмотрения, пока мы не получим подтверждения изменений.

- Мои расходы по уходу (присмотру) за детьми изменились с: \$ _____ / в месяц до \$ _____ / в месяц.
- Беременность наступила у: _____; Ожидаемый срок родов: _____.
- Беременность завершилась у: _____; Дата окончания беременности: _____.
- Размер алиментов изменился с: \$ _____ / в месяц на \$ _____ / в месяц.
Кто оплачивает: _____
- Медицинские расходы увеличились с: \$ _____ / в месяц до \$ _____ / в месяц.
Кто оплачивает: _____
- Семейное положение изменилось на: _____ Женат Разведен
- Проживаю отдельно Вдова/вдовец
- Частное медицинское страхование закончилось для: _____; Дата окончания покрытия: _____
- Частное медицинское страхование открыто для: _____; Дата начала покрытия: _____
Укажите название страховой компании и номер телефона, если действие страхового полиса завершилось или началось:
- За последние 12 месяцев я получил выплату по Low Income Home Energy Assistance Act (Закону о помощи малообеспеченным семьям в части энергоснабжения, LIHEAP).
Сумма: _____
- Выигреш в лотерею или азартные игры в размере \$4,500 или более (сумма в долларах до уплаты налогов): \$ _____;
Кто получил: _____; Дата получения: _____

ПРОЧИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (ОПИШИТЕ)

Предупреждение о штрафах за продовольственную помощь

Мы сверяем правильность вашей информации в других агентствах. Если какая-либо информация неверна, подавшие заявление лица могут не получить продовольственную помощь.

Любой участник, который намеренно нарушает любое из правил, может:

- подвергнуться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата;
- быть дисквалифицирован из программы SNAP на срок от одного года до постоянной;
- быть подвергнут штрафу в размере до \$250,000;
- быть лишен свободы на срок до 20 лет; или
- быть дисквалифицирован из программы SNAP еще на 18 месяцев по решению суда.

Если суд признает вас виновным в:

<u>Получении выгоды в сделке, включающей:</u>	<u>Вы можете быть:</u>
• Продажу контролируемых веществ	лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.
• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ	навсегда лишены права на получение.
• Получение выгоды от торговли людьми..... на общую сумму более \$500	навсегда лишены права на получение.
• Мошенничество с местом жительства..... или личными данными	лишены права на получение на 10 лет.

Регистрация избирателей

Department offers voter registration services (Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей) в соответствии с требованиями National Voter Registration Act of 1993 (Национального закона о регистрации избирателей 1993 г.). **Поддача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для голосования не повлияет на услуги или размер льгот, которые вам может предоставить это ведомство.** Если Вам нужна помощь в заполнении регистрационной формы избирателя, мы поможем с этим. Решение обратиться за помощью или согласиться на нее принимаете только Вы. Вы можете заполнить регистрационную форму избирателя лично. Если Вы считаете, что Ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации, право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации для участия в голосовании или право на выбор собственной политической партии или других политических предпочтений кто-то нарушил, можете подать жалобу в: Офис по делам выборов штата Washington по адресу PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Хотите зарегистрироваться для голосования или обновить свои данные избирателя?

Да Нет

Если вы не отметите ни один из пунктов, будет считаться, что вы решили не регистрироваться для голосования в данный момент.

Заявление и подпись

Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что предоставленная мной информация является правильной и полной, насколько это мне известно. Я понимаю, что если я предоставлю ложную, вводящую в заблуждение или неполную информацию, я могу быть оштрафован по закону (RCW 74.08.055 и RCW 74.08.331). Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке, и согласен предоставить необходимые подтверждения. Если я не смогу предоставить необходимые доказательства, я даю разрешение DSHS связаться с другими лицами или учреждениями, чтобы получить доказательства от моего имени. Моя подпись на этой форме означает, что я сообщил обо всех изменениях, о которых обязан сообщить.

ПОДПИСЬ

ДАТА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОДПИСЬ ИНОГО ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ДОМОХОЗЯЙСТВА

ДАТА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА