

Зміна обставин Change of Circumstances

ВАШЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР
КЛІЄНТА АБО НОМЕР У СИСТЕМІ
СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Уважно прочитайте всі розділи. **Відмітьте всі пункти, які стосуються вашого домогосподарства.** Підпишіть, поставте дату та поверніть цю форму до місцевого офісу. Якщо у Вас виникли запитання або якщо Вам потрібен поштовий конверт для відправлення цієї форми поштою, зверніться до місцевого офісу.

Ваші зобов'язання: Якщо ваше домогосподарство отримує грошову допомогу, базові продукти харчування або допомогу з медичним обслуговуванням, ви маєте повідомляти про зміни у вашій ситуації у відповідності до WAC 388-418-0005, 182-504-0105 та 182-504-0110 у контексті пільг, які ви отримуєте. Якщо ви берете участь у програмах грошової та продовольчої допомоги, ви маєте повідомити про ці зміни до 10 числа місяця, що йде за місяцем, у якому відбулися зміни. Якщо ви отримуєте допомогу з медичним обслуговуванням, ви маєте повідомити про зміни протягом 30 днів з моменту змін. Якщо ви повідомите нам про зміни, про які ви не зобов'язані повідомляти, ми все одно маємо розглянути можливий вплив цих змін на ваші пільги. Результатом такого розгляду може бути зменшення обсягу пільг або припинення надання вам пільг. Якщо ви добровільно повідомляєте про зміну місця проживання, у Розділі 2 ви маєте так само повідомити про нові витрати на житло, навіть якщо відповідних рахунків вам ще не було виставлено. Якщо ви не надасте нам інформацію про нові витрати на житло, ми врахуємо їх як ті, що дорівнюють \$0. Таким чином розмір пільгових виплат, що ви їх отримуєте, може бути знижено.

1. Моя адреса мешкання змінилася.

Я переїхав(-ла). Дата переїзду: _____ Моя поштова адреса змінилася. Я – безпритульна особа.

Моя нова адреса мешкання: НОМЕР КВАРТИРИ (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО) _____ МІСТО _____ ШТАТ _____ ПОШТОВИЙ КОД _____	Моя нова поштова адреса (якщо відрізняється від адреси мешкання): НОМЕР КВАРТИРИ (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО) _____ МІСТО _____ ШТАТ _____ ПОШТОВИЙ КОД _____
---	---

2. Мої витрати на житло змінилися.

Для учасників програми отримання основних продуктів харчування — звітуйте **лише** у разі збільшення витрат або в разі переїзду на нове місце мешкання. Повідомляйте про будь-які інші зміни витрат на житло під час **наступної проміжної атестації або під час перевірки відповідності критеріям**. Відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації.

<input type="checkbox"/> Я знімаю житло.	<input type="checkbox"/> Я купую житло.	<input type="checkbox"/> Я мешкаю в субсидованому житлі.
ЩОМІСЯЧНА СУМА ОРЕНДИ \$ _____	ВАША ДОЛЯ, ЯКЩО ВИ СПЛАЧУЄТЕ НЕ ВСЮ СУМУ ОРЕНДИ \$ _____	ЩОМІСЯЧНА СУМА ІПОТЕКИ \$ _____
СУМА ЩОМІСЯЧНОЇ ВИПЛАТИ (ЗАЗНАЧТЕ ЛИШЕ ВАШУ ДОЛЮ) \$ _____		

Я сплачую окремо за (відмітити все, що вас стосується):

<input type="checkbox"/> Опалення/охолодження Я сплачую: \$ _____ щомісяця.	<input type="checkbox"/> Телефон Я сплачую: \$ _____ щомісяця.	<input type="checkbox"/> Страхування житла Я сплачую: \$ _____ щомісяця.	<input type="checkbox"/> Податки на власність Я сплачую: \$ _____ щомісяця.
---	--	--	---

3. Хтось переїхав у мій дім або виїхав із нього. Відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації, і зазначте дату в'їзду/виїзду.

<input type="checkbox"/> Хтось переїхав <u>у</u> мій дім. Дата: _____ Перерахуйте всіх осіб, які переїхали (включаючи новонароджених):				Я купую продукти харчування та готую їжу сумісно з сусідами по кімнаті (відмітьте відповідне поле): <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ПОВНЕ ІМ'Я (ПОВНІ ІМЕНА)	СТАТЬ	ВІДНОШЕННЯ ДО МЕНЕ	НОМЕР У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	Я бажаю включити додаткових осіб до своєї програми: <input type="checkbox"/> Грошової допомоги <input type="checkbox"/> Основні продукти харчування <input type="checkbox"/> Догляд за дітьми <input type="checkbox"/> Допомога з медичним обслуговуванням Якщо так, кого? Наведіть перелік імен.

Хтось переїхав з мого дому. Дата: _____
Перерахуйте всіх осіб, які переїхали/вибули:

ПОВНЕ ІМ'Я (ПОВНІ ІМЕНА)	ВІДНОШЕННЯ ДО МЕНЕ	Я очікую, що ця особа (ці особи) повернуться(-ться) до мене (позначте відповідне поле): <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, хто? Наведіть перелік імен: Коли Ви очікуєте повернення особи (осіб)?

4. Є зміни на рівні ресурсів, доступних моєму домогосподарству. Я або інші члени моєї сім'ї мають (відмітьте усі застосовні пункти):

Банківський рахунок (відмітьте все, що підходить): Поточний Ощадний Рахунок депозитного сертифіката
 Депозитний рахунок грошового ринка
Сума на рахунку: \$ _____ Дата відкриття рахунку: _____

Автомобіль: Рік _____ Марка: _____ Модель: _____ Дата отримання: _____

Повернення з податків: \$ _____ Дата отримання: _____
Яку суму становив кредит на податок на доходи фізичних осіб (ЕІТС): _____

Одноразова виплата (зокрема ретроактивна, розрахункова або така, що стосується спадщини): _____
Дата отримання: _____

Інші ресурси (наведіть перелік): _____

5. **Дохід мого домогосподарства змінився. Доходом, зокрема, є заробіток або заробітна плата за роботу або діяльність самозайнятої особи, допомога безробітним, соціальні виплати, виплати у рамках програми Додаткового соціального доходу (SSI), виплати Міністерства праці та промисловості (L&I), аліменти на дитину, пільги для ветеранів (VA), подарунки або позики. Відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації.**

Дата ПОЧАТКУ отримання доходу або роботи. Дата початку отримання доходу: _____
 Хто почав отримувати дохід: _____
 Сума до відрахування податків: \$ _____ за годину місяць Повна зайнятість
 Часткова зайнятість
 Тип доходу: _____ Ім'я та прізвище роботодавця (якщо застосовно): _____
 Дата(-и)/дні отримання особою доходу (наприклад, 1-го і 15-го числа кожного місяця або щоп'ятниці): _____

Дата ЗАКІНЧЕННЯ отримання доходу або роботи. Дата закінчення отримання доходу: _____
 Хто припинив отримувати дохід: _____
 Причина припинення отримання доходу: _____

ПІДВИЩЕННЯ доходу або активізація зайнятості. Дата підвищення доходу: _____
 Хто почав отримувати дохід: _____
 Сума до відрахування податків (сума в доларах до відрахування податків) \$ _____ за годину місяць
 Тип доходу: _____ Ім'я та прізвище роботодавця (якщо застосовно): _____
 Для осіб, які працюють: чи є це результатом переходу з **неповної** зайнятості на **повну**? Так Ні

ЗНИЖЕННЯ доходу або уповільнення зайнятості. Дата початку зниження/уповільнення: _____
 Хто почав отримувати дохід: _____
 Сума до відрахування податків (сума в доларах до відрахування податків) \$ _____ за годину місяць
 Тип доходу: _____ Ім'я та прізвище роботодавця (якщо застосовно): _____

6. **Інші зміни на рівні мого домогосподарства. Відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації.**

Мої витрати на догляд за дитиною (послуги няні) змінилися з: \$ _____ /місяць до \$ _____ /місяць.
 Початок вагітності для: _____; Очікувана дата пологів: _____.
 Закінчення вагітності для: _____; Дата закінчення вагітності: _____.
 Аліменти на дитину змінилися з: \$ _____ /місяць до \$ _____ /місяць.
 Хто платить: _____

Витрати на медичне обслуговування змінилися з: \$ _____ /місяць до \$ _____ /місяць.
 Хто платить: _____

Сімейний стан змінився для: _____ Одружений(на) Розлучений(на) Мешкає окремо
 Удовець чи вдова
 Дія приватного медичного страхування закінчилася для: _____; Дата закінчення дії медичного страхування: _____
 Дія приватного медичного страхування почалася для: _____; Дата початку дії медичного страхування: _____

Для страхового покриття, дія якого закінчилася або почалася, вкажіть назву та номер телефону страхової компанії:
 Протягом останніх 12 місяців я отримував(-ла) допомогу відповідно до Закону про сприяння в оплаті енергоносіїв малозабезпеченим особам (LIFEAA). Сума: _____
 Виграш в лотерею або азартні ігри в розмірі від \$4 250 (сума до відрахування податків): \$ _____;
 Хто виграв: _____; Дата отримання: _____

ІНШІ ЗМІНИ (ОПИШІТЬ)

7. **Я хочу припинити участь у програмах пільг:** **Грошова допомога** **Основні продукти харчування**
 Допомога з медичним обслуговуванням **Догляд за дітьми**

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Департамент пропонує послуги з реєстрації осіб, які мають право голосу, відповідно до вимог національного акту реєстрації осіб, які мають право голосу, 1993 року. **Якщо ви подасте заявку на реєстрацію або відмову від реєстрації на участь у голосуванні, це не вплине на послуги або розмір пільг, які вам може надати ця агенція.** Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Реєстрація осіб, які мають право голосу. Ви можете заповнити форму реєстрації особи, яка голосує, приватно. Якщо ви вважаєте, що хтось втручається у ваше право на реєстрацію, або відмову від реєстрації для голосування, ваше право на приватність у прийнятті рішення щодо реєстрації або подання заявки на реєстрацію для голосування, або ваше право на вибір вашої власної політичної партії чи інші політичні уподобання, ви можете заповнити скаргу за адресою: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Чи бажаєте ви зареєструватися для голосування або поновити вашу реєстрацію для голосування? Так Ні
Якщо ви не відзначили жодного пункту, буде вважатися, що ви вирішили цього разу не реєструватися для голосування.

Заява та підпис

Під страхом покарання за неправдиві свідчення я заявляю, що інформація, яку я надаю, є, наскільки мені відомо, правдивою і повною. Я розумію, що якщо я надам неправдиву, оманливу або неповну інформацію, я можу бути покараний(-а) за законом (RCW 74.08.055 та RCW 74.08.331). Я розумію, що надана мною інформація підлягає перевірці та даю згоду на її проведення. Якщо я не можу надати необхідні підтверджувальні дані, я уповноважую Департамент DSHS звернутися до інших осіб або установ для отримання відповідних підтверджень від мого імені. Мій підпис на цій формі означає, що я повідомив(-ла) про всі зміни, про які я маю повідомити.

ПІДПИС	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ПІДПИС ІНШОГО ПОВНОЛІТНЬОГО ЧЛЕНА ДОМОГОСПОДАРСТВА АБО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ