

Thay Đổi Hoàn Cảnh

TÊN CỦA QUÝ VỊ

ID KHÁCH HÀNG HOẶC
SOCIAL SECURITY NUMBER
(SỐ AN SINH XÃ HỘI)

Vui lòng đọc thật cẩn thận tất cả các phần. **Đánh dấu tất cả các ô phù hợp với hộ gia đình của quý vị.** Ký tên, ghi ngày tháng và gửi lại mẫu này cho văn phòng địa phương của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hoặc cần phong bì đã được thanh toán bưu phí để gửi lại biểu mẫu này qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với văn phòng địa phương của mình.

Trách nhiệm của quý vị: Nếu hộ gia đình của quý vị được nhận tiền mặt, Thực Phẩm Cơ Bản, hoặc hỗ trợ y tế, quý vị phải báo cáo những thay đổi như được mô tả tại WAC 388-418-0005, 182-504-0105 và 182-504-0110 dựa trên hỗ trợ mà quý vị nhận được. Đối với tiền mặt và food assistance programs (chương trình hỗ trợ thực phẩm), quý vị phải cho chúng tôi biết những thay đổi này trong vòng 10 ngày đầu của tháng sau ngày diễn ra thay đổi. Đối với hỗ trợ y tế, trong vòng 30 ngày kể từ ngày diễn ra thay đổi quý vị phải cho chúng tôi được biết. Nếu quý vị trình bày về một thay đổi mà không cần phải thông báo cho chúng tôi, chúng tôi phải xem thay đổi đó ảnh hưởng như thế nào đến quyền lợi của quý vị. Điều này có thể dẫn đến trợ cấp ít hơn, hoặc có thể chấm dứt trợ cấp của quý vị. Đối với Thực Phẩm Cơ Bản, nếu quý vị tự nguyện báo cáo việc chuyển đến nơi ở mới, quý vị cũng phải báo cáo chi phí nơi ở mới của mình trong Phần 2, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán chi phí này. Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi chi phí về nơi ở mới của mình, chúng tôi sẽ sử dụng \$0. Điều này có thể khiến quý vị nhận được ít hỗ trợ hơn.

1. Địa chỉ của tôi đã thay đổi.

Tôi đã chuyển đi Ngày chuyển: _____ Địa chỉ nhận thư của tôi đã thay đổi. Tôi là người vô gia cư.

Địa chỉ cư trú mới của tôi là:			Địa chỉ gửi thư mới của tôi (nếu khác) là:		
SỐ CĂN HỘ (NẾU CÓ)			SỐ CĂN HỘ (NẾU CÓ)		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP

2. Chi phí về nơi ở của tôi đã thay đổi.

Đối với Thực Phẩm Cơ Bản, **chỉ báo cáo nếu** chi phí về nơi ở tăng hoặc quý vị chuyển đến nơi ở mới. Báo cáo bất kỳ thay đổi nào khác về chi phí nơi ở trong **lần đánh giá chứng nhận giữa kỳ hoặc khả năng hội đủ điều kiện tiếp theo của quý vị.** Đánh dấu tất cả các mục phù hợp.

<input type="checkbox"/> Tôi đang thuê nhà.	<input type="checkbox"/> Tôi đang mua nhà.	<input type="checkbox"/> Tôi đang được hưởng trợ cấp nhà ở.	
KHOẢN TIỀN THUẾ MỖI THÁNG \$	PHẦN GÓP CỦA QUÝ VỊ, NẾU KHÁC \$	KHOẢN TIỀN THẾ CHẤP MỖI THÁNG \$	KHOẢN TIỀN THANH TOÁN MỖI THÁNG (CHỈ LIỆT KÊ KHOẢN QUÝ VỊ GÓP) \$

Tôi thanh toán riêng cho (đánh dấu tất cả các mục phù hợp):

<input type="checkbox"/> Chi phí sưởi ấm / làm mát	<input type="checkbox"/> Điện thoại	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm nhà ở	<input type="checkbox"/> Thuế bất động sản
Tôi thanh toán: \$ _____ mỗi tháng.	Tôi thanh toán: \$ _____ mỗi tháng.	Tôi thanh toán: \$ _____ mỗi tháng.	Tôi thanh toán: \$ _____ mỗi tháng.

3. Có người chuyển đến hoặc dọn đi khỏi nhà của tôi. Chọn tất cả các mục phù hợp và xác định ngày chuyển đi.

<input type="checkbox"/> Có người chuyển ĐẾN nhà của tôi. Ngày: _____ Liệt kê tất cả những người chuyển vào (bao gồm trẻ sơ sinh):				Tôi mua và chuẩn bị bữa ăn với bạn cùng phòng của mình (chọn ô phù hợp): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tôi muốn tính thêm ai đó trong: <input type="checkbox"/> Tiền mặt <input type="checkbox"/> Thực Phẩm Cơ Bản <input type="checkbox"/> Chăm sóc trẻ em <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Y Tế Nếu có, đó là ai? Liệt kê tên:
(CÁC) TÊN:	GIỚI TÍNH	MỐI QUAN HỆ VỚI TÔI	SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)	
<input type="checkbox"/> Có người DỌN RA khỏi nhà của tôi. Ngày: _____ Liệt kê tất cả những người chuyển ra khỏi nhà:				Tôi hy vọng (những) người đó sẽ chuyển về ở với tôi (đánh dấu vào ô thích hợp): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tôi muốn tính thêm ai đó trong: <input type="checkbox"/> Tiền mặt <input type="checkbox"/> Thực Phẩm Cơ Bản <input type="checkbox"/> Chăm sóc trẻ em <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Y Tế Nếu có, đó là ai? Liệt kê tên:
(CÁC) TÊN:		MỐI QUAN HỆ VỚI TÔI		

4. Nguồn lực của hộ gia đình tôi đã thay đổi. Tôi hoặc ai đó trong gia đình có (đánh dấu tất cả những ô thích hợp):

Một tài khoản ngân hàng (đánh dấu tất cả các mục áp dụng): Séc Tiết Kiệm Chứng Chỉ Tiền Gửi

Thị Trường Tiền Tệ
Khoản tiền trong tài khoản: \$ _____ Ngày mở tài khoản: _____

Xe: Năm: _____ Nơi sản xuất: _____ Mẫu: _____ Ngày nhận: _____

Hoàn thuế: \$ _____ Ngày nhận: _____
Tín Thuế Thu Nhập Kiểm Được (EITC) là bao nhiêu: \$ _____

Một khoản tiền trọn gói (bao gồm các lợi ích hoàn lại, các khoản thanh toán hoặc thừa kế): _____

Các nguồn thu nhập khác (liệt kê): _____ Ngày nhận: _____

5. Nguồn thu nhập của hộ gia đình tôi đã thay đổi. Ví dụ về thu nhập bao gồm khoản tiền kiểm được hoặc tiền lương từ việc làm hoặc tự doanh, trợ cấp thất nghiệp, An Sinh Xã Hội, SSI, Labor and Industries (Lao Động và Công Nghiệp, L&I), hỗ trợ nuôi con, veterans benefits (trợ cấp cựu chiến binh, VA), quà tặng hoặc khoản vay. Đánh dấu tất cả các mục phù hợp.

BẮT ĐẦU có Thu Nhập hoặc Việc Làm. Ngày bắt đầu thu nhập: _____
Thu nhập của ai bắt đầu: _____
Tổng số tiền (trước thuế): \$ _____ theo giờ tháng Toàn thời gian Bán thời gian
Loại thu nhập: _____ Tên chủ lao động (nếu có): _____
(Những) ngày người đó nhận được thu nhập (tức là ngày 1 và ngày 15 hàng tháng hoặc mỗi Thứ Sáu): _____

Thu Nhập hoặc Việc Làm KẾT THÚC. Ngày kết thúc thu nhập: _____
Thu nhập của ai kết thúc: _____ Lý do kết thúc thu nhập: _____

Thu Nhập hoặc Công Việc TĂNG LÊN. Ngày tăng thu nhập: _____
Thu nhập của ai bắt đầu: _____ Tổng số tiền (số tiền trước thuế) \$ _____ theo giờ tháng
Loại thu nhập: _____ Tên chủ lao động (nếu có): _____
Nếu đang làm việc, có sự thay đổi từ làm việc **bán thời gian** sang làm việc **toàn thời gian** không?
 Có Không

GIẢM Thu Nhập hoặc Công Việc. Ngày bắt đầu giảm: _____ Thu nhập của ai bắt đầu: _____
Tổng số tiền (số tiền trước thuế): \$ _____ theo giờ tháng
Loại thu nhập: _____ Tên chủ lao động (nếu có): _____

6. Hộ gia đình của tôi có những thay đổi khác. Đánh dấu tất cả các mục phù hợp. Trừ khi chúng tôi nhận được xác minh, nếu không những thay đổi trong các khoản khấu trừ có thể làm tăng phúc lợi sẽ không được cập nhật cho đến lần xem xét tiếp theo của quý vị.

Chi phí chăm sóc trẻ (giữ trẻ) của tôi đã thay đổi từ: \$ _____ / tháng đến \$ _____ / tháng.

Bắt đầu mang thai: _____; Ngày sinh dự kiến: _____.

Thai kỳ kết thúc vì: _____; Ngày thai kỳ kết thúc: _____.

Các khoản thanh toán hỗ trợ nuôi con đã thay đổi từ: \$ _____ / tháng đến \$ _____ / tháng.
Người thanh toán: _____

Chi phí y tế tăng từ: \$ _____ / tháng đến \$ _____ / tháng.
Người thanh toán: _____

Tình trạng hôn nhân thay đổi do: _____ Đã kết hôn Đã ly hôn Ly Thân Góa

Bảo hiểm y tế tư nhân kết thúc do: _____; Ngày chấm dứt bảo hiểm: _____

Bảo hiểm y tế tư nhân bắt đầu do: _____; Ngày bắt đầu bảo hiểm: _____
Liệt kê tên và số điện thoại của công ty bảo hiểm nếu bảo hiểm kết thúc hoặc bắt đầu:

Tôi đã nhận được khoản thanh toán theo Low Income Home Energy Assistance Act (Đạo Luật Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Thu Nhập Thấp, LIHEAA) trong 12 tháng qua. Số Tiền: _____

Tiền trúng xổ số hoặc đánh bạc từ \$4,500 trở lên (số tiền trước thuế): \$ _____;
Ai: _____; Ngày nhận: _____

NHỮNG THAY ĐỔI KHÁC (MÔ TẢ)

Cảnh Báo về Hình Phạt Hỗ Trợ Thực Phẩm

Chúng tôi kiểm tra với các cơ quan khác xem thông tin của quý vị có chính xác không. Nếu có bất kỳ thông tin nào không đúng, người nộp đơn sẽ không được nhận Hỗ Trợ Thực Phẩm. Bất kỳ thành viên nào cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc nào có thể:

- Bị truy tố theo các luật liên bang và tiểu bang hiện hành khác
- Bị loại trừ khỏi SNAP từ một năm đến vĩnh viễn
- Bị phạt đến \$250,000
- Bị phạt tù tới 20 năm; hoặc
- Bị loại trừ khỏi SNAP thêm 18 tháng nếu có lệnh của tòa án.

Nếu tòa án tuyên bố quý vị phạm tội:

Nhận được trợ cấp trong một giao dịch liên quan đến: **Quý vị có thể:**

- **Buôn bán chất kích thích bị kiểm soát** **Bị loại trừ hai năm đến vĩnh viễn.**
- **Buôn bán súng, đạn dược hoặc chất nổ** **Bị loại vĩnh viễn.**
- **Thu lợi từ việc buôn lậu từ hơn \$500 cộng lại** **Bị tước quyền vĩnh viễn.**
- **Gian lận cư trú hoặc danh tính** **Bị loại trong 10 năm**

Đăng Ký Cử Tri

Sở cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri theo yêu cầu của National Voter Registration Act of 1993 (Đạo Luật Đăng Ký Cử Tri Quốc Gia Năm 1993). **Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc khoản tiền trợ cấp mà cơ quan này có thể cung cấp cho quý vị.** Nếu quý vị muốn được trợ giúp điền mẫu đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị. Việc quyết định tìm kiếm hoặc tiếp nhận hỗ trợ là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đăng ký cử tri một cách riêng tư. Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của mình, quyền riêng tư trong việc quyết định đăng ký hay nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến: Văn Phòng Bầu Cử Tiểu Bang Washington PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật thông tin đăng ký cử tri của mình không?

Có Không

Nếu quý vị không đánh dấu vào một trong hai ô, quý vị sẽ được xem là đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này.

Tuyên Bố và Chữ Ký

Tôi tuyên bố và xin chịu mọi hình phạt nếu khai man, rằng thông tin này là đúng sự thật và đầy đủ theo khả năng hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu cung cấp thông tin sai lệch, gây hiểu nhầm hoặc không đầy đủ, tôi có thể bị phạt theo luật (RCW 74.08.055 và RCW 74.08.331). Tôi hiểu rằng thông tin mình cung cấp phải được xác minh và đồng ý cung cấp thông tin xác minh. Nếu tôi không thể cung cấp bằng chứng cần thiết, tôi ủy quyền cho DSHS liên hệ với những người hoặc cơ quan khác để thay mặt mình lấy bằng chứng. Chữ ký của tôi trên mẫu đơn này đồng nghĩa với việc tôi đã báo cáo tất cả những thay đổi mà mình phải báo cáo.

CHỮ KÝ	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI
CHỮ KÝ CỦA THÀNH VIÊN LÀ NGƯỜI LỚN KHÁC TRONG GIA ĐÌNH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI