بررسی صدور گواهینامه میانی
Mid-Certification Review

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

برای حفظ دریافت مزایا، باید بررسی گواهی میانی را به‌صورت پستی، مراجعه حضوری یا تلفن انجام دهید.

برای Cash (وجه نقدی):	برای Working Family Support (حمایت از خانواده شاغل):	برای Basic Food (مواد غذایی اولیه):
▪ به هر سؤال پاسخ دهید؛ ▪ مدرکی مبنی بر درآمد خود ارائه دهید؛ ▪ مدرکی مبنی بر تمام تغییرات ارائه دهید؛ و ▪ این فرم بررسی را امضا کنید و برگردانید.	▪ نیاز نیست به سؤالات 3، 4، 5 یا 12 پاسخ دهید. ▪ شما باید مدرکی مبنی بر درآمد و ساعت کاری خود ارائه دهید.	▪ نیاز نیست به سؤالات 3، 4، 5 یا 12 پاسخ دهید. ▪ اگر فقط Basic Food دریافت می‌کنید، نیاز نیست مدرکی مبنی بر درآمد خود برای این بررسی ارائه دهید. با این حال، می‌توانید مدرکی مبنی بر کاهش درآمد ارائه دهید تا مشمول افزایش احتمالی در مزایا شوید. ▪ این فرم بررسی را امضا کنید و برگردانید.

1. نام، آدرس فعلی و اطلاعات تماس

نام	نام خانوادگی	شماره شناسایی مشتری (ID)

آدرس خیابان محل سکونت	شهر	ایالت	زیپ کد

آدرس پستی اگر با آدرس محل سکونت فرق دارد	شهر	ایالت	کد پستی

شماره تلفن اصلی	شماره تلفن(های) ثانویه
☐ همراه ☐ منزل ☐ پیام‌رسانی	☐ همراه ☐ منزل ☐ پیام‌رسانی

2. افرادی که به خانه شما وارد شده یا از آن خارج شدند

آیا فردی وارد خانهٔ شما شده یا از آن خارج شده است؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

نام	نسبت با شما	تاریخ ورود	آیا مایلید برای این فرد مزایا دریافت کنید؟	تاریخ خروج
			☐ بله ☐ خیر	
			☐ بله ☐ خیر	

3. بارداری (برای کمک غذایی نیاز نیست)

آیا در شش ماه گذشته فردی احتمال بارداری داشته است؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

نام	تاریخ زایمان مورد انتظار	تاریخ پایان بارداری

4. منابع پول نقد (برای کمک غذایی نیاز نیست)

آیا افراد خانوار شما دارای منابع پول نقد هستند؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

مالک	جاری	پس‌انداز	سهام سرمایه	اوراق قرضه
	$	$	$	$
	$	$	$	$

5. خودرو (برای کمک غذایی نیاز نیست)

آیا در شش ماه گذشته فردی خودرویی خریده است؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

مالک	برند خودرو (به عنوان مثال: فورد، داج)	مدل (به عنوان مثال: FOCUS)، NEON	سال تولید (به عنوان مثال: 1998، 2004)	ارزش فعلی	مبلغ بدهی	آیا خودروی قسطی است؟
						☐ بله ☐ خیر

6. درآمد جدید / درآمدی که متوقف شده است

آیا در شش ماه گذشته درآمد فردی شروع یا متوقف شده است؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

(مثال‌ها: شغل جدید / جبران بیکاری / تأمین اجتماعی / مزایای L&I (کار و صنایع) / نفقه فرزند)

نام فرد دارای درآمد	کارفرما یا دیگر منبع درآمد	آیا درآمد شروع یا متوقف شده است؟	تاریخ شروع درآمد	تاریخ توقف درآمد
		☐ شروع ☐ توقف		

7. برنده شدن در لاتاری یا قمار

آیا در شش ماه گذشته فردی مبلغ $3,500 یا بیشتر در لاتاری یا قمار برنده شده است؟

☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

نام برنده	منبع برنده شدن	مبلغی که برنده شده است (پیش از کسر مالیات)	تاریخ دریافت
		$	

8. درآمدها / درآمد حاصل از خود اشتغالی

نام فرد دارای درآمد	کارفرما و فرد مخاطبی که می‌تواند درآمد شما را تأیید کند	شماره تلفن کارفرما	نرخ پرداخت (مثال‌ها: $10 در ساعت $1,200 در ماه/ $2 به‌ازای هر بوشل)	ساعات کار هفتگی	روزهای همراه با حقوق (مثال‌ها: 10م و 25م/هر جمعه در میان، هر سه‌شنبه/هر روز)
			$ به‌ازای هر		
			$ به‌ازای هر		

اگر شما یا یکی از اعضای خانه‌تان «فرد بالغ دارای سلامت جسمانی بدون فرد تحت تکفل» هستید و کمک غذایی دریافت می‌کنید، آیا ساعات کاری شما به زیر 20 ساعت در هفته رسیده است؟ ☐ بله ☐ خیر

9. نفقه فرزند که قانوناً ملزم به پرداخت آن هستید

آیا در حکم نفقه فرزند فردی تغییری ایجاد شده است؟ ☐ بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) ☐ خیر

فردی که قانوناً ملزم به پرداخت نفقه فرزند است	نام فرزندی که تحت حکم نفقه قرار دارد	مبلغ حکم نفقه فرزند در ماه	مبلغ کمک‌هزینهٔ پرداختی آن‌ها در ماه
		$	$

10. درآمد حاصل از سایر منابع

نام فرد دارای درآمد	منبع درآمد (مثال‌ها: تأمین اجتماعی / نفقه فرزند / مزایای L&I (کار و صنایع) / جبران بیکاری)	هر چند وقت دریافت می‌کنید (مثال‌ها: هفتگی/ماهیانه)	مبلغ دریافتی در هر ماه
			$
			$

11. اجاره / رهن / مالیات و هزینه‌های الزام

مبالغ ماهیانه هزینه‌های زیر را فهرست‌وار ذکر کنید	مبالغ سالانه هزینه‌های زیر را در صورتی فهرست‌وار ذکر کنید که در قرارداد رهن یا اجاره شما ذکر نشده باشد
رهن/اجاره: $ _____ آیا بخشی از رهن/اجاره شما توسط فرد دیگری یا سازمانی پرداخت می‌شود؟ ☐ بله ☐ خیر مبلغی که آن‌ها پرداخت می‌کنند: $ _____ مبلغی که شما پرداخت می‌کنید: $ _____ اجاره فضا: $ _____ هزینه‌های ضروری اجاره: $ _____	مالیات‌های ملک: $ _____ بیمه مالکین خانه: $ _____ هزینه انجمن/آپارتمان: $ _____

12. هزینه‌های خدمات شهری

خانواده شما کدام هزینه‌های خدمات شهری را جدا از اجاره یا رهن می‌پردازد؟

☐ گرمایش (برق/گاز) ☐ برق (بدون گرمایش) ☐ آب ☐ تلفن منزل / تلفن همراه ☐ فاضلاب

☐ جمع‌آوری زباله

☐ اینجانب مبلغ پرداختی «قانون مساعدت انرژی خانگی افراد کم‌درآمد (LIHEAA)» را در 12 ماه گذشته دریافت کرده‌ام.

13. ثبت نام رای دهندگان

این وزارت بر اساس قانون ثبت نام رای دهندگان ملی سال 1993 خدمات ثبت نام رای دهندگان ارائه می دهد. درخواست برای ثبت نام و یا صرف نظر کردن از ثبت نام برای رای دادن خدمات و یا میزان مزایایی که ممکن است از این سازمان دریافت کنید تحت الشعاع قرار نمی دهد. اگر تمایل دارید در پر کردن فرم ثبت نام رای دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم درباره اینکه درخواست کمک کرده و یا آن را قبول کنید با شما است. می توانید فرم ثبت نام رای دهندگان را به صورت خصوصی پر کنید. اگر معتقد هستید که کسی در حق ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام شما برای رأی‌دهی، حق محرمانگی تصمیم‌گیری در رابطه با ثبت‌نام یا درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی یا حق شما برای انتخاب حزب خود یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، می‌توانید شکایتی تنظیم کنید نزد:

Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

آیا مایلید برای رأی دادن ثبت‌نام کنید یا اطلاعات ثبت‌نام رأی‌دهنده خود را به‌روز کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

14. امضا و تاریخ

اینجانب با امضای این فرم اعلام می‌کنم تا آنجا که اطلاع دارم، اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام واقعی، صحیح و کامل است. اطلاع دارم اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام می‌تواند باعث توقف یا کاهش مزایای من شود. اطلاع دارم که دریافت وجه نقد یا مواد غذایی از طریق ارائه عمدی اظهاریه نادرست یا عدم گزارش چیزی که می‌دانم باید گزارش شود، جرم است. متوجه هستم در صورت ارائه اطلاعات نادرستی که از نادرست بودن آن‌ها اطلاع دارم، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. درک می‌کنم که مجازات‌های نقض عمدی قوانین کمک غذایی شامل لغو صلاحیت، جریمه نقدی یا حبس است. درک می‌کنم اگر مدرک تغییر در درآمد خود که باعث افزایش مزایای من در رابطه با کمک غذایی یا کمک نقدی شده است را ارائه ندهم، از این تغییرات در تعیین مزایای من استفاده نخواهد شد.

امضای سرپرست خانواده یا نماینده مجاز	تاریخ