

**समझ का कथन:  
मध्य-प्रमाणन समीक्षा**



**Statement of Understanding: Mid-Certification Review**

नकदी या आहार सहायता प्राप्त करना जारी रखने के लिए, आपको एक मध्य-प्रमाणन समीक्षा मिड-सर्टिफिकेशन रिव्यू) पूरी करनी होगी। अपनी समीक्षा पूरी करने के लिए आपके पास तीन तरीके हैं:

1. फोन पर, 1-877-501-2233 पर कॉल कर के।
2. फॉर्म DSHS 14-467 भर कर उसे
  - 1-888-338-7410 पर हमें फैक्स कर के; या फिर
  - डाक द्वारा हमें इस पते पर भेज कर PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
3. किसी स्थानीय कार्यालय में हमारे साथ अपनी मौजूदा परिस्थिति की समीक्षा कर, इस फॉर्म पर हस्ताक्षर कर के उस पर तिथि डाल कर।

**आपके लिए अपने मिड-सर्टिफिकेशन रिव्यू पर क्या रिपोर्ट करना अनिवार्य है:**

- पते में परिवर्तन और नये पते पर आपकी आश्रय पाने की लागत।
- आपके घर में रहने वालों में परिवर्तन।
- आपके घर की किसी भी स्रोत से प्राप्त आय में परिवर्तन। इसमें कान करने मिलने वाली आय, बेरोज़गारी क्षतिपूर्ति, सोशल सिक्योरिटी, श्रम और उद्योग और चाइल्ड सपोर्ट से होने वाली आय शामिल है।
- उस चाइल्ड सपोर्ट में हुए परिवर्तन जो आप जिसके साथ न रहते हो ऐसे किसी बच्चे के लिए चुकाने के लिए कानूनन बाध्य हैं।
- अगर आपके घर में बच्चे न हों, और एक सशक्त व्यक्ति के कार्य घंटे 20 घंटे प्रति सप्ताह से कम हो जाएं।

**इस फॉर्म को वापस भेजने से पहले इसे ध्यान पूर्वक पढ़ें और उस पर हस्ताक्षर करें:**

- मैं समझता/समझती हूँ कि DSHS के नियमों के तहत यह मिड-सर्टिफिकेशन रिव्यू पूरा करना और WAC 388-418-0005 और WAC 388-418-0011 के अनुसार मेरे परिवार की परिस्थिति में हुए किसी भी परिवर्तन के बारे में DSHS को बताना मेरे लिए अनिवार्य है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि नकद या आहार बेनिफिट्स पाने के लिए मेरा झूठ बोलना एक अपराध है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि अगर मैं DSHS को किसी ऐसी चीज़ के बारे में न बताऊँ जो, मुझे पता हो कि मुझे रिपोर्ट करनी चाहिए, तो यह एक अपराध है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं ऐसी जानकारी प्रदान करूँ जो मुझे पता हो कि गलत है, तो मुझ पर अभियोग लगाया जा सकता है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि आहार सहायता संबंधी नियम तोड़ने के दंड में आहार सहायता प्राप्त करने के लिए अयोग्य ठहराया जाना, जुर्माने या जेल भेजा जाना शामिल हैं।
- मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं ऐसे परिवर्तनों के साक्ष्य प्रदान न करूँ, जिन से मेरे बेनिफिट्स बढ़ सकते हैं, DSHS मेरे बेनेफिट्स निर्धारित करने के लिए इन परिवर्तनों का उपयोग नहीं करेगा।
- मैं समझता/समझती हूँ कि इस रिपोर्ट में मैंने डिपार्टमेंट को जो बताया है वह मेरे बेनिफिट्स को प्रभावित कर सकता है।
- मैं मिथ्या साक्ष्य के दंड के अधीन घोषणा करता/करती हूँ: इस रिपोर्ट में मैंने DSHS को जो जानकारी बताई है, वह मेरे श्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सच्ची और सही है।

हस्ताक्षर	तिथि	मुद्रित नाम	क्लायंट आइडी संख्या
-----------	------	-------------	---------------------

