

RELATÓRIO DE STATUS DE MEIO DO PERÍODO**Para Cash Aid e CalFresh**

NOME DO DESTINATÁRIO:

NÚMERO DE CASO (SE CONHECIDO):

Use este formulário para relatar mudanças obrigatórias ou voluntárias que ocorreram desde a sua última comunicação.

Se você estiver relatando informações sobre renda, forneça comprovação, como recibos de pagamento; cópias de cheques; cartas de agências; etc. Se você estiver com problemas para obter a comprovação e precisar de ajuda, telefone para o município.

Se estiver relatando mudanças nas despesas, forneça comprovação, como: recibos; cheques cancelados; faturas pagas, etc. Se você estiver com problemas para obter a comprovação e precisar de ajuda, telefone para o município.

Se estiver relatando uma mudança de endereço, forneça comprovação de despesas, como: cópia do seu novo contrato de aluguel ou arrendamento; recibo de aluguel do seu novo endereço; cópias de depósitos de serviços públicos (água/luz), etc.

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS

Se você recebe Cash Aid, comunique as informações marcadas com CA. Se você recebe CalFresh, relate as informações marcadas com CF. As seções marcadas com CA/CF são para todas as residências/unidades de assistência.

CA/CF A renda combinada da minha residência é maior que o limite para o tamanho da minha residência. No mês de _____, a renda total combinada para a minha residência foi de \$ _____.

CA Alguém na minha residência está se escondendo ou fugindo da lei para evitar ser processado, levado em custódia ou ir para a prisão por um crime ou tentativa de crime.
Nome da pessoa _____

CA Alguém na minha residência foi julgado por um tribunal como estando em violação de condicional.
Nome da pessoa _____

CA Eu me mudei, troque de número de telefone ou tenho um novo endereço de correspondência.
Novo endereço residencial _____

Novo endereço para correspondência (se diferente do residencial) _____

Novo número de telefone (_____) _____

Eu recebo aluguel gratuito nesse novo endereço. Eu recebo serviços públicos gratuitos nesse novo endereço.

O valor do aluguel é de \$ _____ por mês. Meus serviços públicos são \$ _____ por mês.

Eu compartilho o aluguel; minha parte é de \$ _____. Eu tenho: Aquecimento Refrigeração

Eu me tornei sem-teto.

Água Esgoto

Lixo Telefone

Outro

Veja o outro lado

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS - continuação

CF Preencha esta seção para comunicar redução nas horas de trabalho ou treinamento para Adultos Fisicamente Aptos Sem Dependentes (ABAWDs). (ABAWDs são adultos entre 19 e 50 anos que não são responsáveis por crianças menores de idade.)

O número de horas trabalhadas ou em treinamento caiu para menos de 20 horas por semana ou 80 horas por mês para _____ horas por semana ou _____ horas por mês.

Nome da(s) pessoa(s) _____

Relacionamento com você _____

Explique o que aconteceu _____

Data da mudança _____

INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS (todas as residências/unidades de assistência)

Eu gostaria de relatar as seguintes informações:

CERTIFICAÇÃO

EU ENTENDO QUE: se eu não relatar de propósito todos os fatos ou der informações erradas sobre o meu status de renda, propriedades ou familiares para receber ou continuar recebendo auxílio ou benefícios, posso ser processado(a) legalmente por crime. E posso ser acusado(a) de cometer um crime se mais de \$ 950 em Cash Aid e/ou CalFresh forem pagos de maneira indevida.

Declaro, sob pena de perjúrio perante as leis dos Estados Unidos e do Estado da Califórnia, que os fatos contidos neste relatório são verdadeiros e estão corretos e completos.

QUEM DEVE ASSINAR ABAIXO:

Para Cash Aid: você e seu cônjuge auxiliado, Parceiro Doméstico ou outro progenitor (pai/mãe) (da criança que recebe o Cash Aid), se estiver morando na residência.

Para CalFresh: o chefe do lar, membro da residência ou o representante autorizado da residência.

Assinatura ou marca	Data da assinatura	Telefone residencial	Telefone para contato
Assinatura do cônjuge, parceiro doméstico registrado ou outro progenitor de criança que recebe Cash Aid	Data da assinatura	Assinatura da testemunha da marca, intérprete ou outra pessoa preenchendo o formulário	Data da assinatura