

СЕРЕДНЬОРИЧНИЙ ЗВІТ ПРО СТАН СПРАВ**Для програм CalWORKs і CalFresh**

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ОДЕРЖУВАЧА	НОМЕР СПРАВИ (ЯКЩО ВІДОМО)	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (ДОДАТКОВО)
-----------------------------	----------------------------	--

Використайте цю форму, щоб повідомити про обов'язкові або додаткові зміни, що відбулися з моменту проведення минулого перегляду/повторної сертифікації вашої справи.

Повідомляючи інформацію про доходи, надавайте відповідне підтвердження, як-от платіжні квитанції, копії чеків, листи від установ тощо. Якщо у вас виникають труднощі з наданням підтвердження і вам потрібна допомога, зв'яжіться з нашим представництвом в окрузі.

Повідомляючи інформацію про змінення обсягу витрат, надавайте відповідне підтвердження, як-от квитанції, скасовані чеки, оплачені рахунки-фактури тощо. Якщо у вас виникають труднощі з наданням підтвердження і вам потрібна допомога, зв'яжіться з нашим представництвом в окрузі.

Повідомляючи інформацію про змінення адреси, надавайте відповідне підтвердження щодо витрат, як-от копію нового договору про взяття або здавання житла в оренду; квитанцію про орендну плату, де вказано вашу нову адресу; копії квитанцій про оплату комунальних послуг тощо.

ОБОВ'ЯЗКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Якщо ви отримуєте допомогу за програмою CalWORKs, заповніть поля з позначкою «CW». Якщо ви отримуєте допомогу за програмою CalFresh, заповніть поля з позначкою «CF». Інформація про змінення адреси та додаткові зміни стосується всіх членів родини/осіб, які отримують допомогу.

CW Сукупний дохід членів моєї родини перевищує обмеження, установлені щодо розмірів домогосподарства.
У _____ (місяць) загальний сукупний дохід усіх членів моєї родини становив _____\$.

CW Один із членів моєї родини ховається від правоохоронних органів, щоб уникнути винесення вироку у вчиненні кримінального злочину або щоб уникнути арешту чи тюремного ув'язнення, присудженого після винесення вироку у вчиненні кримінального злочину (чи суд визнав, що один із членів моєї родини порушує умови випробного терміну або умовно-дострокового звільнення).
Ім'я та прізвище особи: _____

CW/CF Один із членів родини більше не проживає на території домогосподарства або на території домогосподарства відтепер проживає на одну особу більша кількість людей (прикріпіть окремих аркуш, заповнений особою, яка відтепер проживає з вашою родиною).
1. Чи вищезгадана особа поселилася в помешканні чи виселилася з нього? (установіть відповідний прапорець)
2. Ім'я (ім'я, друге ім'я, прізвище) особи, про яку йде мова: _____
3. Дата народження цієї особи (мм/дд/рррр): _____
4. Стосунки, у яких ви перебуваєте з цією особою: _____
5. Чи ви регулярно робите покупки та готуєте їжу разом із цією особою? Так ні (установіть відповідний прапорець)

CW/CF Я змінив (-ла) місце проживання, номер телефону або поштову адресу.
Нова домашня адреса: _____
Нова поштова адреса (якщо відрізняється від домашньої): _____
Новий номер телефону: (_____) _____

- Я не сплачую орендну плату за вказаною новою адресою.
 Я не оплачую комунальні послуги за вказаною новою адресою.
 Моя орендна плата становить _____ \$/місяць.
 Комунальні послуги обходяться мені в _____ \$/місяць.

Див. зворотну сторону цього документа

ОБОВ'ЯЗКОВА ІНФОРМАЦІЯ (продовження)

- CF Розмір моїх доходів змінився (виберіть один варіант).
- Я більше не отримую загальний місячний дохід.
 - Сума заробітної плати змінилася на понад 100 \$.
 - Сума нетрудового доходу змінилася на понад 50 \$.
 - Змінилося джерело доходу.
 - З'явився новий дохід.

- CF Змінилася сума аліментів, які за законом потрібно виплачувати для утримання дитини.

- CF Заповніть цей розділ, щоб повідомити інформацію про скорочення кількості робочих або навчальних годин (для працездатних дорослих, які не є опікунами).

Кількість робочих або навчальних годин скоротилася з 20 год. на тиждень (або 80 год. на місяць) до _____ год. на тиждень (або _____ год. на місяць).

Ім'я та прізвище особи (чи осіб): _____

Стосунки, у яких ви перебуваєте з цією особою (або особами): _____

Поясніть, що сталося: _____

Дата, коли трапилися зміни: _____

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ (усі члени родини/особи, які отримують допомогу)

Я хочу повідомити таку інформацію:

СЕРТИФІКАЦІЯ

Я УСВІДОМЛЮЮ, ЩО в разі навмисного ненадання мною всіх відомостей або в разі надання неправильної інформації про стан моїх доходів, власність чи членів родини, необхідної для отримання допомоги чи пільг (або для продовження отримання такої допомоги та пільг), мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності за законом. Також я усвідомлюю, що мене можуть звинуватити в скоєнні кримінального злочину, якщо мені було виплачено грошову допомогу та/або допомогу за програмою CalFresh у розмірі понад 950 \$, хоча я не мав (-ла) права на отримання такої допомоги.

Відповідно до законодавства США та штату Каліфорнія я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що надані в цьому звіті відомості є правдивими, дійсними та повними, а також що вони охоплюють увесь звітний місяць.

**ОСОБА, ЯКА
МАЄ ПОСТАВИТИ
ПІДПИС НИЖЧЕ**

У випадку з програмою CalWORKs: ви; ваш (-а) чоловік/дружина, що отримує допомогу; зареєстровані в штаті Каліфорнія цивільний (-а) чоловік/дружина або батько/мати вашої дитини, для якої передбачено надання грошової допомоги (за умови проживання в одному будинку).

У випадку з програмою CalFresh: голова родини, відповідальний член родини або уповноважений представник родини.

Підпис або позначка

Дата підписання

Номер стаціонарного телефону

Контактний номер телефону

Підпис чоловіка/дружини; зареєстрованого (-ої) цивільного (-ої) чоловіка/дружини; батька/матері вашої дитини, для якої передбачено надання грошової допомоги

Дата підписання

Підпис свідка, перекладача або іншої особи, яка заповнює форму

Дата підписання