

BÁO CÁO THAY ĐỔI TẠI HỘ GIA ĐÌNH HƯỞNG PHÚC LỢI CALFRESH (CF 377.5 CR)**HƯỚNG DẪN:**

Quý vị phải báo cáo những thay đổi bắt buộc (Câu hỏi 1 - 6) trong vòng 10 ngày kể từ khi quý vị biết về sự thay đổi đó.

Quý vị có thể báo cáo những thay đổi trên mẫu đơn này, gặp mặt trực tiếp, hoặc bằng cách gọi cho số điện thoại được cho bên dưới.

Nếu quý vị sử dụng mẫu đơn này, xin chỉ hoàn tất những phần có thể áp dụng cho những thay đổi mà quý vị đang báo cáo.

Nếu quý vị có thắc mắc về việc phải báo cáo những thay đổi gì, xin hỏi nhân viên của quý vị.

Nhân Viên:

Số Điện Thoại:

① NHỮNG THAY ĐỔI VỀ THU NHẬP

- A. Nguồn thu nhập không phải do việc làm của hộ gia đình quý vị có thay đổi hoặc tăng lên hoặc giảm xuống khoảng hơn \$50.00, như: quý vị đã nhận được \$250.00 tháng trước và quý vị đã nhận được \$301.00 tháng này, hay không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất phần 1 (C) bên dưới.
- B. Nguồn thu nhập từ việc làm của bất cứ thành viên trong hộ gia đình có thay đổi hoặc tăng lên hoặc giảm xuống khoảng hơn \$100.00 hay không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất phần 1 (C) bên dưới.
- C. Nếu **CÓ** cho 1 (A) hoặc 1 (B) ở trên, xin ghi rõ tất cả thu nhập của hộ gia đình quý vị. Xin gửi kèm giấy lãnh lương hoặc bằng chứng tiền lương khác. Đối với tất cả thu nhập khác, xin gửi kèm bằng chứng khi một thay đổi được báo cáo. Nếu có ai đó tự làm chủ, xin liệt kê chi phí kinh doanh trên một tờ giấy riêng và đính kèm bằng chứng thu nhập và chi phí.

Tên	Nguồn (Nếu là Tiền Lương, Xin Cho Biết Tên Chủ Hãng)	Số Tiền (Trước Khấu Trừ)	Được Nhận Thường Xuyên Như Thế Nào?	Ngày Thay Đổi

② NHỮNG THAY ĐỔI TRONG THÀNH PHẦN HỘ GIA ĐÌNH

Thay đổi	CÓ	Ngày Thay Đổi	Nếu CÓ , xin cho biết tên người, quan hệ, và giải thích sự thay đổi.
A. Có ai mới chuyển vào sống trong nhà của quý vị, bao gồm cả trẻ sơ sinh hay không?			
B. Có ai chuyển ra khỏi nhà quý vị hoặc qua đời hay không?			
C. Quý vị có chuyển vào sống với ai khác không?			
D. Có ai lập gia đình không?			
E. Có ai bị khuyết tật hoặc phục hồi sau một khuyết tật không?			
F. Có ai nhận được một Số An Sinh Xã Hội mới không? * Nếu CÓ , xin gửi kèm bằng chứng.			

③ NHỮNG THAY ĐỔI VỀ TÀI NGUYÊN

Tổng số tiền mặt hiện có, tiền trong tài khoản chi phiếu và/hoặc tiết kiệm, chứng khoán, cổ phần, trái phiếu, v.v... của hộ gia đình quý vị có đạt đến hoặc vượt quá \$2000 hoặc \$3250 đối với một hộ gia đình có một thành viên bị khuyết tật hoặc có tuổi từ 60 trở lên hay không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất phần dưới đây:

Xin Liệt Kê Từng Khoản	Số Tiền	Ngày Thay Đổi
	\$	
	\$	
	\$	

④ THÔNG TIN ABAWD BẮT BUỘC

Tôi muốn báo cáo những thay đổi về giờ của Người Thành Niên Đủ Năng Lực Đi Làm và không có Người Phụ Thuộc (Able-Bodied Adult without Dependents - ABAWD) cho hộ gia đình của tôi.

Số giờ làm việc hoặc tập huấn giảm từ 20 giờ một tuần hoặc 80 giờ một tháng đến _____ giờ một tuần hoặc _____ giờ một tháng.

Trong (những) tuần _____

Trong (những) tháng _____

Tên (những) Người _____ Quan Hệ với Quý Vị _____

Xin Giải Thích Việc Gì Đã Xảy Ra _____

* Việc cung cấp Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number - SSN) được yêu cầu theo Bộ Luật 7 U.S. Phần 2025E. Bất cứ ai từ chối cung cấp SSN sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi CalFresh. Các SSN sẽ được sử dụng để kiểm tra nhận dạng, phòng ngừa việc tham gia hai lần và để xác minh tư cách hội đủ điều kiện và các phúc lợi. Các SSN sẽ được sử dụng trong việc đối chiếu qua máy tính để kiểm tra thu nhập và các tài nguyên với những hồ sơ từ thuế, phúc lợi, việc làm, Cơ Quan Quản Lý An Sinh Xã Hội, và các cơ quan khác. Những điểm khác nhau có thể được kiểm tra với chủ hãng, nhà băng hoặc những tổ chức khác. Việc tham gia gian lận vào Chương Trình CalFresh có thể dẫn đến việc tố tụng hình sự hoặc dân sự hoặc khiếu nại hành chính.

5 THAY ĐỔI VỀ ĐỊA CHỈ VÀ CHI PHÍ CHỖ Ở

- A. Quý vị có địa chỉ gửi thư hoặc số điện thoại mới không hoặc quý vị có dự định chuyển chỗ ở không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất 5 C, 5 D và 5 E.
 B. Quý vị đã có chuyển chỗ ở không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất 5 C, 5 D và 5 E.
 C. Có ai khác sống tại địa chỉ này không? Nếu **CÓ**, xin cho biết tên và quan hệ: _____
 D. Xin ghi địa chỉ và/hoặc số điện thoại mới của quý vị bên dưới và ghi ngày thay đổi ở đây: _____

Địa Chỉ Nhà (Số Nhà và Đường)			Địa Chỉ Gửi Thư (Nếu Khác)(Số Nhà và Đường)		
Thành Phố	Mã Zip	Điện Thoại Nhà	Thành Phố	Mã Zip	Điện Thoại Nhắn Tin

- E. Chi phí nhà ở hoặc tiện ích của quý vị có thay đổi khi quý vị chuyển chỗ ở không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất 1, 2 và 3 bên dưới:

Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng chi phí chỗ ở mới của quý vị.

1. Xin ghi số tiền của mỗi chi phí chỗ ở mà quý vị có. →

2. Nếu quý vị có chi phí tiện ích, xin đánh dấu vào ô dành cho mỗi chi phí tiện ích mà quý vị có. →

3. Đã có ai không thuộc hộ gia đình tham gia CalFresh của quý vị giúp quý vị thanh toán bất cứ chi phí nhà ở hoặc tiện ích của quý vị không? Nếu **CÓ**, xin hoàn tất 3a, b và c.

- a. Xin ghi tổng chi phí tiện ích được trả bởi hộ gia đình CalFresh: \$ _____
 b. Xin ghi tổng chi phí tiện ích được trả bởi hộ gia đình CalFresh: \$ _____
 c. Xin cho biết tên của mỗi người đã trả bất cứ chi phí nào, và nếu họ đã trả chi phí chỗ ở và/hoặc tiện ích:

Tiền Thuê hoặc Tiền Thẻ Chấp: \$		Các Thuế hoặc Bảo Hiểm Tài Sản: \$ (Nếu không thuộc thẻ chấp)	
Tiện Ích		Tiện Ích	
Gas hoặc Nhiên Liệu	<input type="checkbox"/>	Rác hoặc Rác Rưởi	<input type="checkbox"/>
Điện	<input type="checkbox"/>	Nước	<input type="checkbox"/>
Điện Thoại	<input type="checkbox"/>	Hệ Thống Thoát Nước	<input type="checkbox"/>
Lắp đặt tiện ích	<input type="checkbox"/>	Chi phí khác (xin ghi rõ)	<input type="checkbox"/>

6 CẤP DƯỠNG CON TRẺ ĐƯỢC TRẢ BỞI HỘ GIA ĐÌNH

Có thành viên nào trong hộ gia đình CalFresh đã trả tiền cấp dưỡng con trẻ bắt buộc về mặt pháp lý cho những người con không sống tại nhà hoặc với hộ gia đình không? Xin gửi kèm bằng chứng về lệnh toà hoặc lệnh hành chính cho thấy yêu cầu trả tiền cấp dưỡng con trẻ và cho biết số tiền được trả. Nếu có thay đổi gì trong số lượng tiền cấp dưỡng bắt buộc về mặt pháp lý, xin gửi kèm bằng chứng về sự thay đổi đó.

AI ĐÃ TRẢ TIỀN CẤP DƯỠNG	ĐÃ TRẢ CHO AI	SỐ TIỀN ĐƯỢC TRẢ	NGÀY ĐƯỢC TRẢ

7 NHỮNG THAY ĐỔI TRONG CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC

Tuỳ chọn - Nếu bất cứ thành viên trong hộ gia đình làm việc, đang tìm việc làm, hoặc đang đi học, có mức tăng trong chi phí chăm sóc người phụ thuộc hoặc chăm sóc trẻ kể từ lần báo cáo trước của họ, vui lòng hoàn tất phần dưới.

Số tiền đã được trả: \$ _____ Ai đã trả: _____

Xin liệt kê trẻ/các trẻ: _____

8 CHI PHÍ Y TẾ (DÀNH CHO MỘT THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH BỊ KHUYẾT TẬT HOẶC TUỔI TỪ 60 TRỞ LÊN)

Tuỳ chọn - Nếu bất cứ thành viên hộ gia đình bị khuyết tật hoặc tuổi từ 60 trở lên có những chi phí y tế mới hoặc tăng lên, xin hoàn tất phần bên dưới vì báo cáo này có thể làm tăng việc phân bổ cho quý vị. Nếu những chi phí này mới hoặc tăng khoảng hơn \$25, xin gửi kèm bằng chứng.

Ai Đã Có Chi Phí đó?	Loại Chi Phí	Số Tiền	Ai Đã Có Chi Phí đó/	Loại Chi Phí	Số Tiền
		\$			\$

9 NHỮNG THAY ĐỔI TẠM THỜI

Quý vị có cho rằng những thay đổi tại những câu hỏi 1 đến 6 là tạm thời? Nếu **CÓ**, xin giải thích.

VIỆC CHỨNG NHẬN

- Tôi hiểu rằng việc không báo cáo thông tin hoặc cố ý trình bày sai sự kiện có thể dẫn đến việc truy tố trước pháp luật với những án phạt tiền, tù hoặc cả hai. Những hình phạt có thể dẫn đến việc bị tước quyền tham gia chương trình CalFresh, nộp tiền phạt tối đa \$250,000 và bị tù đến 20 năm. Những hình phạt tước quyền tham gia là 12 tháng cho lần vi phạm đầu tiên, 24 tháng cho lần vi phạm thứ hai và tước quyền tham gia vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có 10 ngày để cho nhân viên của tôi biết về những thay đổi trong hộ gia đình của tôi (Câu hỏi 1 - 6 mà thôi).
- Tôi hiểu rằng những dữ liệu mà tôi báo cáo sẽ được đối chiếu và xác minh bởi nhân viên địa phương, tiểu bang và liên bang.
- Tôi hiểu rằng hộ gia đình, bất cứ thành viên trưởng thành nào (cho dù chuyển ra ngoài), người tài trợ của thành viên hộ gia đình người nước ngoài, hoặc người đại diện được ủy quyền của những người sống trong một viện hội đủ điều kiện có thể được yêu cầu thanh toán lại những phúc lợi bổ sung mà hộ gia đình lẽ ra đã không nhận được, cho dù đó là sai sót của Quận.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu một phiên xử tiểu bang về bất cứ quyết định nào của Phòng Phúc Lợi Quận.
- Tôi tuyên khai rằng những dữ liệu cho trong báo cáo này là đúng, chính xác và đầy đủ.

CHỮ KÝ (THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN)	NGÀY
CHỮ KÝ (NHÂN CHỨNG, NẾU QUÝ VỊ ĐÃ KÝ TÊN BẰNG MỘT DẤU X)	NGÀY