

گزارش وضعیت دوره گواهینامه میانی CALFRESH

دستورالعمل ها:

به دلیل اینکه شما CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها) دریافت می کنید، هنگامیکه که درآمد کلی ماهیانه خانواده به مقداری بیش از آستانه گزارش درآمد CalFresh (IRT) افزایش یافت، همچنین هنگامیکه ساعات کاری یک فرد بالغ توانا بدون وابسته (ABAWD) به زیر 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه کاهش می یابد، شما باید این مورد را تا 10 روز گزارش نمایید.

از این فرم جهت گزارش افزایش درآمد به بیش از CalFresh IRT استفاده نمایید که 130% سطح فقر دولت فدرال به ازای (FPL) هر خانواده است و همچنین گزارش تغییرات در ساعات کاری ABAWD (فرد بزرگسال تندرست بدون خویشاوند) که از زمان آخرین گزارش سالانه شما اتفاق افتاده است (7 SAR).

از این فرم جهت گزارش تغییراتی که فکر می کنید ممکن است مزایای CalFresh شما را افزایش دهد استفاده نمایید. لطفا مدارکی شامل رسیدهای پرداخت، کپی چک ها، نامه های آژانس و غیره تهیه نمایید. اگر شما تغییراتی در هزینه ها گزارش می نمایید لطفا مدارکی شامل رسیدها، چک های کنسل شده، فیش ها، کالاهای پرداخت شده و غیره مهیا نمایید.

تلفن تماس:

کارگزار:

گزارش ضروری درآمد بالای IRT

شما تنها در صورتی نیاز به گزارش تغییرات دارید که در آمد خالص ماهیانه خانواده شما از 130% سطح فقر دولت فدرال بیشتر شود. درآمد خالص به معنی تمام پولی است که به خانه شما می آید شامل دستمزدها قبل از مالیات یا هر گونه کاهشی، تامین اجتماعی، SSI، کمک های نقدی، جبران خسارت بیکاری، حمایت از کودکان، جبران خسارت کارگران و غیره. این تغییرات باید حداکثر تا 10 روز پس از اتفاق افتادن تغییرات گزارش شوند. عدم گزارش این تغییرات ممکن است موجب افزایشی در مزایای CalFresh شود که شما مجبور به بازپرداخت آن ها شوید.

میزان IRT شما را هنگامیکه مورد شما پذیرفته شد به شما گفته اند. اگر از میزان IRT خانواده خود مطمئن نیستید لطفا با اداره محل خود تماس بگیرید. برای بازبینی جدول درآمد خالص به ازای هر خانواده در 130% سطح فقر دولت فدرال و بسایت زیر را ببینید: <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

برای گزارش یک تغییر شما ممکن است: این فرم را کامل نمایید، سمت پشت برگه را امضا نمایید و آن را به اداره محل خود تحویل دهید یا با آن اداره تماس بگیرید. اگر در پر کردن این فرم به کمک احتیاج دارید با اداره محل خود تماس بگیرید.

من می خواهم گزارش دهم که: درآمد خالص ماهیانه خانواده من بیش از 130% سطح فقر دولت فدرال است.

درآمد ماهیانه را با توجه به نوع آن فهرست نمایید:

منبع درآمد	چه کسی آن را دریافت می کند؟	چقدر در هر ماه است؟	آیا این درآمد ماهیانه برای خانواده شما به تازگی رخ داده است؟	چه هنگام شروع شد؟

کل درآمد خالص ماهیانه چقدر است: \$ _____.

آیا شما پیش بینی می نمایید که این افزایش درآمد به همین میزان باقی خواهد ماند؟ بله نه

اگر پاسخ شما خیر است لطفا توضیح دهید: _____

اطلاعات ضروری ABAWD

من می خواهم تغییرات ساعات کاری یک فرد بالغ توانا بدون وابستگی (ABAWD) (ساعات کاری یک فرد بالغ توانا بدون وابستگی) را برای خانواده خود گزارش دهم. میزان ساعات کاری یا آموزش از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه به _____ ساعت در هفته یا _____ ساعت در ماه کاهش یافته است.

در هفته(های) _____

در ماه(های) _____

نام فرد یا افراد _____ رابطه با شما _____

توضیح دهید چه اتفاقی افتاده است. _____

اطلاعات داوطلبانه (تمام خانواده)

من می خواهم اطلاعات زیر را گزارش کنم: _____

گواهینامه

من درک می کنم که: در صورتیکه عمدا تمام حقایق را در مورد درآمد، دارایی ها یا وضعیت خانواده گزارش نکنم و یا حقایق را به دروغ گزارش کنم تا کمک یا مزایایی را بگیرم یا نگه دارم، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. من درک میکنم که در صورتیکه افزایشی بیش از \$950 در مزایای CalFresh بنده اتفاق بیافتد ممکن است به ارتکاب جرم متهم شوم.

من اعلام می کنم براساس مجازات شهادت دروغ و براساس قوانین ایالات متحده و ایالت کالیفرنیا حقایقی که در این گزارش موجود است واقعی، صحیح و کامل هستند.

چه کسی باید اینجا را امضا کند:

سرپرست خانواده، اعضاء خانواده یا نماینده قانونی خانواده.

امضا یا نشان	تاریخ امضا	تلفن منزل	تلفن برای ارتباط
امضاء همسر یا یکی دیگر از اعضاء بالغ خانواده یا نماینده قانونی خانواده	تاریخ امضا	امضای شاهد نشان، مفسر یا شخص دیگر تکمیل کننده فرم	تاریخ امضا