

گزارش وضعیت کوبن غذایی در وسط دوره سه ماهه

دستورالعمل ها:

از این فرم برای گزارش تغییرات در بزرگسالان سالم و توانا که وابسته ای ندارند (ABAWD) و/یا نشانی که از آخرین گزارش سه ماهه (QR7) رخ داده استفاده کنید. از این فرم برای گزارش تغییراتی که فکر می کنید مزایای کوبن غذایی شما را افزایش خواهد داد استفاده کنید، لطفاً مدارک را از قبیل فیش حقوق؛ نسخه هایی از چک ها؛ نامه از سازمان ها و غیره را تأمین کنید. اگر تغییر در هزینه ها را گزارش می کنید، لطفاً مدارکی از قبیل رسیدها؛ چک های باطل شده، صورتحساب های پرداخت شده و غیره را تأمین کنید.

تلفن:

مأمور رسیدگی:

اطلاعات اجاری در مورد ABAWD

برای هر بزرگسال سالم و توانا که وابسته ندارد (ABAWD) در خانوار خود پاسخ دهید:

تعداد ساعات کار ویا کارآموزی از 20 ساعت در هفته ویا 80 ساعت در ماه به _____ ساعت در هفته ویا _____ ساعت در ماه تقلیل پیدا کرد.

در هفته (های) _____

در ماه (های) _____

اسم فرد (افراد) _____

وابستگی به شما _____

رخداد را توضیح دهید _____

تغییر در نشانی

نشانی جدید منزل (شماره، اسم کوی، خیابان، بولوار و غیره)	کد پستی	ایالت	شهر	شماره تلفن
تاریخ نقل مکان	نشانی پستی (اگر با نشانی منزل تفاوت دارد)	ایالت	شهر	کد پستی
آیا در نشانی جدیدی که ذکر کرده اید اجازه مجانی دریافت می کنید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر، اگر خیر، مقدار اجاره	\$	آیا در نشانی جدیدی که ذکر کرده اید تسهیلات شهری مجانی دریافت می کنید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر، اگر خیر، مقدار تسهیلات شهری
		\$		\$

اطلاعات داوطلبانه (همه واحدهای امداد به خانوار/ها)

مایلم اطلاعات زیر را گزارش کنم: _____

گواهی نامه

اینجانب به موارد زیر توجه دارم: اگر عمداً همه اطلاعات را گزارش نکنم ویا اطلاعات نادرستی در مورد درآمد، دارایی ویا وضعیت خانوادگی ام ارائه کنم تا بتوانم به دریافت امداد ویا مزایا ادامه دهم، ممکن است تعقیب قانونی شوم. و اگر بیش از \$400 در مزایای کوبن غذایی به طور غیرقانونی پرداخت شده باشد ممکن است متهم به ارتکاب به یک جرم شوم.

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این گزارش آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

چه کسی بایستی در زیر امضاء کند:

سرپرست خانوار، عضوی از خانوار ویا نماینده مجاز خانوار.

امضاء یا نشان	تاریخ امضاء	تاریخ امضاء	امضاء همسر ویا پدر/مادر دیگر کودکانی که امداد نقدی دریافت می کند، عضو بزرگسال خانوار ویا نماینده مجاز
تاریخ امضاء	امضاء شاهد، مترجم ویا فرد دیگری که فرم را پر می کند	تاریخ امضاء	تاریخ امضاء