

نام پرونده
شماره پرونده

## بیانیه حقایق والدین سالمند (مکمل 2 SAWS)

قوانین می گویند که یک والد صغیر (تا سن 18 سال)، کمک هزینه دریافت می کند، ما می بایست درآمد والدین بزرگتری را که با آنها در یک خانواده زندگی می کنند، محاسبه کنیم. ما خواهیم فهمید که چه مقدار از این درآمد می بایست محاسبه شود.

### دستورالعمل ها:

- این فرم را تکمیل کنید و آنرا به همراه SAWS 2 تحویل دهید. به تمام سوالات در مورد والدین خود که با شما زندگی می کنند، پاسخ دهید.
- اگر ما فرم کامل را دریافت نکنیم، کمک هزینه شما و Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) نقدي شما ممکن است تغییر کند یا متوقف شود.
- اگر سوال دارید فاز کارگر خود بپرسید یا به بخش تلفن کنید.

<p>1. آیا والدین شما درآمدی مانند پول یا مزایا دریافت می کنند؟ مانند:</p> <p>درآمدها، مزایای دولتی مانند امنیت اجتماعی، مزایای بیکاری/ معلولیت (UIB/DIB)، درآمدهای امنیت تکمیلی/ پرداخت های مکمل ایالتی (SSP/SSI)، پاداش کارگری؛ بازنشستگی از راه آهن، بازنشستگی سرباز قدیمی یا سایر بازنشستگی های از کارافتادگی دولتی و خصوصی، خدمات حمایتی خانگی (IHSS)، بهره یا سود مال التجاره ها، اوراق بهادار، حساب های پس انداز، حمت فرزند/ همسر؛ مزایای اعتصاب؛ پول نقد، هدایا، وام ها، کمک هزینه ها، کمک هزینه های تحصیلی، بازپرداخت های مالیاتی؛ اعتبار مالیاتی درآمد کسب شده (EITC)؛ برنده شدن در قمار/ بخت آزمایی ها، درآمد حاصل از اجاره، کمک های اجاره ای، مسکن/تجهیزات/ یا غذای مجانی؛ بیمه یا پرداخت های قانونی، و غیره؟</p>			
نام	منبع	مقدار دریافت شده	چند وقت یک بار
		\$	
نام	منبع	مقدار دریافت شده	چند وقت یک بار
		\$	

<p>2. آیا در این درآمد از شش ماه آینده تغییر خواهد کرد؟</p> <p>اگر پاسخ مثبت است، در زیر لیست کنید که چه تغییراتی مورد انتظار است. هر مدرکی که ممکن است داشته باشند را پیوست کنید: مانند نامه از کارفرما، نامه اعطای مزایا و غیره.</p>		
درآمد چه کسی تغییر خواهد کرد؟	چه درآمدی تغییر خواهد کرد؟	چه وقت و چگونه تغییر خواهد کرد؟

<p>3. آیا والد (والدین) شما از افراد دیگری در خانه حمایت می کنند و آن ها را به عنوان وابسته مالیات فدرالمعرفی می کنند؟</p> <p>اگر پاسخ مثبت است، نام افراد و رابطه آن ها را فهرست کنید.</p>			
نام	رابطه	نام	مطابق

<p>4. آیا والد (والدین) شما از فرد دیگری که رد خانه شما زندگی میکند حمایت می کنند و ادعا م بکنند یا م بتوانند ادعا کنند که آن فرد یک وابسته مالیاتی فدرال است؟ اگر پاسخ مثبت است، نام فرد (افراد)، مقدار پرداختی را ذکر کنید و مدرک را پیوست کنید.</p>			
نام	مقدار پرداخت شده	نام	مقدار پرداخت شده
	\$		\$

### گواهینامه

- من آگاه هستم که اگر عمدا تمام حقایق را گزارش نکنم، یا برای دریافت کمک هزینه اطلاعات غلط بدهم، می توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. اگر بیش از \$950 کمک هزینه اضافی دریافت کرده باشم، می توانم به جرم یک تخلف جدی متهم شوم. و کمک هزینه من م بتوانم برا بیک دوره زمانی متوقف شود. من ممکن است تا \$10,000 جریمه شوم و یا تا 3 سال به زندان فرستاده شوم.
  - من آگاه هستم که گزارش نکردن اطلاعات یا حقایق صحیح، می تواند به تعقیب قانونی ببا مجازات جریمه یا زندان، یا هر دو منجر شود.
  - من آگاه هستم که برای گزارش هر گونه تغییرات غیر منتظره، که ممکن است واجد شرایط بودن یا میزان کمک هزینه مرا تحت تاثیر قرار دهد، می بایست در طی 5 روز از وقوع تغییرات با کارگر خود، تماس بگیرم. اگر در مورد گزارش کردن یک تغییر خاص مطمئن نیستم می بایست با کارگر خود تماس بگیرم.
  - من آگاه هستم که حقایقی که گزارش می کنم ممکن است به رد شدن، کم شدن یا متوقف شدن مزایای من منجر شود.
  - آگاه هستم که این حق را دارم که برای هر عمل پیشنهادی توسط دپارتمان رفاه بخش تقاضای دادرسی کنم.
  - من با آگاهی از مجازات دروغ تحت قوانین آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که حقایقی که در این گزارش آورده شده است، صحیح و کامل می باشند.
- شما می بایست این گزارش را امضا کرده و تاریخ بزنید، در غیر این صورت ناقص محسوب می شود

تاریخ امضا

امضای والدین صغیری که کمک هزینه را دریافت کرده اند

فقط مورد استفاده بخش