

**식품권 분기 중반 보고서****지시사항:**

이 양식을 사용하여 지난 분기별 보고서(Quarterly Report, QR 7) 이래로 발생한 ABAWD 및 주소 변경사항을 보고해야 합니다.

식품권 혜택을 증가시킬 수 있다고 생각되는 변경사항을 보고할 때에도 이 양식을 사용하고, 급여 명세서, 수표 사본, 정부기관의 서신과 같은 증빙들도 제출하십시오.

지출 변경사항을 보고할 경우에는 영수증, 지급 완료 수표, 지불 송장 등과 같은 증빙서도 제출하십시오.

•

•

담당자:

전화번호:

**의무적인 ABAWD 정보**

귀하의 가구에서 부양 가족이 없는 건강한 성인(ABAWD: Able-Bodied Adult Without Dependents)에 대해 답해주십시오:

근무시간 수 또는 훈련시간 수가 매주 20시간(또는 매달 80시간)에서 매주 \_\_\_\_\_시간(또는 매달 \_\_\_\_\_시간)으로 감소했습니다.

\_\_\_\_\_ 주 동안

\_\_\_\_\_ 달 동안

이름 \_\_\_\_\_ 귀하와의 관계 \_\_\_\_\_

변경사항을 설명하십시오 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**주소 변경**

새로운 집 주소 (번지 수, 거리명[Street, Avenue, BLVD] 등) \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_ 새 전화번호 \_\_\_\_\_

이사한 날짜 \_\_\_\_\_ 새 우편 주소 (집 주소와 다를 경우) \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

귀하는 위에 기재한 새 주소에서 무상 임대 주택을 지원 받고 있습니까? \_\_\_\_\_ 귀하는 위에 기재한 새 주소에서 무상 유틸리티를 지원 받고 있습니까? \_\_\_\_\_

예  아니오, "아니오"일 경우, 임대료 \$ \_\_\_\_\_  예  아니오, "아니오"일 경우, 유틸리티 금액 \$ \_\_\_\_\_

**자발적인 정보 (모든 가구/보조 단위)**

본인은 다음 정보를 보고하고자 합니다: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**증명**

**본인은 다음 사항을 이해합니다.** 고의적으로 보조 또는 혜택을 계속 받기 위해 소득, 재산 또는 가족 상태에 대해 잘못된 사실을 제공하거나 모든 사실을 보고하지 않을 경우, 본인은 법률적으로 기소될 수 있습니다. 또한, 식품권 혜택에서 \$400 이상을 부당하게 받았을 경우에 본인은 중죄 혐의로 고소될 수 있습니다.

본인은 미합중국과 캘리포니아주 법률에 따라 위증일 경우 처벌을 받는다는 전제 하에서 이 보고서에 포함된 정보가 사실이고 정확하며 완전한 것임을 선언합니다

**아래에 서명해야 하는 사람:** \_\_\_\_\_ 가구주, 가구원 또는 해당 가구의 위임을 받은 대리인.

서명 또는 "X" 표시 \_\_\_\_\_ 서명일 \_\_\_\_\_ 집 전화번호 \_\_\_\_\_ 연락 가능한 전화번호 \_\_\_\_\_

서명 (배우자 또는 현금 보조를 받는 자녀의 부모 중 다른 한쪽, 가구원 또는 위임 받은 대리인) \_\_\_\_\_ 서명일 \_\_\_\_\_ 서명 (이 양식의 기재자, 통역사 또는 증인) \_\_\_\_\_ 서명일 \_\_\_\_\_