

ПОЛУГОДОВОЙ ОТЧЕТ**Для программы CalWORKs и CalFresh**

ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ЗНАЕТЕ):

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

Используйте эту форму, чтобы сообщить обязательные или добровольные изменения, которые произошли с момента последнего пересмотра/ресертификации (RD/RC).

Если вы сообщаете информацию о доходах, пожалуйста, предоставьте доказательства, такие как, платежные квитанции, копии чеков, письма от агентств и т.д.

Если у вас возникли проблемы при получении этих доказательств, позвоните в округ.

Если вы сообщаете об изменениях в расходах, пожалуйста, предоставьте доказательства, такие как, квитанции, оплаченные чеки, оплаченные счета и т.д.

Если у вас возникли проблемы при получении этих доказательств, позвоните в округ.

Если вы сообщаете об изменении адреса, пожалуйста, предоставьте доказательства расходов, таких как, копию вашего нового договора аренды или лизинга, квитанцию аренды на ваш новый адрес, копии депозита на коммунальные услуги и т.д.

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если вы получаете CalWORKs, сообщите информацию, помеченную CW. Если вы получаете CalFresh, сообщите информацию, помеченную CF. Разделы Адрес и Добровольно сообщенная информация, для всех семейных групп/групп, получающих помощь.

CW Общий доход моей семейной группы превышает лимит семейной группы моего размера.

В месяц _____, общий доход для моей семьи \$ _____.

CW Кто-то в моей семье скрывается от закона, чтобы избежать наказания за преступление, скрывается от закона, чтобы избежать заключения под стражу или заключения после осуждения, или в нарушение условно-досрочного освобождения.

Имя этого лица _____

Дата осуждения за преступление _____

CW/CF Кто-то присоединился к моей семейной группе или выехал из нее. (Приложите дополнительный лист для дополнительных лиц.)

1. Лицо ВЪЕХАЛО или ВЫЕХАЛО? (отметьте одно)

2. Имя (Имя, средний инициал, фамилия) _____

3. Дата рождения (mm/dd/yyyy) _____

4. Родственное отношение к вам _____

5. Регулярно покупаете и готовите вместе? Да Нет (отметьте одно)

CW/CF Я переехал, сменил номер телефона или у меня новый почтовый адрес.

Новый почтовый адрес _____

Новый почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса) _____

Новый номер телефона (_____) _____

Я получаю бесплатную аренду по этому новому адресу.

Я получаю бесплатные коммунальные услуги по этому новому адресу.

Сумма моей арендной платы \$ _____ в месяц.

Сумма коммунальных услуг \$ _____ в месяц.

См. вторую страницу

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ - продолжение

- CF У меня изменился доход (отметьте одно):
- Общий ежемесячный доход прекратился.
 - Трудовой доход изменился на более, чем \$ 100.
 - Нетрудовой доход изменился на более, чем \$ 50.
 - Источник дохода изменился.
 - Начался новый доход.

CF Произошли изменения в размере алиментов, которые вы юридически обязаны выплачивать.

CF Заполните этот раздел чтобы сообщить о понижении часов работы или учебных часов для трудоспособных взрослых без иждивенцев:

Количество отработанных часов или в учебных упала ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц до _____ часов в неделю или _____ часов в месяц.

Имя лиц (а) _____

Родственное отношение к вам _____

Объясните, что произошло _____

Дата изменения _____

ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ДОБРОВОЛЬНО (Все семейные группы/Группы получающие помощь)

Я хотел бы сообщить следующую информацию:

ЗАВЕРЕНИЕ

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если сознательно я не сообщу обо всех фактах или дам неправильную факты о моих доходах, собственности или о семейном положении, чтобы получить или сохранить получение помощи или льгот, в отношении меня может быть возбуждено уголовное дело. И, мне может быть предъявлено обвинение в совершении уголовного преступления, если более чем \$ 950 в денежной помощи и/или льготах CalFresh выплачено неправильно.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, что факты, содержащиеся в этом докладе, являются правильными и точными и полными весь отчетный месяц.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ НИЖЕ:

Для CalWORKs: вы, ваш/а супруг/а, получающий/ая помощь, Сожитель СА или второй родитель (ребенка, получающего помощь) если проживает в доме.
Для CalFresh: глава семьи, ответственный член семьи или уполномоченный представитель семейной группы.

Подпись или Отметка вместо подписи	Дата подписи	Домашний телефон	Телефон для связи
Подпись супруга, Зарегистрированного сожителя или второго родителя ребенка, получающего денежную помощь	Дата подписи	Подпись свидетеля отметки вместо подписи, переводчика или другого лица, заполнившего форму	Дата подписи