

**ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ОТЧЕТ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH
ИНСТРУКЦИИ:**

В связи с тем, что вы получаете льготы программы CalFresh, вы должны в течение 10 дней сообщить, когда общий доход вашей семейной группы превысит разрешенную границу дохода программы CalFresh (Income reporting threshold - IRT) а также, когда часы работы для трудоспособных совершеннолетних без иждивенцев (ABAWD) уменьшатся до менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.

Воспользуйтесь этой формой, чтобы сообщить об увеличении дохода на более, чем 130% от федерального уровня бедности (FPL) программы CalFresh (IRT), которые произошло после вашего последнего полу-годового отчета (SAR 7) и изменениях в часах работы ABAWD;

Воспользуйтесь этой формой, чтобы сообщить об изменениях, которые, по вашему мнению, увеличат ваши льготы CalFresh; пожалуйста, предоставьте подтверждение, как например: корешки чеков оплаты; копии чеков; письма от агентств и т.п.

Если вы сообщаете об изменениях в расходах, пожалуйста, предоставьте подтверждения, как например: квитанции; оплаченные чеки, оплаченные счета и т.п.

•

•

Работник:

Телефон:

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ДОХОДЕ ПРЕВЫШАЮЩЕМ IRT

ВАША СЕМЕЙНАЯ ГРУППА ОБЯЗАНА СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ТОЛЬКО, КОГДА ОБЩИЙ ДОХОД СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ПРЕВЫСИТ 130% ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ. Ваш доход до вычетов означает все деньги, полученные вашей семейной группой, включая заработную плату до вычета налогов или других вычетов, социальное обеспечение, SSI, денежные взносы, пособие по безработице, алименты, компенсации работникам по нетрудоспособности и т.п. **Об этих изменениях должно быть сообщено в течение 10 со дня, когда изменение произошло. Не сообщать об этих изменениях может привести к переплате льгот CalFresh, которые вам придется выплатить.**

Когда ваше дело было утверждено, вам сообщили о сумме вашего IRT. Если вы не уверены в сумме вашего IRT, обратитесь в отдел округа. Для того, чтобы рассмотреть график дохода семейной группы до вычетов в размере 130% федерального уровня бедности, обратитесь: <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

Чтобы сообщить об изменениях, вы можете: Заполнить эту форму, **подпишите на второй странице** и верните в местный отдел округа или обратитесь в местный отдел округа. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, вы можете обратиться в ваш отдел округа.

Я хочу сообщить, что:

Доход моей семейной группы до вычетов превышает 130% федерального уровня бедности.

Укажите месячный доход по каждому виду полученного дохода:

Источник денег	Кто получает?	Сколько получает каждый месяц?	Это новый доход вашей семейной группы?	Когда он начался?

Общий месячный доход до вычетов: \$ _____.

Вы ожидаете, что указанные изменения в доходе останутся? Да Нет

Если вы ответили нет, объясните: _____

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ АBAWD

Я хочу сообщить об изменениях в часах работы трудоспособных совершеннолетних без иждивенцев (ABAWD) моей семьи.

Количество часов работы или обучения уменьшилось с 20 часов в неделю или 80 часов в месяц до _____ часов в неделю или _____ часов в месяц.

В неделю(и) _____

В месяц(ы) _____

Имя лиц(а) _____ родственное отношение к вам _____

Объясните, что произошло _____

ДОБРОВОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (Все семейные группы)

Я хочу сообщить следующую информацию: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если я сознательно не предоставлю всю информацию или предоставлю ложные факты о моем доходе, собственности или семейном статусе, чтобы получить или продолжать получать помощь или льготы, меня могут преследовать в законном порядке. Я понимаю, что меня могут обвинить в преступлении, если более, чем \$950 льгот программы CalFresh было неправильно выплачено.

Сознавая ответственность по законам Калифорнии и Соединенных Штатов за дачу ложных показаний, я заявляю, что факты, содержащиеся в этом отчете, правдивы, правильны и предоставленные полностью.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬСЯ НИЖЕ: Глава семейной группы, член семейной группы или уполномоченный представитель семейной группы.

Подпись или отметка	Дата подписи	Дом. Телефон	Телефон для связи
Подпись супруга/и или второго совершеннолетнего члена семейной группы или уполномоченного представителя	Дата подписи	Подпись свидетеля, если отметка вместо подписи, переводчика или другого лица, заполнившего форму	Дата подписи
