

# ОТЧЕТ О СТАТУСЕ В ТЕЧЕНИЕ КВАРТАЛА

## Для получателей пособий наличными и продовольственных талонов

имя, фамилия получателя:

НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН):

Используйте эту форму для обязательного или добровольного сообщения об изменениях, произошедших со времени подачи вашего Квартального отчета (QR 7/SAWS QR 7).

Если вы сообщаете информацию о доходе, приложите, пожалуйста, подтверждающие документы, такие как корешки платежных чеков, копии чеков, письма от учреждений и т.д.

Если вы сообщаете об изменении расходов, приложите, пожалуйста, подтверждающие документы, такие как квитанции, погашенные чеки, оплаченные счета и т.д.

Если вы сообщаете об изменении адреса, приложите, пожалуйста, документы, подтверждающие расходы, такие как копия вашего нового договора об найме или аренде жилья; квитанцию о внесении квартплаты по новому адресу; копии депозитов, внесенных в счет оплаты коммунальных услуг и т.д.

### ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если вы получаете пособие наличными, сообщите информацию, помеченную CA. Если вы получаете продовольственные талоны, сообщите информацию, помеченную FS. Разделы, касающиеся изменения адреса и информации, сообщаемой добровольно, относятся ко всем семьям/получателям помощи.

CA  Общий доход моей семьи превышает лимит для моего состава семьи.

В \_\_\_\_\_ (месяц) общий доход моей семьи составил \_\_\_\_\_ долларов.

CA  Член моей семьи осужден за преступления, связанные с наркотиками.

Имя, фамилия данного лица \_\_\_\_\_

Дата осуждения \_\_\_\_\_

CA  Член моей семьи скрывается от правосудия, чтобы избежать осуждения за преступление или помещения под стражу после осуждения; нарушает правила условного осуждения или освобождения на поруки.

Имя, фамилия данного лица \_\_\_\_\_

CA/FS  Я переехал, изменил номер телефона или почтовый адрес.

Мой новый адрес: \_\_\_\_\_

Новый почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса): \_\_\_\_\_

Новый номер телефона: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

По новому адресу жилье предоставлено мне бесплатно.

По новому адресу мне предоставлены бесплатные коммунальные услуги.

Сумма арендной платы составляет \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

Плата за коммунальные услуги составляет \_\_\_\_\_ долларов в месяц.

Я арендую совместно с кем-либо (объясните)

Услуги включают:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Отопление     | <input type="checkbox"/> Кондиционер |
| <input type="checkbox"/> Вода          | <input type="checkbox"/> Канализация |
| <input type="checkbox"/> Уборка мусора | <input type="checkbox"/> Канализация |
| <input type="checkbox"/> Другое        |                                      |

**Продолжение на обороте**

## ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – продолжение

FS

Заполните этот раздел, чтобы сообщить о сокращении часов работы или профессионального обучения здоровых взрослых, не имеющих иждивенцев (ABAWD):

Число часов работы или профессионального обучения сократилось менее чем до 20 часов в неделю или 80 часов в месяц до \_\_\_\_\_ часов в неделю или \_\_\_\_\_ часов в месяц.

Имя, фамилия данного лица (лиц)\_\_\_\_\_

Кем вам приходится \_\_\_\_\_

Объясните, что произошло\_\_\_\_\_

Дата изменений \_\_\_\_\_

## ИНФОРМАЦИЯ, СООБЩАЕМАЯ ДОБРОВОЛЬНО (Все семьи/получатели помощи)

Я хочу сообщить следующую информацию:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## УДОСТОВЕРЕНИЕ

**МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО:** если я умышленно сообщу неполную или ложную информацию о моем доходе, имуществе или составе семьи в целях получения или продления пособий или льгот, то мне может грозить судебное преследование. Мне могут предъявить обвинение в совершении преступления, если мне будет выплачено пособие наличными и (или) предоставлены продовольственные талоны, на которые я не имею права, в сумме, превышающей 400 долларов.

Сознавая, что дача ложных показаний карается по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что вся информация, содержащаяся в данном отчете, является подлинной, верной и полной.

**КТО ДОЛЖЕН  
РАСПИСАТЬСЯ  
НИЖЕ:**

**Получатели пособия наличными:** вы, ваша супруга, получающая пособие, семейный партнер или второй родитель (детей, получающих пособие), если живет с семьей.  
**Получатели продовольственных талонов:** глава семьи, член семьи или уполномоченный представитель семьи.

Подпись или пометки	Дата подписания	Домашний телефон	Контактный телефон
Подпись супруги, семейного партнера или второго родителя детей, получающих денежное пособие	Дата подписания	Подпись свидетеля пометки, переводчика или другого лица, заполнившего форму	Дата подписания