ПРОМІЖНИЙ КВАРТАЛЬНИЙ ЗВІТ ПРО СТАТУС

для програми грошової допомоги та талонів на харчування

ІМ'Я ОТРИМУВАЧА:	НОМЕР СПРАВИ (ЯКЩО ВІДОМИЙ):

Використовуйте цю форму для обов'язкового або добровільного повідомлення про зміни, які сталися з дати подання вашого останнього квартального звіту (QR 7/SAWS QR 7).

Якщо ви повідомляєте інформацію про дохід, будь ласка, надайте такі підтвердження як: квитанції про нарахування зарплати; копії чеків; листи з установ тощо.

Якщо ви повідомляєте про зміни у витратах, надайте такі підтвердження як: квитанції, оплачені чеки, оплачені рахунки-фактури тощо.

Якщо ви повідомляєте про зміну адреси, будь ласка, надайте такі підтвердження витрат як: копію вашої нової угоди про оренду або лізинг; квитанцію про сплату оренди за новою адресою; копії квитанцій сплати за комунальні послуги тощо.

ОБОВ'ЯЗКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Якщо ви отримуєте грошову допомогу, повідомте інформацію, позначену CA; якщо ви отримуєте талони на харчування, повідомте інформацію, позначену FS. Розділи про зміну адреси та добровільне повідомлення інформації є для усіх родин та осіб, що надають підтримку.

CA ☐ Загальний дохід моєї родини перевищує ліміт розміру доходу для моєї родини.
За місяць _____ , загальний дохід моєї родини становив $ _____.

CA ☐ Члена моєї родини засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками.
Ім'я особи _____
Дата засудження за злочин _____

CA ☐ Член моєї родини переховується від закону для уникнення засудження за злочин; переховується від закону для уникнення арешту або ув'язнення після засудження за злочин; або порушує умови дострокового звільнення чи звільнення на поруки.
Ім'я особи_____

CA/FS ☐ Я переїхав(ла), змінив(ла) номер телефону або маю нову поштову адресу.
Нова домашня адреса _____
_____
Нова поштова адреса (якщо відрізняється від домашньої адреси) _____
Новий номер телефону (_____)_____

☐ За цією нової адресою я не плачу за оренду.
☐ Сума оренди складає $ _____ за місяць.
☐ Я плачу за оренду разом з іншою особою (поясніть)

☐ За цією новою адресою я не плачу за комунальні послуги.
☐ Сума сплати за комунальні послуги складає $_____ за місяць.

У мене є:
☐ Опалення ☐ Охолодження
☐ Водопостачання ☐ Каналізація
☐ Вивезення сміття ☐ Телефон
☐ Інше

Перегорніть листок

ОБОВ'ЯЗКОВА ІНФОРМАЦІЯ - продовження

FS ☐ Заповніть цей розділ для повідомлення про зменшення годин роботи або навчання працездатних дорослих осіб без утриманців (ABAWD):

Кількість годин, відпрацьованих або витрачених на навчання, зменшилась з 20 годин на тиждень або 80 годин на місяць до _____ годин на тиждень або _____ годин на місяць.

Ім'я особи (осіб)_____

Стосунок до вас _____

Поясніть, що _____

_____

Дата зміни _____

ДОБРОВІЛЬНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ (Усі члени родини/особи, що допомагають)

Я б хотів(ла) повідомити таку інформацію:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ПОСВІДЧЕННЯ

Я РОЗУМІЮ, ЩО: Якщо я навмисно не повідомлю усієї інформації або повідомлю неправдиву інформацію про свій дохід, власність, сімейний стан для отримання або продовження отримання допомоги або пільг, мене можуть переслідувати в законному порядку. Також мене можуть звинуватити у кримінальному злочині, якщо мені безпідставно виплатять грошову допомогу та/або талони на харчування на суму, більшу за $400,00.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, яка міститься у даному звіті, є правдивою, правильною та повною.

ХТО ПОВИНЕН ПІДПИСАТИСЯ НИЖЧЕ:	**Для отримання грошової допомоги:** ви, ваш чоловік/дружина, що отримує допомогу С півжитель за програмою талонів на харчування або інший батько/мати (для дітей, що отримують допомогу), якщо живе у будинку. **Для талонів на харчування:** голова родини, член родини або уповноважений представник родини.

Підпис або відмітка	Дата підписання	Номер домашнього телефону	Контактний телефон

Підпис чоловіка/дружини, співжителя за програмою грошової допомоги або іншого батька/матері дітей, що отримують грошову допомогу	Дата підписання	Підпис свідка, якщо відмітка замість підпису, перекладача або іншої особи, яка заповнила форму	Дата підписання