

## إشعار تغيير كوبونات الطعام (DFA 377.5)

تعليمات:

عليك أن تبلغ عن التغييرات خلال عشرة (10) أيام من تاريخ معرفتك لأي تغيير. يمكنك أن تبلغ عن التغيير باستعمال هذا النموذج شخصياً أو عن طريق الاتصال بالرقم أدناه. إذا استعملت هذا النموذج، أكمل فقط الأقسام المطلقة على التغيير/التغييرات التي أبلغت عنها. إذا كان لديك أي أسئلة عن نوع التغييرات التي عليك أن تبلغ عنها، اسأل الموظف المسؤول عن قضيتك.

رقم الهاتف:

الموظف:

### (1) تغييرات الدخل

- A هل تغير مصدر دخل أسرتك غير المكتسب أو ازداد أو نقص أكثر من 50 دولار، مثل: حصلت على 250 دولار في الشهر الماضي وحصلت على 301 دولار هذا الشهر؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة 1 أدناه:
- B هل تغير مصدر دخل أي فرد من أفراد أسرتك غير المكتسب أو ازداد أو نقص أكثر من 100 دولار؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة 1 (C) أدناه:
- C إذا كان الجواب نعم على السؤال 1 (A) أو 1 (B) أعلاه، ذكر إجمالي دخل أسرتك. يرجى إرفاق لرقة الشيك أو غيرها من إثباتات الدخل. بالنسبة لكافية أنواع الدخل الأخرى، يرجى إثبات عن أي تبلغ تم التبليغ عنه. إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يعمل لحسابه الخاص، يرجى سرد ثنيات العمل على صفحة مستقلة وأرفق إثبات بالدخل والثنيات.

الاسم	المصدر (في حالة الحصول على أجور، ذكر اسم صاحب العمل)	النوع (قبل الاقطاع)	عدد مرات الحصول	تاريخ التغيير

### (2) التغيير في تركيب الأسرة

هل حدث تغيير	هل انتقل اي شخص منزلك؟
	هل ترك اي فرد منزلك؟
	هل انتقلت للسكن مع شخص آخر؟
	هل متزوج اي فرد؟
	هل اصبح اي فرد معاقاً او شفي من إعاقة؟
	هل اصبح اي فرد في سن الستين (60) من العمر؟
	هل حصل اي فرد على رقم ضمان جماعي جديد؟ إذا كان نعم، ارفق إثباتاً بذلك.

### (3) تغييرات في الموارد

صاحب السيارة	السنة والفئة	الطاراز	نوع	تاريخ التغيير	المبلغ المستدان المتبقى:	القيمة التقديرية:
					دولار	دولار

B. هل بلغ أو زاد دخل الأسرة الإجمالي بما فيه النقد والحساب الجاري أو حساب الأدخار، أو الأسهم أو الصكوك عن 2000 دولار أو 3000 دولار لأسرة أحد أفرادها معاقاً أو في سن الستين (60) من العمر. إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة الجزء أدناه:

يرجى سرد كل مادة	المبلغ	تاريخ التغيير
	دولار	
	دولار	
	دولار	

### (4) النفقات الطبية (لأسرة أحد أفرادها معاقاً أو في سن الستين (60) من العمر أو أكبر).

هل أي فرد معاقاً أو في سن الستين (60) من العمر أو أكبر قد زادت أو تغيرت نفقاته الطبية عن 25 دولار ويريد الإبلاغ عن ذلك؟ إذا كان الجواب نعم، يمكنك التبليغ عن هذه النفقات التي قد تزيد من مخصصاتك متى تم إثباتها. ارفق إثباتاً ووقع أدناه.

من تحمل التكلفة؟	نوع التكلفة	المبلغ	من تحمل التكلفة؟	نوع التكلفة	المبلغ	النوع
دولار	من تحمل التكلفة؟	نوع التكلفة	النوع	من تحمل التكلفة؟	نوع التكلفة	المبلغ

### (5) العمل / التدريب

B.	الاسم الشخص	علاقة الشخص بك	اشرح ما جرى	تاريخ التغيير

\*يطلب الجزء 7. U.S. توسيع رقم الضمان الاجتماعي (SSN). أي شخص يرفض توسيع رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للتحقق من هويتك ولمنع تكرر المساهمة والتحقق من الأهلية والمنافع. سيستخدم رقمك للضمان الاجتماعي (SSN) في قاعدة بيانات كبيوترية للتحقق من دخلك ومواردهك مع سجلات الضرائب والإنشاء والاستخدام لدى إدارة الضمان الاجتماعي وغيرها من الوكالات. قد يتم التتحقق من الاختلافات معك ومع أصحاب العمل والمصارف وغيرها. الغش للمساهمة في برنامج كوبونات الطعام قد يؤدي إلى مصادقاتك في محكمة جنائية أو مدنية أو عن طريق دعوى إدارية.

## ٦ تغيير العنوان والمسكن

- A على لديك عنوان بريدي أو رقم هاتف جديد أو تعتزم الانتقال لمكان آخر؟ إذا كان الجواب نعم، أكمل الفقرات (6) .C. (6) و (6) D و (6) E.
- B هل انتقلت لعنوان جديد؟ إذا كان الجواب نعم، أكمل الفقرات (6) .C. (6) D و (6) E.
- C هل يعيش شخص آخر في هذا العنوان؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر اسم الشخص/الأشخاص وقربتهم:
- D اكتب عنوانك وأرقام هاتفك الجديد أدناه واذكر تاريخ التغيير هنا:

عنوان البريدي (إذا اختلف) (الرقم، الشارع)

المدينة	الرمز البريدي	تلفون المنزل	المدينة
هاتف ترك رسالة مسجلة	الرمز البريدي	الرمز البريدي	
نعم <input type="checkbox"/>			هل تغيرت تكاليف سكنك أو منافعك العامة عندما غيرت مسكنك؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة 1، 2، 3 أدناه: قد يطلب منك تزويد إثبات عن تكاليف مأواك (مسكنك) الجديد. 1. اذكر مبلغ كل تكاليف لديك.

ضرائب العقار والتأمين: إذا لم تكن مشمولة في دفعه القرض العقاري	دولار	الإيجار أو دفعه قرض العقار:	دولار
المنافع		المنافع	
القمامدة أو النفايات	<input type="checkbox"/>	غاز أو وقود	<input type="checkbox"/>
الماء	<input type="checkbox"/>	كهرباء	<input type="checkbox"/>
مجاري التصريف	<input type="checkbox"/>	هاتف	<input type="checkbox"/>
غير ذلك (حدد)	<input type="checkbox"/>	تركيب المنافع	<input type="checkbox"/>

3. هل قام أي فرد ليس من ضمن الأفراد الحاصلين على كوبونات الطعام في أسرتك بمساعدتك بدفع تكاليف أي منافع عامة في منزلك؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة 3.a. b. c.
- a. أدخل إجمالي تكاليف السكن المدفوعة من قبل الأسرة الحاصلة على كوبونات الطعام. دولار
- b. أدخل إجمالي تكاليف المنافع العامة المدفوعة من قبل الأسرة الحاصلة على كوبونات الطعام. دولار
- c. ذكر اسم كل شخص قام بدفع أي من التكاليف وإذا كانوا قد دفعوا عن تكاليف المنزل وأو منافع عامة.

من حصل على الرعاية؟	تكلفة الرعاية؟	لماذا احتجت للرعاية؟	من حصل على الرعاية؟	تكلفة الرعاية؟	لماذا احتجت للرعاية؟
نعم <input type="checkbox"/>		هل بدأت في الحصول على فوائير أو حدث تغيير في كمية الفوائير التي تدفعها لرعاية طفل أو أي فرد معال آخر حتى يتاح لشخص في المنزل الذهاب للعمل أو التدريب أو البحث عن عمل؟ إذا كان الجواب نعم، رجاء تكملة الجزء أدناه وأرفق وصلا:	نعم <input type="checkbox"/>		

من دفع إعانة طفل	دفعها من	المبلغ المدفوع	تاريخ الدفع

الاسم	علاقة الشخص بك	تاريخ اقتراف جريمة المخدرات	تاريخ اقتراف جنائية	اقترفت الجنائية لأجل:
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				توزيع <input type="checkbox"/> حيازة <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد)

المواد المتنوعة؟	منذ آخر تقرير قدمته، هل صدر حكم ضد أي فرد من أفراد العائلة بسبب جنائية تتعلق بحيازة أو استعمال أو توزيع المخدرات أو
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إطلاق السراح المشروط أو التهدئه بعد المحاولة المهره. إذا كان الجواب نعم، من هو:

الاسم	علاقة الشخص بك	تاريخ اقتراف جريمة المخدرات	تاريخ اقتراف جنائية	اقترفت الجنائية لأجل:
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				توزيع <input type="checkbox"/> حيازة <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد)

الاسم	علاقة الشخص بك	تاريخ اقتراف جريمة المخدرات	تاريخ اقتراف جنائية	اقترفت الجنائية لأجل:
هل لديك أي تغييرات أخرى للإبلاغ عنها أو هل تعتقد أن التغييرات الواردة في ١ إلى ٧ هي مؤقتة؟ إذا كان الجواب نعم، رجاء التوضيح:				

- تصديق
- إني على إدراك بأن عدم الإدلاء بالمعلومات أو إعطاء المعلومات الخاطئة عن قصد قد يؤدي إلى الملاعبة بأحكام القانون مع فرض عقوبات التغريم أو السجن أو كليهما. قد تؤدي العقوبات إلى تجريد الأهلية من البرنامج وفرض غرامة أقصاها 250000 دولار والسجن حتى 20 سنة. ستكون عقوبة التجريد لمدة 12 شهرًا لانتهاء الأول، ولندة 24 شهرًا لانتهاء الثاني، وبشكل دائم لانتهاء الثالث.
  - إني على إطلاع بأنه لدى فترة 10 أيام لا علم الموظف المسؤول عن قضيتي عن التغييرات التي حصلت في أسرتي.
  - إني مدرك أنه قد يطلب من الأسرة التي تحصل على كوبونات طعام، أو أي عضو بالأسرة في عائلة تحصل على كوبونات طعام (حتى إذا قام هو/هي بترك البيت)، أو الممثل المفوض لأشخاص مقربين في مؤسسة مؤهلة رد قيمة أي منافع إضافية لم تكن الأسرة مؤهلة للحصول عليها، حتى إذا كان ذلك بسبب خطأ الكاونتي.
  - إني على إطلاع بأنه سيتم مقارنة الواقع التي أدينت بها وإثباتها من قبل هيئة الموظفين المحلية والتابعة للولاية والحكومة الفدرالية.
  - إني على إطلاع بأنه يحق لي أن أطلب عقد جلسة سماع من قبل الولاية عن أي إجراء يتخذ من قبل مكتب الإنعاش التابع للكاونتي.
  - أعلن بأن الواقع المدرج في هذا التقرير هي حقيقة وصحيحة وكاملة.

التاريخ	توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)
التاريخ	توقيع (الشاهد إذا وقعت بوضع علامه X)