

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF



گزارش ربع سالی واجدیت شرایط/وضعیت برای کمک نقد، کوپن غذا، و CMSP ایالتی

این فرم را تا روز پنجم ماه بعد از ماه گزارش تکمیل نموده، امضاء نموده و برگردانید

اگر احتیاج به کمک داشتید به کارمند خود تلفن کنید

اسم کارمند:

تلفن کارمند:

بار کد:

تقاضا برای توقف مزایا (اگر این قسمت را پر میکنید، پشت فرم را امضاء کرده و تاریخ بگذارید. میتوانید در هر موقعی دوباره تقاضا کنید.)
 درخواست دارم که کمک نقد کوپن غذا Medi-Cal CMSP ایالتی من در آخرین روز _____ متوقف شود
 سال/ماه

قسمت 1: در ماه گزارش چه اتفاقی افتاد؟

بله خیر

1 آیا هیچکس درآمدی از یک شغل یا برنامه کارآموزی یا منبع دیگری کسب کرد؟
 اگر پاسخ "بلی" است، کلیه درآمد را در زیر قید کرده و قبض درآمد یا هر مدرک دیگری را الصاق کنید. (برای دیدن چند مثال درآمد، به دستورات مراجعه کنید.)

چه کسی درآمد را دریافت کرد؟	منبع	مبلغ ناخالص	تاریخ دریافت	تعداد ساعات کار یا کارآموزی
\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$	\$

بله خیر

2 آیا کسی در حالیکه کار میکرد، یا دنبال کار میگشت، و یا در مدرسه یا کارآموزی حاضر میشد، هزینه مراقبت از یک کودک، شخص معلول، یا وابسته دیگری را پرداخت؟
 اگر "بلی" تمام هزینه ها را در زیر قید کرده و مدرکی را الصاق کنید.

اسم فردی که مراقبت را دریافت کرد	هزینه	اسم فردی که مراقبت را دریافت کرد	هزینه
\$	\$	\$	\$

بله خیر

3 آیا هیچکسی که کوپن غذا دریافت میکند، هزینه نفقه بچه یا نفقه همسر را به علت حکم دادگاه پرداخت؟
 اگر "بلی" مبلغ پرداختی را در زیر قید کرده و مدرک پرداخت را الصاق کنید.

اسم شخصی که نفقه را پرداخت	هزینه	اسم شخصی که نفقه را پرداخت	هزینه
\$	\$	\$	\$

قسمت 2: از گزارش ربعی قبل شما تا بحال چه اتفاقی افتاده است؟

بله خیر

4 آیا هیچکس به خانه تان نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است، و یا شما به خانه شخص دیگری نقل مکان کردید؟
 اگر "بلی"، قسمت زیر را پر کنید.

اسم کامل شخص	نسبت به من	توضیح بدهید چطور شد	تاریخ تغییر

بله خیر

5 آیا هیچکسی اموالی را خرید، به دست آورد، فروخت، مبادله کرد یا بخشید؟
 (برای دیدن مثالهای اموال، به دستورات رجوع کنید)

چه کسی مالک اموال است یا آنرا واگذار کرد؟	نوع اموال	ارزش
\$		\$

6 آیا هیچکسی که در منزل شماست، برای جرم مربوط به مواد مخدره برای داشتن، استفاده یا توزیع هیچ ماده (های) کنترل شده ای محکوم شده و یا هیچکسی مشغول اجتناب نمودن یا فرار کردن از مقامات قضائی به منظور اجتناب کردن از تعقیب قانونی برای جرم، بازداشت یا زندانی شدن بعد از محکوم شدن است، و یا اینکه شرایط آزادی مشروط یا آزادی به قید التزام را نقض نموده است؟ در صورتیکه برای یک جرم مربوط به مواد مخدر محکوم شد، تاریخ محکومیت را بدهید.

بله خیر

اگر بلی، چه کسی؟ تاریخ محکومیت _____

7 آیا هیچکدام از موارد زیر برای هیچکس در خانوار شما اتفاق افتاده است؟ اگر "بلی". آنرا در زیر قید کرده و مدرک آنرا الصاق کنید.

بله خیر

- ازدواج کرد، طلاق گرفت، یا جدا شد؟
- معلول شد، معلولیت یا بیماری عمده اش بهبودی یافت؟
- باردار شد، زائید، سقط جنین عمدی یا غیر عمدی داشت؟
- مزایای بیمه بهداشتی/درمانی، دندانپزشکی، یا عمر را شروع کرد، یا متوقف کرد، یا تغییر داد، شامل پوشش MEDICARE؟
- تغییر وضعیت شهروندی یا مهاجرت، یا دریافت کارت، فرم یا نامه از INS؟
- دانش آموز 16 ساله به بالا، مدرسه یا کالج رفتن را شروع یا متوقف کرد. ممکن است بتوانید هزینه شهریه، رفت و آمد به مدرسه و غیره را مطالبه کنید.
- شروع به کار کرد یا کار را ترک کرد، شغل یا کارآموزی را رد کرد، تعداد ساعات کار یا کارآموزیش افزایش یا کاهش یافت، و یا اعتصاب کرد؟
- شروع به دریافت خدمات پشتیبانی در منزل کرد، و یا آنرا متوقف کرد.
- فقط برای کمک نقدی: کودک (کودکان) سنین 6-17 رفتن به مدرسه بطور مرتب را متوقف کرد یا شروع کرد؟

اسم شخص (اشخاص)	نسبت به شما	چطور شد؟	مبلغ	تاریخ تغییر
			\$	
			\$	

قسمت 3: انتظار چه تغییراتی را در طول سه ماه آینده دارید؟

بله خیر

8 آیا انتظار تغییری در درآمد یا هزینه ها را دارید (به استثناء هزینه مسکن و خدمات شهری). اگر "بلی" آنها را در زیر قید کرده و اسناد آنرا الصاق کنید. (برای دیدن مثالهایی از درآمد و هزینه ها، به دستورات رجوع کنید.)

اسم شخص	منبع درآمد یا نوع هزینه	چرا تغییر خواهد کرد؟	انتظار دارید که مبلغ کل در هر کدام از سه ماه آینده چقدر خواهد بود؟		
			ماه 1	ماه 2	ماه 3

این قسمت را فقط در صورتی پر کنید که نقل مکان کرده اید یا آدرس پستی جدید دارید.

تغییر آدرس

آدرس جدید منزل		شماره	
تلفن جدید	شهر	ایالت	زیپ کد
()			
آدرس پستی جدید (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)		شماره	
تاریخ نقل مکان	شهر	ایالت	زیپ کد
مبلغ	آیا این نقل مکان باعث شد که هزینه مسکن یا خدمات شهری شما بالا برود؟ توضیح:		
\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		

گواهی

اینجانب میفهمم که: اگر بطور عمدی تمامی حقایق را گزارش نکنم یا اطلاعات غلطی راجع به درآمد، اموال، یا وضعیت خانوادگی ام بدهم تا کمک یا مزایا را دریافت کنم یا حفظ کنم، ممکن است تحت تعقیب قانونی قرار بگیرم. و در صورتی که بیش از \$400 بصورت کمک نقد، کوپن غذا، و/یا CMSP ایالتی بطور غلط به من پرداخته شود، ممکن است به مرتکب شدن یک جرم متهم بشوم. من یک نسخه از دستورات و جریمه ها برای گزارش ربع سالی واجدیت شرایط/وضعیت برای کمک نقد، کوپن غذا، و CMSP ایالتی را دریافت کرده ام.

این گزارش را بایستی بعد از آخرین روز ماه گزارش امضاء کرده و تاریخ بگذارید. در غیر اینصورت ناکامل شناخته خواهد شد. اینجانب بدینوسیله، تحت مجازات برای شهادت دروغ تحت قوانین ایالات متحده و ایالت کالیفرنیا، اعلام میکنم که اطلاعاتی که در این گزارش گنجانده شده است برای تمام ماه گزارش مطابق با حقیقت و صحیح و کامل میباشد

چه کسی بایستی در زیر امضاء کند: برای کمک نقد: شما، همسرتان که کمک دریافت میکند و والد دیگر کودکانی که کمک نقد دریافت میکنند، اگر در همان خانه زندگی میکنند.
برای کوپنهای غذا: رئیس خانوار، یک عضو خانوار، و یا نماینده مجاز خانوار.
برای CMSP: شما، همسر شما، و یا شخصی که از طرف فرد ذینفع عمل میکند.

امضاء، یا علامت	تاریخ امضاء	تلفن منزل	تلفن تماس
	تاریخ امضاء	تاریخ امضاء	تاریخ امضاء
امضاء همسر یا والد دیگر کودک (کودکانی) که کمک نقد دریافت میکند		امضاء شاهد علامت، مترجم یا فرد دیگری که فرم را پر کرده است	