ОТЧЕТ О СТАТУСЕ В ТЕЧЕНИЕ КВАРТАЛА

Для получателей денежной помощи и талонов на питание

ИМЯ, ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ:	НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН):

Используйте эту форму для обязательного или добровольного сообщения об изменениях, происшедших 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 денежную помощь, сообщите информацию, помеченную CA. Если вы получаете талоны на питание, 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 условно-досрочного освобождения.

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 квартплаты составляет _____ долларов в месяц.

☐ Плата за коммунальные услуги составляет _____ долларов в месяц.

Продолжение на обороте

6. Был ли кто-нибудь из членов вашей семьи осужден за преступление, связанное с хранением, использованием или продажей контролируемых веществ? Скрывался ли кто-нибудь из членов вашей семьи или уклонялся от правосудия, чтобы избежать любого судебного преследования, содержания под стражей или тюремного заключения после вынесения обвинительного приговора? Нарушал ли кто-нибудь из членов вашей семьи правила условно-досрочного освобождения? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Если «Да», то кто?_____ **Дата осуждения** _____

7. Произошло ли какое-либо из перечисленных ниже событий с кем-нибудь из членов вашей семьи? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы.

- Вступление в брак, расторжение брака, разъезд супругов.
- Беременность, роды, аборт или выкидыш.
- Наступление инвалидности, выздоровление после инвалидности или серьезной болезни.
- Получение гражданства, изменение иммиграционного статуса, получение новой карты, формы или письма от INS.
- Начало, прекращение или изменение действия льгот по медицинской или зубной страховке или полису страхования жизни, включая покрытие MRDICARE.
- Учащийся 16 лет или старше начал или прекратил учебу в школе или колледже. Вы можете просить возмещения расходов на обучение, проезд в школу и т.д.
- Начал или прекратил работать, отказался от предложения работы или профессионального обучения, число часов работы или профессионального обучения увеличилось или уменьшилось, принял участие в забастовке.
- Начал или перестал получать услуги помощи на дому.
- **Только для получателей денежной помощи:** дети 6-17 лет перестали или начали регулярно посещать школу.

Имя, фамилия члена семьи	Кем вам приходится	Объясните, что произошло	Сумма	Дата изменения
			$	
			$	

Часть 3: Каких изменений вы *ОЖИДАЕТЕ* в ближайшие три месяца?

8. Ожидаете ли вы каких-либо изменений дохода или расходов (за исключением платы за жилье и коммунальные услуги) в ближайшие три месяца? Если «ДА», укажите ниже и приложите подтверждающие документы. (Примеры дохода и расходов см. в инструкциях). ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Имя, фамилия члена семьи	Источник доходов и тип расходов	Причина изменения	Какую сумму должен составить общий доход в каждом из следующих 3 месяцев?		
			1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Заполните этот раздел, **ТОЛЬКО если вы переехали** или изменили почтовый адрес

НОВЫЙ домашний адрес

Номер Город Штат Почтовый индекс

Новый номер телефона

( )

Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда?

Номер Город Штат Почтовый индекс

Дата переезда

Изменилась ли плата за квартиру и коммунальные услуги после переезда? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Объясните:

Сумма

$

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 будут предоставлены денежная помощь, талоны на питание и/или CMSP штата, на которые я не имею права, в сумме, превышающей 400 долларов. Копия инструкций и мер наказания за подачу заведомо ложного Квартального отчета о правах/статусе семьи в целях получения денежной помощи, талонов на питание и/или CMSP штата, мною получена.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ЭТОТ ОТЧЕТ И ПОСТАВИТЬ НА НЕМ ДАТУ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТОТ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ. 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 денежной помощи: вы, ваша супруга, получающая пособие, и второй родитель (детей, получающих пособие), если живет с семьей.

Получатели талонов на питание: глава семьи, член семьи или уполномоченный представитель семьи.

Получатели CMSP штата: вы, ваша супруга или лицо, действующее от имени получателя.

ПОДПИСЬ ИЛИ ПОМЕТКА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
☛		( )	( )

ПОДПИСЬ СУПРУГА(И) ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ПОМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНЯВШЕГО ФОРМУ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
☛		☛	