

تغيّر الظروف

Change of Circumstances

معرّف العميل أو رقم الضمان الاجتماعي

اسمك

يُرجى قراءة جميع الأقسام بعناية. حدّد جميع المربعات التي تنطبق على أسرتك. واحرص على التوقيع على هذا النموذج، وتأريخه، وإعادته إلى مكتبك المحلي. وإذا كانت لديك أي أسئلة أو احتجت إلى ظرف بريدي مدفوع لإعادة هذا النموذج عن طريق البريد، فعليك الاتصال بالمكتب المحلي لديك.

مسؤولياتك: في حالة حصول أسرتك على مساعدات نقدية، أو غذائية أساسية، أو طبية، فيجب عليك الإبلاغ عن التغييرات على النحو الموضح في WAC 388-418-0005، و182-504-0105، و182-504-0110 بناءً على المخصصات التي تتلقاها. وبالنسبة إلى برامج المساعدات النقدية والغذائية، يجب إخبارنا بهذه التغييرات بحلول اليوم العاشر من الشهر التالي لتاريخ حدوث التغيير. وبالنسبة إلى المساعدة الطبية، فإنه يجب إخبارنا في غضون 30 يومًا من تاريخ حدوث التغيير. وإذا أخبرتنا بتغيير لا ينبغي لك إخبارنا به، فيجب أن ننظر في كيفية تأثير ذلك على المخصصات التي تتلقاها. فقد يؤدي ذلك إلى خفض المخصصات التي تتلقاها أو وقفها. وبالنسبة إلى المساعدات الغذائية الأساسية، في حال إبلاغك طواعيةً عن الانتقال إلى مسكن جديد، فيجب عليك أيضًا الإبلاغ عن تكاليف المسكن الجديدة في القسم 2، حتى لو لم تحصل على فاتورة بعد. وفي حالة عدم تقديم تكاليف مسكنك الجديد، فسنستخدم \$0. وهذا من شأنه أن يتسبب في حصولك على مخصصات أقل.

1. تم تغيير عنواني.

انتقلت إلى عنوان آخر. تاريخ الانتقال: _____ تم تغيير عنواني البريدي. أنا بلا مسكن.

عنوان إقامتي الجديد هو:	رقم الشقة (إن وجد)	رقم الشقة (إن وجد):	رقم الشقة (إن وجد)
المدينة	الولاية	المدينة	الولاية
الرمز البريدي		الرمز البريدي	

2. تغيرت تكاليف المسكن الخاصة بي.

بالنسبة إلى المساعدات الغذائية الأساسية، عليك الإبلاغ فقط في حالة حدوث زيادة أو الانتقال إلى مسكن جديد. و عليك الإبلاغ بشأن أي تغييرات أخرى في تكاليف المسكن في مراجعتك التالية للتصديق في منتصف المدة أو مراجعة الأهلية. حدّد جميع ما ينطبق.

<input type="checkbox"/> أستأجر مسكنًا.	<input type="checkbox"/> أشتري مسكنًا.	<input type="checkbox"/> أسكن في مسكن مدعوم.
مبلغ الإيجار الشهري	مبلغ الرهن العقاري الشهري	مبلغ الدفعة الشهرية (اذكر حصتك فقط)
\$	\$	\$

أدفع بشكل منفصل مقابل (حدّد جميع ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> تكاليف التدفئة/التبريد	<input type="checkbox"/> الهاتف	<input type="checkbox"/> التأمين على المنزل	<input type="checkbox"/> الضرائب العقارية
أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.	أنا أدفع: \$ _____ شهريًا.

3. انتقل البعض إلى منزلي أو غادره. حدّد جميع ما ينطبق وحدّد تاريخ الانتقال.

انتقل شخص ما إلى منزلي. التاريخ: _____
اذكر جميع الذين انتقلوا إلى منزلك (بما في ذلك الأطفال حديثو الولادة): _____
أشترى وجبات الطعام وأعدتها مع زملائي في الغرفة (حدّد خانة الاختيار التي تنطبق): نعم لا

أريد أن يشاركني شخص ما في:	رقم الضمان الاجتماعي	علاقته بي	الجنس	الاسم (الأسماء)
المساعدات النقدية				
مساعدات رعاية الطفل				
المساعدات الغذائية الأساسية				
المساعدة الطبية				

غادر شخص ما منزلي. التاريخ: _____
اذكر جميع الذين غادروا منزلك: _____
أنتوقع أن يعود الشخص (الأشخاص) إلى المنزل (حدّد خانة الاختيار التي تنطبق): نعم لا

إذا كان الأمر كذلك، من؟ اذكر الأسماء.	علاقته بي	الاسم (الأسماء)
متى تتوقع أن يعود الشخص (الأشخاص) مرة أخرى؟		

4. لقد تغيرت موارد أسرتي. فقد حصلت أنا أو أحد أفراد أسرتي على الآتي (حدّد جميع ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> حساب بنكي (حدّد جميع ما ينطبق):	<input type="checkbox"/> شيك	<input type="checkbox"/> مدخرات	<input type="checkbox"/> شهادة إيداع	<input type="checkbox"/> استثمار في سوق العملة
المبلغ في الحساب: \$ _____	تاريخ فتح الحساب: _____	تاريخ: _____	تاريخ: _____	تاريخ الاستلام: _____
سيارة: _____	ماركة التصنيع: _____	الطراز: _____	تاريخ: _____	تاريخ الاستلام: _____
ضريبة مستردة: \$ _____	تاريخ الاستلام: _____	التخفيض الضريبي على أساس الدخل المكتسب (EITC) الذي تم الحصول عليه: _____	تاريخ الاستلام: _____	تاريخ الاستلام: _____
مبلغ مقطوع (يشمل المخصصات، أو التسويات، أو الميراث بأثر رجعي): _____	تاريخ الاستلام: _____	تاريخ الاستلام: _____	تاريخ الاستلام: _____	تاريخ الاستلام: _____
موارد أخرى (اذكرها): _____				

5. لقد تغير دخل أسرتي. تشمل أمثلة الدخل الأرباح أو الأجور من وظيفة أو عمل حر أو مخصصات البطالة، أو الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو العمل والصناعة (L&I)، أو نفقة الأطفال، أو مخصصات المحاربين القدامى (VA)، أو الهدايا، أو القروض. حدّد جميع ما ينطبق.

بداية الدخل أو الوظيفة. تاريخ بدء الدخل: من بدأ دخله: _____

المبلغ الإجمالي (قبل الضرائب): \$ _____ في الساعة الشهر دوام كامل دوام جزئي

نوع الدخل: اسم صاحب العمل (إن وجد): _____

تاريخ (تواريخ) حصول الشخص على دخل (أي اليوم الأول والخامس عشر من كل شهر أو كل يوم جمعة): _____

انتهاء الدخل أو الوظيفة. تاريخ توقف الدخل: من توقف دخله: _____

سبب توقف الدخل: _____

زيادة الدخل أو الوظيفة. تاريخ زيادة الدخل: من بدأ دخله: _____

المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل خصم الضرائب) \$ _____ في الساعة الشهر

نوع الدخل: اسم صاحب العمل (إن وجد): _____

إذا كنت تعمل، فهل هذا تغيير من عمل بدوام جزئي إلى عمل بدوام كامل؟ نعم لا

انخفاض الدخل أو الوظيفة. تاريخ بدء الانخفاض: من بدأ دخله: _____

المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل خصم الضرائب): \$ _____ في الساعة الشهر

نوع الدخل: اسم صاحب العمل (إن وجد): _____

6. حدثت تغييرات أخرى لأسرتي. حدّد جميع ما ينطبق.

تغيرت تكاليف رعاية طفلي (مجالسة الأطفال) من: \$ _____ الشهر إلى \$ _____ الشهر. الشهر.

بدأ الحمل لدي: _____؛ تاريخ الولادة المتوقع: _____.

انتهى الحمل لدي: _____؛ تاريخ انتهاء الحمل: _____.

تغيرت مدفوعات إعالة الطفل من: \$ _____ الشهر إلى \$ _____ الشهر. الشهر.

من يدفع: _____

زادت النفقات الطبية من: \$ _____ الشهر إلى \$ _____ الشهر. الشهر.

من يدفع: _____

تغيرت الحالة الاجتماعية لـ: متزوج مطلق منفصل أرمل

انتهت التغطية الطبية الخاصة لـ: _____؛ تاريخ انتهاء التغطية: _____

بدأت التغطية الطبية لـ: _____؛ تاريخ بدء التغطية: _____

اذكر اسم شركة التأمين ورقم هاتفها في حالة انتهاء التغطية أو بدئها:

تفويت دفعة من قانون مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) خلال الاثني عشر شهرًا الماضية. المبلغ: _____

مكاسب اليانصيب أو المقامرة بقيمة \$4250 دولارًا أو أكثر (المبلغ بالدولار قبل خصم الضرائب): \$ _____؛

من: _____؛ تاريخ الاستلام: _____

تغييرات أخرى (وضحها)

7. أريد إنهاء: المساعدات النقدية المساعدات الغذائية الأساسية المساعدات الطبية رعاية الطفل

تسجيل الناخبين

تقدم الإدارة خدمات تسجيل الناخبين على النحو المطلوب بموجب قانون تسجيل الناخبين الوطني لعام 1993. ولن يؤثر التقدم بطلب للتسجيل للتصويت أو رفضه في الخدمات أو مقدار المخصصات التي سيتم تقديمها من جانب هذه الوكالة. وإذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة بشأن ملء استمارة تسجيل الناخبين، فسوف نساعدك. كما يرجع قرار طلب المساعدة أو قبولها لك وحدك. ومن ثم يمكنك ملء استمارة تسجيل الناخبين بمفردك. وإذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل أو في التقدم بطلب للتسجيل للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك التقدم بشكوى إلى: (1-800-448-4881) Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229.

هل تريد التسجيل للتصويت أو تحديث تسجيل الناخبين الخاص بك؟ نعم لا

إذا لم تحدد أيًا من خانتي الاختيار، فسيتم اعتبارك أنك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي.

الإقرار والتوقيع

أصّرحت تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي أقدمها صحيحة وكاملة على حد علمي. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة، أو مضللة، أو غير كاملة، فقد أكون عرضة للعقاب بموجب القانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331). كما أفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق وأوافق على تقديم الإثباتات اللازمة. وإذا لم أتمكن من تقديم الإثباتات المطلوبة، فإنني أفوض وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية للتواصل مع أشخاص أو وكالات أخرى للحصول على الأدلة نيابة عني. ومن ثم يعني توقيعني على هذا النموذج أنني أبلغت عن جميع التغييرات التي يجب على الإبلاغ عنها.

رقم الهاتف	التاريخ	التوقيع
رقم الهاتف	التاريخ	توقيع فرد بالغ آخر من أفراد الأسرة أو من يمثله