



**5.** درآمد خانوارم تغییر کرده است. از نمونه‌های درآمد می‌توان به درآمد یا دستمزدهای ناشی از استخدام یا شغل آزاد، مزایای بیکاری، Social Security، SSI، کار و صنایع (L&I)، حمایت از کودکان، مزایای کهنه‌سربازان (VA)، هدایا، یا وام‌ها اشاره کرد. همه موارد مربوط را علامت بزنید.

تاریخی که در آن درآمد یا شغل شروع شد. تاریخ شروع درآمد: \_\_\_\_\_ درآمد چه کسی شروع شد: \_\_\_\_\_  
 مبلغ ناخالص (قبل از کسر مالیات): \$ \_\_\_\_\_ هر ساعت \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_ تمام وقت  پاروقت   
 نوع درآمد: \_\_\_\_\_ نام کارفرما (در صورت وجود): \_\_\_\_\_  
 تاریخی (تاریخ‌هایی) که شخص درآمد دریافت می‌کند (مثلاً 1 و 15 هر ماه یا هر جمعه): \_\_\_\_\_  
 تاریخی که در آن درآمد یا شغل پایان یافت. تاریخ توقف درآمد: \_\_\_\_\_ درآمد چه کسی متوقف شد: \_\_\_\_\_  
 علت توقف درآمد: \_\_\_\_\_  
 تاریخی که در آن درآمد یا شغل افزایش یافت. تاریخ افزایش درآمد: \_\_\_\_\_ درآمد چه کسی شروع شد: \_\_\_\_\_  
 مبلغ ناخالص (مبلغ دلاری قبل از کسر مالیات) \$ \_\_\_\_\_ هر ساعت \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_  
 نوع درآمد: \_\_\_\_\_ نام کارفرما (در صورت وجود): \_\_\_\_\_  
 در صورت اشتغال به کار، آیا این تغییر از پاروقت به تمام وقت است؟  بله  خیر  
 تاریخی که در آن درآمد یا شغل کاهش یافت. تاریخ شروع کاهش: \_\_\_\_\_ درآمد چه کسی شروع شد: \_\_\_\_\_  
 مبلغ ناخالص (مبلغ دلاری قبل از کسر مالیات): \$ \_\_\_\_\_ هر ساعت \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_  
 نوع درآمد: \_\_\_\_\_ نام کارفرما (در صورت وجود): \_\_\_\_\_

**6.** خانوار من تغییرات دیگری دارد. همه موارد مربوط را علامت بزنید.

هزینه‌های مراقبت از کودک من (نگهداری از نوزاد) تغییر کرد از: \$ \_\_\_\_\_ / ماه به \$ \_\_\_\_\_ / ماه.  
 بارداری شروع شد برای: \_\_\_\_\_؛ تاریخ زایمان مورد انتظار: \_\_\_\_\_.  
 بارداری به پایان رسید برای: \_\_\_\_\_؛ تاریخ پایان بارداری: \_\_\_\_\_.  
 پرداخت‌های حمایت از کودکان تغییر کرد از: \$ \_\_\_\_\_ / ماه به \$ \_\_\_\_\_ / ماه.  
 چه کسی می‌پردازد: \_\_\_\_\_  
 هزینه‌های پزشکی افزایش یافت از: \$ \_\_\_\_\_ / ماه به \$ \_\_\_\_\_ / ماه.  
 چه کسی می‌پردازد: \_\_\_\_\_  
 وضعیت زناشویی تغییر کرد برای:  ازدواج کرده  طلاق گرفته  متارکه کرده  بیوه شده   
 پوشش پزشکی خصوصی تغییر کرد برای: \_\_\_\_\_؛ تاریخ پایان پوشش: \_\_\_\_\_  
 پوشش پزشکی خصوصی آغاز شد برای: \_\_\_\_\_؛ تاریخ شروع پوشش: \_\_\_\_\_  
 در صورت پایان پوشش یا آغاز آن، نام و شماره تلفن شرکت بیمه را درج کنید:  
 طی 12 ماه گذشته، من یک پرداخت موضوع «قانون کمک‌هزینه انرژی خانگی افراد کم‌درآمد» (LIHEAA, Low Income Home Energy Assistance Act) را دریافت کردم. مبلغ: \_\_\_\_\_  
 مبالغ برنده شده در قرعه‌کشی یا قمار معادل یا بیشتر از \$4,250 (مبلغ دلاری قبل از کسر مالیات): \$ \_\_\_\_\_؛  
 چه کسی: \_\_\_\_\_؛ تاریخ دریافت: \_\_\_\_\_  
 سایر تغییرات (شرح دهید)

**7.** می‌خواهم به موارد زیر خاتمه دهم:  کمک‌های نقدی  مواد غذایی اساسی  کمک‌های پزشکی  مراقبت از کودک

**ثبت‌نام رأی‌دهندگان**

این سازمان خدمات ثبت‌نام رأی‌دهندگان را طبق «قانون ملی ثبت‌نام رأی‌دهندگان» (National Voter Registration Act) مصوب سال 1993، ارائه می‌دهد. درخواست ثبت‌نام یا امتناع از ثبت‌نام برای رأی دادن بر خدمات یا میزان مزایایی که ممکن است توسط این سازمان ارائه شود تأثیری نخواهد داشت. اگر در تکمیل فرم ثبت‌نام رأی‌دهندگان به کمک نیاز داشته باشید، با کمال میل به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم‌گیری در خصوص درخواست یا پذیرش کمک بر عهده خود شما است. می‌توانید فرم ثبت‌نام رأی‌دهندگان را به‌صورت خصوصی پر کنید. اگر اعتقاد دارید کسی در حق شما برای ثبت‌نام یا امتناع از ثبت‌نام برای رأی دادن، حق شما برای حفظ حریم خصوصی از حیث تصمیم‌گیری برای ثبت‌نام یا درخواست ثبت‌نام برای رأی دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا سایر اولویت‌های سیاسی شما مداخله کرده، می‌توانید شکایت خود نزد اداره زیر مطرح کنید: اداره انتخابات ایالت واشنگتن (Washington State Elections Office) به نشانی PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

آیا می‌خواهید برای رأی دادن ثبت‌نام کنید یا اطلاعات ثبت‌نام رأی‌دهندگان خود را به‌روزرسانی کنید؟  بله  خیر  
 اگر یکی از این دو کادر را علامت نزنید، این گونه تلقی می‌شود که تصمیم گرفته‌اید فعلاً برای رأی دادن ثبت‌نام نکنید.

**اظهارنامه و امضا**

من با آگاهی از مجازات‌های گواهی دروغ، اظهار می‌کنم که اطلاعاتی که ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم دقیق، درست، و کامل است. من به خوبی می‌دانم که اگر اطلاعاتی نادرست، گمراه‌کننده، یا ناقص بدهم، ممکن است طبق قانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331) مجازات شوم. من درک می‌کنم که اطلاعاتی که ارائه داده‌ام مورد راستی‌آزمایی قرار خواهد گرفت و موافقت می‌کنم که این راستی‌آزمایی انجام شود. اگر نتوانم شواهد مورد نیاز را ارائه دهم، به DSHS اجازه می‌دهم که به نمایندگی از من با سایر اشخاص یا سازمان‌های ذی‌ربط تماس بگیرد و شواهد و مدارک لازم را دریافت نماید. امضای من در این فرم به این معنی است که من تمام تغییراتی که باید گزارش کنم را گزارش کرده‌ام.

امضا	تاریخ	شماره تلفن
امضا سایر اعضای بالغ خانوار یا نماینده	تاریخ	شماره تلفن