

## Change of Circumstances (Mudança de Circunstâncias)

SEU NOME	IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE OU NÚMERO DO SEGURO SOCIAL
----------	--

Leia cuidadosamente todas as seções. **Marque todas as caixas que se aplicam ao seu domicílio.** Assine, date e devolva este formulário ao escritório local. Se tiver alguma dúvida ou se precisar de um envelope com porte pago para devolver este formulário pelo correio, entre em contato com o escritório local.

**Suas responsabilidades:** Se a sua família recebe dinheiro, Basic Food (Alimentação Básica) ou assistência médica, você deve informar as alterações conforme descrito no WAC 388-418-0005, 182-504-0105 e 182-504-0110 com base nos benefícios que recebe. Para programas de assistência alimentar e em dinheiro, você deve nos informar sobre essas mudanças até o 10º dia do mês após a data em que a mudança ocorreu. Para assistência médica, você deve nos informar no prazo de 30 dias a partir da data da mudança. Se você nos informar sobre uma mudança sobre a qual não é obrigado a nos informar, devemos analisar como isso afeta seus benefícios. Isso pode resultar em menos benefícios, ou seus benefícios podem ser encerrados. No caso de Basic Food (Alimentação Básica), se você informar voluntariamente uma mudança para uma nova residência, também deverá informar seus novos custos de abrigo na Seção 2, mesmo que ainda não tenha sido cobrado a respeito deles. Se você não nos fornecer seus novos custos de alojamento, usaremos \$0. Isso pode resultar no recebimento de menos benefícios.

### 1. Meu endereço mudou.

Eu me mudei. Data da mudança: \_\_\_\_\_  Meu endereço de correspondência mudou.  Sou um sem-teto.

Meu novo endereço é: NÚMERO DO APARTAMENTO (SE HOUVER) _____ CIDADE _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	Meu novo endereço para correspondência (se diferente) é: NÚMERO DO APARTAMENTO (SE HOUVER) _____ CIDADE _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
--	--

### 2. Meus custos de abrigo mudaram.

No caso de Basic Food (Alimentação Básica), informe **apenas se** houver um aumento ou se você se mudar para uma nova residência. Informe quaisquer outras alterações nos custos de abrigo em **sua próxima revisão intermediária de certificação ou elegibilidade**. Marque todas as opções aplicáveis.

<input type="checkbox"/> Estou alugando.		<input type="checkbox"/> Estou comprando.		<input type="checkbox"/> Estou em moradia subsidiada.	
VALOR DO ALUGUEL MENSAL \$ _____	SUA PARTE, SE DIFERENTE \$ _____	VALOR MENSAL DA HIPOTECA \$ _____	VALOR DO PAGAMENTO MENSAL (LISTE SUA PARTE) \$ _____		

Eu pago separadamente por (marque todas as opções aplicáveis):

<input type="checkbox"/> Custos de aquecimento/ar condicionado Eu pago: \$ _____ por mês.	<input type="checkbox"/> Telefone Eu pago: \$ _____ por mês.	<input type="checkbox"/> Seguro residencial Eu pago: \$ _____ por mês.	<input type="checkbox"/> Impostos sobre a propriedade Eu pago: \$ _____ por mês.
--	---	---	---

### 3. Alguém se mudou para minha casa ou saiu dela. Marque todas as opções aplicáveis e indique a data da mudança.

<input type="checkbox"/> Alguém se mudou para DENTRO da minha casa. Data: _____ Liste todos os que se mudaram (incluindo os recém-nascidos):	Eu compro e preparo refeições com meus colegas de quarto (marque a caixa que se aplica): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quero incluir alguém em minha lista: <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Basic Food (Alimentação Básica) <input type="checkbox"/> Cuidados infantis <input type="checkbox"/> Assistência Médica Se sim, quem? Lista de nomes: _____																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">NOME(S)</th> <th style="width: 25%;">SEXO</th> <th style="width: 25%;">RELAÇÃO COMIGO</th> <th style="width: 25%;">NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOME(S)	SEXO	RELAÇÃO COMIGO	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL													<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOME(S)</th> <th style="width: 50%;">RELAÇÃO COMIGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOME(S)	RELAÇÃO COMIGO						
NOME(S)	SEXO	RELAÇÃO COMIGO	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL																						
NOME(S)	RELAÇÃO COMIGO																								
<input type="checkbox"/> Alguém se mudou para FORA da minha casa. Data: _____ Liste todos os que se mudaram:	Espero que a(s) pessoa(s) volte(m) a morar comigo (marque a caixa que se aplica): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quero incluir alguém em minha lista: <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Basic Food (Alimentação Básica) <input type="checkbox"/> Cuidados infantis <input type="checkbox"/> Assistência Médica Se sim, quem? Lista de nomes: _____																								

### 4. Os recursos de minha família mudaram. Eu ou alguém em minha casa recebeu (marque todas as opções aplicáveis):

Uma conta bancária (marque todas as opções aplicáveis):  Conta Corrente  Poupança  CD's  
 Mercado monetário  
 Valor na conta: \$ \_\_\_\_\_ Data de abertura da conta: \_\_\_\_\_

Um veículo: Ano: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Data de recebimento: \_\_\_\_\_

- Reembolso de imposto: \$ \_\_\_\_\_ Data de recebimento: \_\_\_\_\_  
Quanto foi o Earned Income Tax Credit (Crédito de Imposto de Renda Ganho, EITC): \$ \_\_\_\_\_
- Uma quantia única (inclui benefícios retroativos, acordos ou uma herança): \_\_\_\_\_
- Outros recursos (lista): \_\_\_\_\_ Data de recebimento: \_\_\_\_\_

5.  **A renda da minha família mudou. Exemplos de renda incluem ganhos ou salários de um emprego ou trabalho autônomo, benefícios de desemprego, Seguro Social, SSI, Labor and Industries (Trabalho e Indústrias, L&I), pensão alimentícia, veterans benefits (benefícios de veteranos, VA), presentes ou empréstimos. Marque todas as opções aplicáveis.**

- Renda ou emprego INICIADO.** Data de início da renda: \_\_\_\_\_ Quem iniciou a renda: \_\_\_\_\_  
Valor bruto (antes dos impostos): \$ \_\_\_\_\_ por  hora  mês  Tempo integral  Tempo parcial  
Tipo de renda: \_\_\_\_\_ Nome do empregador (se houver): \_\_\_\_\_  
Data(s) em que a pessoa recebe a renda (ou seja, 1° e 15° dia de cada mês ou toda sexta-feira): \_\_\_\_\_
- Renda ou emprego ENCERRADO.** Data em que a renda foi interrompida: \_\_\_\_\_  
A renda de quem foi interrompida: \_\_\_\_\_  
Motivo pelo qual a renda foi interrompida: \_\_\_\_\_
- A renda ou o emprego AUMENTOU.** Data do aumento da renda: \_\_\_\_\_  
Quem começou a receber a renda: \_\_\_\_\_  
Valor bruto (valor em dólares antes dos impostos) \$ \_\_\_\_\_ por  hora  mês  
Tipo de renda: \_\_\_\_\_ Nome do empregador (se houver): \_\_\_\_\_  
Se estiver trabalhando, está mudando de **meio período** para **período integral**?  Sim  Não
- Renda ou do emprego DIMINUÍDO.** Data de início da diminuição: \_\_\_\_\_ Quem começou a receber a renda: \_\_\_\_\_  
Valor bruto (valor em dólares antes dos impostos): \$ \_\_\_\_\_ por  hora  mês  
Tipo de renda: \_\_\_\_\_ Nome do empregador (se houver): \_\_\_\_\_

6.  **Minha família tem outras mudanças. Marque todas as opções aplicáveis. Alterações não verificadas nas deduções que possam causar um aumento nos benefícios não serão atualizadas até sua próxima revisão, a menos que recebamos verificações da alteração.**

- Meus custos com cuidados infantis (babá) mudaram de: \$ \_\_\_\_\_ / mês para \$ \_\_\_\_\_ / mês.
- A gravidez começou em: \_\_\_\_\_; Data prevista para o parto: \_\_\_\_\_
- Gravidez terminada em: \_\_\_\_\_; Data do término da gravidez: \_\_\_\_\_
- Pagamentos de pensão alimentícia mudaram de: \$ \_\_\_\_\_ / mês para \$ \_\_\_\_\_ / mês.  
Quem paga: \_\_\_\_\_
- As despesas médicas aumentaram de: \$ \_\_\_\_\_ / mês para \$ \_\_\_\_\_ / mês.  
Quem paga: \_\_\_\_\_
- O estado civil foi alterado para: \_\_\_\_\_  Casado  Divorciado  Separado  Viúvo
- Cobertura médica particular encerrada para: \_\_\_\_\_; Data de encerramento da cobertura: \_\_\_\_\_
- Início da cobertura médica privada para: \_\_\_\_\_; Data de início da cobertura: \_\_\_\_\_  
Liste o nome e o número de telefone da companhia de seguros se a cobertura terminou ou começou:
- Recebi um pagamento da Low Income Home Energy Assistance Act (Lei de Assistência à Energia Elétrica para Residências de Baixa Renda, LIHEAA) nos últimos 12 meses.  
Montante: \_\_\_\_\_
- Ganhos na loteria ou em jogos de azar de \$4,500 ou mais (valor em dólares antes dos impostos): \$ \_\_\_\_\_;  
Quem: \_\_\_\_\_; Data de recebimento: \_\_\_\_\_

OUTRAS ALTERAÇÕES (DESCREVER)

#### Aviso de Penalidade da Assistência Alimentar

Verificamos com outras agências a veracidade das informações. No caso de informações incorretas, os solicitantes podem ter a Assistência Alimentar recusada.

Qualquer pessoa que for encontrada violando intencionalmente as regras pode:

- Sujeito a processo judicial de acordo com outras leis federais e estaduais aplicáveis
- Desqualificado do SNAP por um ano até permanentemente
- Multa de até \$250,000
- Prisão de até 20 anos; ou
- Desqualificado do SNAP por um período adicional de 18 meses, se determinado pelo tribunal.

**No caso de condenação por:**

**Receber benefícios em uma transação que envolva:**

**Você pode estar:**

- **A venda de uma substância controlada.....** Receber desqualificação de dois anos a permanente.
- **A venda de armas de fogo, munição ou explosivos .....** Receber desqualificação permanente.
- **Benefícios de tráfico de mais de \$ 500 combinados .....** Desqualificado permanentemente.
- **Residência ou fraude de identidade.....** Desqualificado por 10 anos

**Registro de Eleitor**

O Departamento oferece serviços de registro de eleitores, conforme exigido pela Lei Nacional de Registro de Eleitores de 1993. **O pedido de registro ou a recusa em registrar-se para votar não afetará os serviços ou a quantidade de benefícios que podem ser fornecidos por esta agência.** Se desejar ajuda para preencher o formulário de registro de eleitor, nós o ajudaremos. A decisão de procurar ou aceitar ajuda é sua. Você pode preencher o formulário de registro de eleitor em sigilo. Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de se recusar a se registrar para votar, no seu direito à privacidade ao decidir se registrar ou ao solicitar o registro para votar, ou no seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma reclamação: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Deseja se registrar para votar ou atualizar seu registro de eleitor?**  Sim  Não

**Se você não marcar nenhuma das caixas, será considerado como tendo decidido não se registrar para votar neste momento.**

**Declaração e Assinatura**

Declaro, sob pena de perjúrio, que as informações fornecidas são verdadeiras e completas, de acordo com meu conhecimento. Entendo que, se eu fornecer informações falsas, enganosas ou incompletas, poderei ser penalizado nos termos da lei (RCW 74.08.055 e RCW 74.08.331). Entendo que as informações que forneço estão sujeitas a verificação e concordo em fornecer a verificação. Se eu não puder fornecer a prova necessária, eu autorizo o DSHS a entrar em contato com outras pessoas ou agências para obter a prova em meu nome. Minha assinatura neste formulário significa que informei todas as alterações que devo informar.

ASSINATURA	DATA	NÚMERO DE TELEFONE
ASSINATURA DE OUTRO MEMBRO ADULTO DA FAMÍLIA OU REPRESENTANTE	DATA	NÚMERO DE TELEFONE