

## Change of Circumstances (Modificarea circumstanțelor)

NUMELE DVS.

ID-UL DE CLIENT SAU  
NUMĂRUL DE  
ASIGURARE SOCIALĂ

Citiți toate secțiunile cu atenție. **Bifați toate casetele care se aplică gospodăriei dvs.** Semnați, datați și returnați acest formular la biroul dvs. local. Dacă aveți întrebări sau dacă aveți nevoie de un plic cu livrare poștală plătită pentru returnarea acestui formular prin poștă, contactați biroul dvs. local.

**Responsabilitățile dvs.:** Dacă gospodăria dvs. primește numerar, alimente de bază sau asistență medicală, trebuie să raportați modificările, conform descrierii din WAC 388-418-0005, 182-504-0105 și 182-504-0110, în funcție de ajutorul social pe care îl primiți. Pentru programele de asistență cu numerar și alimente, trebuie să ne anunțați despre aceste modificări până în ziua a 10-a a lunii de după data la care a intervenit modificarea. Pentru asistență medicală, trebuie să ne anunțați în decurs de 30 de zile de la apariția modificării. Dacă ne anunțați despre o modificare despre care nu trebuie să ne anunțați, trebuie să analizăm ce impact va avea aceasta asupra ajutorului social pe care îl primiți. Aceasta poate duce la scăderea ajutorului social, sau ajutorul dvs. socials -ar putea încheia. Pentru alimente de bază, dacă raportați în mod voluntar mutarea la un nou domiciliu, trebuie să raportați și noile costuri ale locuinței în Secțiunea 2, chiar dacă încă nu ați fost facturat pentru aceasta. Dacă nu transmiteți costurile locuinței dvs., vom utiliza \$0. Aceasta vă poate reduce ajutorul social pe care îl primiți.

### 1. Adresa mea s-a modificat.

M-am mutat. Data mutării: \_\_\_\_\_  Adresa mea de corespondență s-a modificat.  Sunt fără adăpost.

Noua mea adresă de domiciliu este: NUMĂRUL APARTAMENTULUI (DACĂ SE APLICĂ)			Noua mea adresă de corespondență (dacă este diferită) este: NUMĂRUL APARTAMENTULUI (DACĂ SE APLICĂ)		
ORAȘUL	STATUL	COD POȘTAL	ORAȘUL	STATUL	COD POȘTAL

### 2. Costurile locuinței mele s-au modificat.

Pentru alimente de bază, raportați **numai dacă acestea au crescut sau dacă** v-ați mutat la un domiciliu nou. Raportați orice alte modificări ale costurilor locuinței la **următoarea dvs. certificare intermediară sau revizuire a eligibilității**. Bifați tot ce se aplică.

<input type="checkbox"/> Stau în chirie.	<input type="checkbox"/> Mi-am cumpărat o locuință.	<input type="checkbox"/> Locuiesc într-o locuință socială.
SUMA CHIRIEI LUNARE \$	PARTEA DVS., DACĂ ESTE DIFERITĂ \$	SUMA IPOTECII LUNARE \$
		SUMA DE PLATĂ LUNARĂ (INCLUDEȚI DOAR PARTEA DVS.) \$

Plătesc separat pentru (bifați tot ce se aplică):

<input type="checkbox"/> Costurile de încălzire/răcire Plătesc: \$ _____ pe lună.	<input type="checkbox"/> Telefon Plătesc: \$ _____ pe lună.	<input type="checkbox"/> Asigurare de locuință Plătesc: \$ _____ pe lună.	<input type="checkbox"/> Impozite pe proprietate Plătesc: \$ _____ pe lună.
---	---	---	---

### 3. Cineva s-a mutat în sau din locuința mea. Bifați tot ce se aplică și indicați data mutării.

<input type="checkbox"/> Cineva s-a mutat ÎN locuința mea. Data: _____ Listați toate persoanele care s-au mutat (inclusiv nou-născuți):	Cumpăr și prepar mâncare împreună cu colegii mei de cameră (bifați caseta care se aplică): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUME</th> <th>SEX</th> <th>RELAȚIA CU MINE</th> <th>NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ</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>	NUME	SEX	RELAȚIA CU MINE	NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ													Doresc să includ pe cineva la: <input type="checkbox"/> Numerar <input type="checkbox"/> Alimente de bază <input type="checkbox"/> Îngrijirea copilului <input type="checkbox"/> Asistență medicală Dacă este cazul, pe cine? Listați numele:
NUME	SEX	RELAȚIA CU MINE	NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ														
<input type="checkbox"/> Cineva s-a mutat DIN locuința mea. Data: _____ Listați toate persoanele care s-au mutat:	Mă aștept ca persoana sau persoanele să se mute înapoi cu mine (bifați caseta care se aplică): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUME</th> <th>RELAȚIA CU MINE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NUME	RELAȚIA CU MINE							Doresc să includ pe cineva la: <input type="checkbox"/> Numerar <input type="checkbox"/> Alimente de bază <input type="checkbox"/> Îngrijirea copilului <input type="checkbox"/> Asistență medicală Dacă este cazul, pe cine? Listați numele:								
NUME	RELAȚIA CU MINE																

### 4. Resursele gospodăriei mele s-au modificat. Eu sau cineva din gospodăria mea a obținut (bifați tot ce se aplică):

Un cont bancar (bifați tot ce se aplică):  Curent  Economii  CD  Piața monetară  
Suma din cont: \$ \_\_\_\_\_ Data deschiderii contului: \_\_\_\_\_

Un vehicul: An: \_\_\_\_\_ Tip: \_\_\_\_\_ Model: \_\_\_\_\_ Data primirii: \_\_\_\_\_

Rambursare de taxe: \$ \_\_\_\_\_ Data primirii: \_\_\_\_\_  
Cât a fost Earned Income Tax Credit (Deducerea impozitului pe venit, EITC): \$ \_\_\_\_\_

O sumă globală (include ajutoare sociale retroactive, decontări sau o moștenire): \_\_\_\_\_

Alte resurse (listați): \_\_\_\_\_ Data primirii: \_\_\_\_\_

5.  **Venitul gospodăriei mele s-a modificat. Exemplele de venit includ câștiguri sau salarii de la un loc de muncă sau din profesii liberale, șomaj, SSI, Labor and Industries (Forță de muncă și industrii, L&I), alocație pentru copii, veterans benefits (beneficii pentru veterani, VA), cadouri sau împrumuturi. Bifați tot ce se aplică.**

**ÎNCEPUT venit sau muncă.** Data la care a început venitul: \_\_\_\_\_ Cine a început să obțină venituri: \_\_\_\_\_

Sumă brută (înainte de taxe): \$ \_\_\_\_\_ pe  oră  lună  Normă întreagă  Jumătate de normă

Tip venit: \_\_\_\_\_ Numele angajatorului: (dacă e cazul): \_\_\_\_\_

Data sau datele la care persoana primește venitul (adică, pe datele de 1 și de 15 în fiecare lună sau în fiecare zi de vineri): \_\_\_\_\_

**FINAL venit sau muncă.** Data la care venitul s-a oprit: \_\_\_\_\_ Cine a încetat să mai primească venit: \_\_\_\_\_

Motivul opririi venitului: \_\_\_\_\_

**CREȘTERE venit sau muncă.** Data la care a crescut venitul: \_\_\_\_\_ Cine a început să obțină venituri: \_\_\_\_\_

Sumă brută (suma în dolari înainte de taxe) \$ \_\_\_\_\_ pe  oră  lună

Tip venit: \_\_\_\_\_ Numele angajatorului: (dacă e cazul): \_\_\_\_\_

Dacă lucrați, este o modificare de la **jumătate de normă la normă întreagă**?  Da  Nu

**SCĂZUT venit sau muncă.** Data la care a scăzut venitul: \_\_\_\_\_ Cine a început să obțină venituri: \_\_\_\_\_

Sumă brută (suma în dolari înainte de taxe): \$ \_\_\_\_\_ pe  oră  lună

Tip venit: \_\_\_\_\_ Numele angajatorului: (dacă e cazul): \_\_\_\_\_

6.  **Au intervenit alte modificări în gospodăria mea. Bifați tot ce se aplică. Modificările neverificate ale deducerilor care ar putea cauza o creștere a ajutorului social nu vor fi actualizate până la următoarea revizuire decât în cazul în care primim dovezi ale verificării modificării.**

Costurile mele pentru îngrijirea copilului (bonă) s-au modificat de la: \$ \_\_\_\_\_ / lună la \$ \_\_\_\_\_ / lună.

Sarcină începută pentru: \_\_\_\_\_; Termen naștere: \_\_\_\_\_

Sarcină încheiată pentru: \_\_\_\_\_; Data la care s-a încheiat sarcina: \_\_\_\_\_

Plățile de alocație pentru copil s-au modificat de la: \$ \_\_\_\_\_ / lună la \$ \_\_\_\_\_ / lună.

Cine plătește: \_\_\_\_\_

Cheltuielile medicale au crescut de la: \$ \_\_\_\_\_ / lună la \$ \_\_\_\_\_ / lună.

Cine plătește: \_\_\_\_\_

Starea civilă s-a modificat pentru: \_\_\_\_\_  Căsătorit(ă)  Divorțat(ă)  Separat(ă)  Văduv(ă)

Asigurare medicală privată terminată pentru: \_\_\_\_\_; Data la care s-a terminat asigurarea: \_\_\_\_\_

Asigurare medicală privată începută pentru: \_\_\_\_\_; Data la care a început asigurarea: \_\_\_\_\_

Scrieți numele companiei de asigurări și numărul de telefon dacă asigurarea s-a terminat sau a început:

În ultimele 12 luni am primit o plată în temeiul Low Income Home Energy Assistance Act (Legii privind asistența energetică pentru locuințe cu venituri mici, LIHEAA).

Suma: \_\_\_\_\_

Câștiguri la loterie sau din jocurile de noroc de \$4,500 sau mai mult (suma în dolari înainte de taxe): \$ \_\_\_\_\_;

Cine: \_\_\_\_\_; Data primirii: \_\_\_\_\_

ALTE MODIFICĂRI (DESCRIEȚI)

#### Avertisment de penalizare pentru Asistență Alimentară

Verificăm cu alte agenții dacă informațiile dumneavoastră sunt corecte. În cazul în care orice informație este incorectă, este posibil ca persoanele care depun cererea să nu primească Asistență Alimentară.

Orice membru care încalcă intenționat oricare dintre reguli:

- Poate face obiectul urmăririi penale în temeiul altor legi federale și de stat aplicabile
- Poate fi descalificat(ă) din SNAP pentru un an până la definitiv
- Poate fi amendat(ă) cu până la \$250,000
- Poate primi închisoare până la 20 de ani; sau
- Poate fi descalificat din SNAP pentru încă 18 luni, în cazul în care instanța decide acest lucru.

Dacă o instanță vă găsește vinovat(ă) de:

**Primirea de beneficii într-o tranzacție care implică:**

**Puteți fi:**

- Vânzarea unei substanțe controlate ..... Descalificat(ă) de la doi ani până la definitiv.
- Vânzarea de arme de foc, muniții sau explozibili ..... Descalificat(ă) definitiv.
- Profituri din trafic de peste 500 de dolari combinate ..... Descalificat(ă) definitiv.
- Fraudă privind reședința sau identitatea ..... Descalificat(ă) pentru 10 ani

### Înregistrarea cetățenilor cu drept de vot

Departamentul oferă servicii de înregistrare a votanților, în conformitate cu National Voter Registration Act of 1993 (Legea Națională de Înregistrare a cetățenilor cu drept de vot din 1993). **Cererea de înregistrare sau refuzul de a vă înregistra pentru a vota nu va afecta serviciile sau valoarea prestațiilor care vă pot fi oferite de această agenție.** Dacă doriți să vă ajutăm să completați formularul de înregistrare a cetățenilor cu drept de vot, o vom face. Decizia de a căuta sau de a accepta ajutor vă aparține. Puteți completa formularul de înregistrare a cetățenilor cu drept de vot în privat. Dacă sunteți de părere că cineva a interferat cu dreptul dvs. de a vă înregistra sau de a refuza înregistrarea pentru a vota, dreptul dvs. la confidențialitate pentru a decide dacă vă înregistrați sau vă înscrieți pentru înregistrarea la vot, dreptul dvs. de a vă alege propriul partid politic sau altă preferință politică, puteți trimite o contestație la: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Doriți să vă înregistrați pentru a vota sau să vă actualizați lista de alegători?**  Da  Nu

**Dacă nu bifați niciuna dintre casete, se va considera că ați decis să nu vă înregistrați pentru a vota în acest moment.**

### Declarație și semnătură

Cunoscând sancțiunile penale prevăzute pentru sperjur, declar că informațiile pe care le furnizez sunt adevărate și complete, conform cunoștințelor mele. Înțeleg că, dacă informațiile pe care le dau sunt false, incorecte sau incomplete, pot fi penalizat(ă) conform legii (RCW 74.08.055 și RCW 74.08.331). Înțeleg că informațiile pe care le dau sunt supuse verificării și sunt de acord să asigur verificarea. Dacă nu pot furniza dovezile necesare, autorizez DSHS să contacteze alte persoane sau agenții pentru a obține dovada în numele meu. Semnătura mea de pe acest formular dovedește că am raportat toate modificările pe care trebuie să le raportez.

SEMNĂTURA

DATA

NUMĂR DE TELEFON

SEMNĂTURA ALTUI MEMBRU ADULT SAU REPREZENTANT AL  
GOSPODĂRIEI

DATA

NUMĂR DE TELEFON