

# Изменение обстоятельств

## Change of Circumstances

ВАШЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР  
КЛИЕНТА ИЛИ НОМЕР ПО СИСТЕМЕ  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Внимательно прочтите все разделы. **Отметьте все поля, имеющие отношение к вашей семье.** Подпишите, поставьте дату и верните эту форму в своё местное отделение. С вопросами и за конвертом с оплаченным почтовым сбором для отправки формы почтой обращайтесь в своё местное отделение.

**Ваши обязанности:** Если ваша семья получает денежные или медицинские пособия либо льготы продовольственной программы Basic Food, то, в соответствии с WAC 388-418-0005, 182-504-0105 и 182-504-0110, вы обязаны сообщать об изменениях своих обстоятельств, касающихся получаемых вами льгот. В рамках программ денежного пособия либо продовольственных льгот о таких изменениях требуется сообщать не позднее 10 числа месяца, следующего за датой изменения. В рамках программы медицинской помощи о таких изменениях необходимо сообщать в течение 30 дней с даты изменения. Если вы сообщите нам об изменениях, о которых сообщать не обязаны, то мы должны будем проверить, как они влияют на ваши льготы. В результате такой проверки сумма льгот может сократиться, либо выплата пособий может быть приостановлена. В отношении продовольственной программы Basic Food, если вы добровольно сообщите о переезде на новое место жительства, вы также обязаны сообщить о своих новых расходах на жильё в приюте в разделе 2, даже если вы ещё не получили за них счетов. Если вы не сообщите нам о своих новых расходах на жильё, то мы будем считать, что они равны нулю (\$0). Это может привести к сокращению ваших льгот.

### 1. Мой адрес проживания изменился.

Я переехал (-а). Дата переезда: \_\_\_\_\_  Мой почтовый адрес изменился.  Я бездомный(-ая).

Мой новый адрес проживания:

НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТЕ В КВАРТИРЕ)

Мой новый почтовый адрес (если отличается):

НОМЕР КВАРТИРЫ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТЕ В КВАРТИРЕ)

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

### 2. Мои расходы на жильё в приюте изменились.

В рамках продовольственной программы Basic Food сообщайте **только** об увеличении расходов и о переезде на новое место жительства. Обо всех других изменениях в расходах на жильё в приюте сообщайте при проведении **очередной промежуточной проверки и повторного рассмотрения вашего дела на предмет соответствия критериям для получения льгот.** Отметьте все, что к вам относится.

Я снимаю жильё.

Я покупаю жильё.

Я проживаю в субсидируемом жильё.

СУММА МЕСЯЧНОЙ  
АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ

ВАША ДОЛЯ, ЕСЛИ  
ОТЛИЧАЕТСЯ

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА  
ВЫПЛАТ ПО ИПОТЕКЕ

СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПЛАТЕЖА  
(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО СВОЮ ДОЛЮ)

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Я оплачиваю отдельно (пометьте всё, что к вам относится):

Расходы на отопление и кондиционирование воздуха  
Я выплачиваю: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

Телефон  
Я выплачиваю: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

Страхование жильё  
Я выплачиваю: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

Налоги на недвижимость  
Я выплачиваю: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

### 3. Кто-либо въехал или выехал из моего дома. Отметьте всё, что к вам относится, и укажите дату переезда.

Кто-либо **ВЪЕХАЛ** в мой дом. Дата: \_\_\_\_\_

Укажите всех, кто въехал (включая новорожденных):

ИМЕНА И ФАМИЛИИ	ПОЛ	КЕМ МНЕ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦСТРАХА

Я покупаю продукты и готовлю пищу вместе с проживающими со мной (отметьте соответствующее поле):  
 Да  Нет

Я хочу включить кого-либо в мое:  
 Денежное пособие  Продовольственную программу Basic Food  Пособие по уходу за детьми  
 Медицинское пособие

Если да, то кого? Укажите имена и фамилии.

Кто-либо **ВЫЕХАЛ** из моего дома. Дата: \_\_\_\_\_

Укажите всех, кто выехал:

ИМЕНА И ФАМИЛИИ	КЕМ МНЕ ПРИХОДИТСЯ

Я ожидаю, что указанное ниже лицо (лица) въедет ко мне обратно (отметьте соответствующее поле):  Да  Нет  
Если да, то кто? Укажите имена и фамилии:

Когда вы ожидаете, что указанное лицо (лица) въедет обратно?

### 4. Произошли изменения в ресурсах моей семьи. Я или кто-либо из членов моей семьи открыл/имеет (отметьте всё, что к вам относится):

Банковский счёт (отметьте всё, что к вам относится):  Текущий  Сберегательный  Депозитарные сертификаты (CD)  Счёт денежного рынка Сумма на счете: \$ \_\_\_\_\_ Дата открытия счета: \_\_\_\_\_

Автомобиль: Год выпуска: \_\_\_\_\_ Марка: \_\_\_\_\_ Модель: \_\_\_\_\_ Дата приобретения/получения: \_\_\_\_\_

Возвраты по налогам: \$ \_\_\_\_\_ Дата получения: \_\_\_\_\_ Размер налогового зачета за заработанный доход (Earned Income Tax Credit, EITC): \_\_\_\_\_

Разовые выплаты (включая пособия за прошлые периоды времени, передачу имущества и наследство): \_\_\_\_\_ Дата приобретения/получения: \_\_\_\_\_

Иные ресурсы (укажите): \_\_\_\_\_

5.  **Изменился размер дохода моей семьи. Примеры доходов включают зарплату от работы по найму, заработки, полученные в результате индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности, пособия по безработице, социальное обеспечение, дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI), трудовые и коммерческие льготы Министерства труда (L&I), алименты на содержание детей, пособия ветеранам (VA), подарки и займы. Отметьте все, что к вам относится.**

**НАЧАЛО** получения дохода или работы. Дата начала получения дохода: \_\_\_\_\_ Кто начал получать доход: \_\_\_\_\_  
Сумма брутто (до вычета налогов): \$ \_\_\_\_\_ в  час  месяц  Полная занятость  Частичная занятость  
Тип дохода: \_\_\_\_\_ Наименование (имя и фамилия) работодателя (если есть): \_\_\_\_\_

Дата(-ы) получения лицом дохода (к примеру, 1-е и 15-е число каждого месяца или каждую пятницу): \_\_\_\_\_

**ПРЕКРАЩЕНИЕ** получения дохода или работы. Дата прекращения получения дохода: \_\_\_\_\_  
Причина прекращения получения дохода: \_\_\_\_\_

**ПОВЫШЕНИЕ** дохода или расширение занятости. Дата повышения дохода: \_\_\_\_\_ Чей доход: \_\_\_\_\_  
Сумма брутто (в долларах, до вычета налогов): \$ \_\_\_\_\_ в  час  месяц  
Тип дохода: \_\_\_\_\_ Наименование (имя и фамилия) работодателя (если есть): \_\_\_\_\_  
Если это изменение связано с работой по найму, имеет ли оно отношение к переходу с **неполной занятости** на **полную занятость**?  Да  Нет

**СОКРАЩЕНИЕ** дохода или занятости. Дата сокращения дохода: \_\_\_\_\_  
Сумма брутто (в долларах, до вычета налогов): \$ \_\_\_\_\_ в  час  месяц  
Тип дохода: \_\_\_\_\_ Наименование (имя и фамилия) работодателя (если есть): \_\_\_\_\_

6.  **В моей семье произошли другие изменения. Отметьте все, что к вам относится.**

Плата за уход за моими детьми (услуги няни) изменилась с: \$ \_\_\_\_\_ /месяц до \$ \_\_\_\_\_ /месяц.

Началась беременность у: \_\_\_\_\_; Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_.

Беременность окончилась у: \_\_\_\_\_; Дата окончания беременности: \_\_\_\_\_.

Размер выплат алиментов на содержание детей изменился с: \$ \_\_\_\_\_ /месяц до \$ \_\_\_\_\_ /месяц.  
Кто оплачивает расходы: \_\_\_\_\_

Медицинские расходы возросли с: \$ \_\_\_\_\_ /месяц до \$ \_\_\_\_\_ /месяц.  
Кто оплачивает расходы: \_\_\_\_\_

Семейное положение изменилось на: \_\_\_\_\_  Женат/за мужем  В разводе  Проживаю отдельно  Вдова(-ец)

Прекратилось действие частного плана медицинского страхования у: \_\_\_\_\_; Дата прекращения действия страховки: \_\_\_\_\_

Началось действие частного плана медицинского страхования у: \_\_\_\_\_; Дата начала действия страховки: \_\_\_\_\_  
Укажите название страховой компании и номер телефона, если действие страхового плана прекратилось или началось:

В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в соответствии с Законом о содействии в оплате энергоносителей малообеспеченным лицам (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA). Сумма: \_\_\_\_\_

Выигрыши в лотерею или в другие азартные игры в размере от \$4 250 (сумма в долларах до налогов): \$ \_\_\_\_\_;  
Кто: \_\_\_\_\_; Дата получения: \_\_\_\_\_

ИНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (ОПИШИТЕ)

7.  **Я хочу прекратить получать свое:**  Денежное пособие  Продовольственную программу Basic Food  
 Медицинское пособие  Детское пособие

#### Регистрация для голосования на выборах

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей в соответствии с требованиями Национального закона о регистрации избирателей (National Voter Registration Act), 1993 г. **Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, обеспечиваемые данным учреждением.** Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Office) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (тел. 1-800-448-4881).

**Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя?**  Да  Нет  
**Если вы не поставите отметки ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время.**

#### Декларация и подпись

Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные мной в данном заявлении, являются правильными, правдивыми, точными и полными. Я понимаю, что за предоставление ложных, вводящих в заблуждение или неполных сведений я могу быть подвергнут(-а) взысканию в соответствии с законодательством (RCW 74.08.055 и RCW 74.08.331). Я понимаю, что предоставленные мною сведения подлежат проверке и соглашаюсь предоставить подтверждающую их документацию. Если я не смогу предоставить необходимые доказательства, я уполномочиваю Департамент DSHS связаться с другими лицами или ведомствами для получения доказательств в мою пользу. Моя подпись на данном документе означает, что я сообщил (-а) обо всех изменениях, о которых обязан(-а) сообщать.

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ДРУГОГО СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА