

# بررسی صدور گواهینامه میانی Mid-Certification Review

برای حفظ دریافت مزایا، باید بررسی گواهی میانی را به صورت پستی، مراجعه حضوری یا تلفن انجام دهید.

<p><b>برای Basic Food (مواد غذایی اولیه):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ نیاز نیست به سوالات 3، 4، 5 یا 12 پاسخ دهید.</li> <li>■ اگر فقط Basic Food دریافت می‌کنید، نیاز نیست مدرکی مبنی بر درآمد خود برای این بررسی ارائه دهید. با این حال، می‌توانید مدرکی مبنی بر کاهش درآمد ارائه دهید تا مشمول افزایش احتمالی در مزایا شوید.</li> <li>■ این فرم بررسی را امضا کنید و برگردانید.</li> </ul>	<p><b>برای Working Family Support (حمایت از خانواده شاغل):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ نیاز نیست به سوالات 3، 4، 5 یا 12 پاسخ دهید.</li> <li>■ شما باید مدرکی مبنی بر درآمد و ساعت کاری خود ارائه دهید.</li> </ul>	<p><b>برای Cash (وجه نقدی):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ به هر سوال پاسخ دهید؛</li> <li>■ مدرکی مبنی بر درآمد خود ارائه دهید؛</li> <li>■ مدرکی مبنی بر تمام تغییرات ارائه دهید؛ و</li> <li>■ این فرم بررسی را امضا کنید و برگردانید.</li> </ul>
<b>1. نام، آدرس فعلی و اطلاعات تماس</b>		
نام خانوادگی		شماره شناسایی مشتری (ID)
آدرس خیابان محل سکونت	شهر	ایالت
آدرس پستی اگر با آدرس محل سکونت فرق دارد	شهر	ایالت
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن (های) ثانویه	
<input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> پیامرسانی	<input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> پیامرسانی	
<b>2. افرادی که به خانه شما وارد شده یا از آن خارج شدند</b>		
آیا فردی وارد خانه شما شده یا از آن خارج شده است؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر		
نام	نسبت با شما	تاریخ ورود
		آیا مایلید برای این فرد مزایا دریافت کنید؟
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<b>3. بارداری (برای کمک غذایی نیاز نیست)</b>		
آیا در شش ماه گذشته فردی احتمال بارداری داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر		
نام	تاریخ زایمان مورد انتظار	تاریخ پایان بارداری
<b>4. منابع پول نقد (برای کمک غذایی نیاز نیست)</b>		
آیا افراد خانوار شما دارای منابع پول نقد هستند؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر		
مالک	جاری	پس‌انداز
		سهام سرمایه
		اوراق قرضه
<b>5. خودرو (برای کمک غذایی نیاز نیست)</b>		
آیا در شش ماه گذشته فردی خودرویی خریده است؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر		
مالک	برند خودرو (به عنوان مثال: فورد، داج)	مدل (به عنوان مثال: FOCUS، NEON)
		سال تولید (به عنوان مثال: 1998، 2004)
		ارزش فعلی
		مبلغ بدهی
		آیا خودروی قسطی است؟
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<b>6. درآمد جدید / درآمدی که متوقف شده است</b>		
آیا در شش ماه گذشته درآمد فردی شروع یا متوقف شده است؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر		
(مثال‌ها: شغل جدید / جبران بیکاری / تأمین اجتماعی / مزایای L&I (کار و صنایع) / نفقه فرزند)		
نام فرد دارای درآمد	کارفرما یا دیگر منبع درآمد	آیا درآمد شروع یا متوقف شده است؟
		<input type="checkbox"/> شروع <input type="checkbox"/> توقف
تاریخ شروع درآمد	تاریخ توقف درآمد	



7. برنده شدن در لاتاری یا قمار			
آیا در شش ماه گذشته فردی مبلغ \$4,250 یا بیشتر در لاتاری یا قمار برنده شده است؟			
بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام برنده	منبع برنده شدن	مبلغی که برنده شده است (پیش از کسر مالیات)	تاریخ دریافت
		\$	
8. درآمدها / درآمد حاصل از خود اشتغالی			
نام فرد دارای درآمد	کارفرما و فرد مخاطبی که می‌تواند درآمد شما را تأیید کند	شماره تلفن کارفرما	نرخ پرداخت (مثال‌ها: \$10 در ساعت / \$1,200 در ماه / \$2 به‌ازای هر بوشل)
			ساعات کار هفتگی
			روزهای همراه با حقوق (مثال‌ها: 10م و 25م/هر جمعه در میان، هر سه‌شنبه/هر روز)
		\$ به‌ازای هر	
		\$ به‌ازای هر	
اگر شما یا یکی از اعضای خانمتان «فرد بالغ دارای سلامت جسمانی بدون فرد تحت تکفل» هستید و کمک غذایی دریافت می‌کنید، آیا ساعات کاری شما به زیر 20 ساعت در هفته رسیده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
9. نفقه فرزند که قانوناً ملزم به پرداخت آن هستید			
آیا در حکم نفقه فرزند فردی تغییری ایجاد شده است؟ <input type="checkbox"/> بله (اطلاعات بیشتری در زیر ارائه دهید) <input type="checkbox"/> خیر			
فردی که قانوناً ملزم به پرداخت نفقه فرزند است	نام فرزندی که تحت حکم نفقه قرار دارد	مبلغ حکم نفقه فرزند در ماه	مبلغ کمک‌هزینه پرداختی آن‌ها در ماه
		\$	\$
10. درآمد حاصل از سایر منابع			
نام فرد دارای درآمد	منبع درآمد (مثال‌ها: تأمین اجتماعی / نفقه فرزند / مزایای L&I (کار و صنایع) / جبران بیکاری)	هر چند وقت دریافت می‌کنید (مثال‌ها: هفتگی/ماهانه)	مبلغ دریافتی در هر ماه
			\$
			\$
11. اجاره / رهن / مالیات و هزینه‌های الزام			
مبالغ ماهیانه هزینه‌های زیر را فهرستوار ذکر کنید		مبالغ سالانه هزینه‌های زیر را در صورتی فهرستوار ذکر کنید که در قرارداد رهن یا اجاره شما ذکر نشده باشد	
رهن/اجاره:	\$	مالیات‌های ملک:	\$
آیا بخشی از رهن/اجاره شما توسط فرد دیگری یا سازمانی پرداخت می‌شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		بیمه مالکین خانه:	\$
مبلغی که آن‌ها پرداخت می‌کنند:	\$	هزینه انجمن/آپارتمان:	\$
مبلغی که شما پرداخت می‌کنید:	\$		
اجاره فضا:	\$		
هزینه‌های ضروری اجاره:	\$		
12. هزینه‌های خدمات شهری			
خانواده شما کدام هزینه‌های خدمات شهری را جدا از اجاره یا رهن می‌پردازد؟			
<input type="checkbox"/>	گرمایش (برق/گاز)	<input type="checkbox"/>	آب
<input type="checkbox"/>	برق (بدون گرمایش)	<input type="checkbox"/>	تلفن منزل / تلفن همراه
<input type="checkbox"/>	جمع‌آوری زباله	<input type="checkbox"/>	فاضلاب
اینجانب مبلغ پرداختی «قانون مساعدت انرژی خانگی افراد کم‌درآمد (LIHEAP)» را در 12 ماه گذشته دریافت کرده‌ام.			



**13. ثبت نام رای دهندگان**

این وزارت بر اساس قانون ثبت نام رای دهندگان ملی سال 1993 خدمات ثبت نام رای دهندگان ارائه می دهد. درخواست برای ثبت نام و یا صرف نظر کردن از ثبت نام برای رای دادن خدمات و یا میزان مزایایی که ممکن است از این سازمان دریافت کنید تحت الشعاع قرار نمی دهد. اگر تمایل دارید در پر کردن فرم ثبت نام رای دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم درباره اینکه درخواست کمک کرده و یا آن را قبول کنید با شما است. می توانید فرم ثبت نام رای دهندگان را به صورت خصوصی پر کنید. اگر معتقد هستید که کسی در حق ثبت نام یا عدم ثبت نام شما برای رأی دهی، حق محرمانگی تصمیم گیری در رابطه با ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رأی دهی یا حق شما برای انتخاب حزب خود یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، می توانید شکایتی تنظیم کنید نزد:

Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

آیا مایلید برای رای دادن ثبت نام کنید یا اطلاعات ثبت نام رأی دهنده خود را به روز کنید؟  بله  خیر

**14. امضا و تاریخ**

اینجانب با امضای این فرم اعلام می کنم تا آنجا که اطلاع دارم، اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده ام واقعی، صحیح و کامل است. اطلاع دارم اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده ام می تواند باعث توقف یا کاهش مزایای من شود. اطلاع دارم که دریافت وجه نقد یا مواد غذایی از طریق ارائه عمدی اظهاریه نادرست یا عدم گزارش چیزی که می دانم باید گزارش شود، جرم است. متوجه هستم در صورت ارائه اطلاعات نادرستی که از نادرست بودن آنها اطلاع دارم، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. درک می کنم که مجازات های نقض عمدی قوانین کمک غذایی شامل لغو صلاحیت، جریمه نقدی یا حبس است. درک می کنم اگر مدرک تغییر در درآمد خود که باعث افزایش مزایای من در رابطه با کمک غذایی یا کمک نقدی شده است را ارائه ندهم، از این تغییرات در تعیین مزایای من استفاده نخواهد شد.

امضای سرپرست خانواده یا نماینده مجاز

تاریخ

