

## Evaluare Intermediară

**Pentru a continua să beneficiați de prestații, trebuie să efectuați evaluarea la jumătatea certificării prin poștă, prin depunere sau prin telefon.**

<b>Pentru ajutor în bani:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Răspundeți la fiecare întrebare;</li> <li>Furnizați o dovadă de venit;</li> <li>Furnizați dovada tuturor modificărilor; și</li> <li>Semnați și returnați acest formular de evaluare.</li> </ul>		<b>Pentru Sprijin acordat Familiilor în care se lucrează:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nu este necesar să răspundeți la întrebările 3, 4, 5 sau 12.</li> <li>Trebuie să furnizați dovada venitului și a orelor lucrate.</li> </ul>		<b>Pentru Alimente de Bază:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nu este necesar să răspundeți la întrebările 3, 4, 5 sau 12.</li> <li>Dacă primiți doar Alimente de Bază, nu trebuie să prezentați o dovadă a venitului pentru această evaluare. Cu toate acestea, puteți face dovada unei reduceri a venitului pentru o posibilă creștere a beneficiilor.</li> <li>Semnați și returnați acest formular de evaluare.</li> </ul>		
<b>1. Nume, adresa actuală și informații de contact.</b>						
PRENUME		NUME		NUMĂRUL DE IDENTIFICARE (ID) A CLIENTULUI		
ADRESA LA CARE LOCUIȚI STRADA		LOCALITATEA		STATUL COD POȘTAL		
ADRESA LA CARE LOCUIȚI STRADA		LOCALITATEA		STATUL COD POȘTAL		
NUMĂRUL DE TELEFON PRINCIPAL <input type="checkbox"/> MOBIL <input type="checkbox"/> FIX <input type="checkbox"/> MESAJ			NUMĂRUL (NUMERELE) DE TELEFON SECUNDAR(E) <input type="checkbox"/> MOBIL <input type="checkbox"/> FIX <input type="checkbox"/> MESAJ			
<b>2. Persoane care se mută în sau din locuința dumneavoastră</b>						
S-a mutat cineva în sau din locuința dumneavoastră? <input type="checkbox"/> Da (oferiți detalii mai jos) <input type="checkbox"/> Nu						
NUMELE	RELAȚIA CU DVS.	DATA MUTĂRII LA ADRESĂ	DORIȚI BENEFICIU PENTRU ACEASTĂ PERSOANĂ?		DATA MUTĂRII DE LA ADRESĂ	
			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			
			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			
<b>3. Sarcina (nu este necesară pentru Asistență Alimentară).</b>						
A avut cineva o schimbare de sarcină în ultimele șase luni? <input type="checkbox"/> Da (oferiți detalii mai jos) <input type="checkbox"/> Nu						
NUMELE	DATA PRECONIZATĂ A NAȘTERII		DATA DE ÎNCETARE A SARCINII			
<b>4. Resurse de caz (nu sunt necesare pentru Asistență Alimentară).</b>						
Persoanele din gospodăria dumneavoastră au resurse financiare? <input type="checkbox"/> Da (oferiți detalii mai jos) <input type="checkbox"/> Nu						
PROPRIETAR	VERIFICARE	ECONOMII	ACȚIUNI	OBLIGAȚIUNI		
	\$	\$	\$	\$		
	\$	\$	\$	\$		
<b>5. Vehicule (Nu sunt necesare pentru Asistență Alimentară)</b>						
Și-a cumpărat cineva un vehicul în ultimele șase luni? <input type="checkbox"/> Da (oferiți detalii mai jos) <input type="checkbox"/> Nu						
PROPRIETAR	PRODUCĂTOR (EXEMPLE: FORD, DODGE)	MODEL (EXEMPLE: FOCUS, NEON)	ANUL MODELULUI (EXEMPLE: 1998, 2004)	VALOARE CURENTĂ	SUMA DATORATĂ	ESTE ACESTA UN VEHICUL ÎN LEASING? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
<b>6. Venituri noi/venituri care s-au oprit.</b>						
A început sau a încetat cineva să primească venituri în ultimele șase luni? <input type="checkbox"/> Da (oferiți detalii mai jos) <input type="checkbox"/> Nu (EXEMPLU: LOC DE MUNCĂ NOU / AJUTOR DE ȘOMAJ / ASIGURĂRI SOCIALE / BENEFICIU L&I / PENSIE ALIMENTARĂ)						
NUMELE PERSOANEI CU VENITURI	ANGAJATOR SAU ALTĂ SURSĂ DE VENIT	AU ÎNCEPUT SAU S-AU OPRIT VENITURILE?		DATA LA CARE A ÎNCEPUT VENITUL	DATA LA CARE A ÎNCETAT VENITUL	
		<input type="checkbox"/> Început <input type="checkbox"/> Încetare				





### 13. 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:**                      **Puteti 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**

### 14. Înregistrarea cetățenilor cu drept de vot

Department offers voter registration services (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 considerați că cineva a încălcat dreptul dumneavoastră de a vă înregistra sau de a refuza să vă înregistrați pentru a vota, dreptul dumneavoastră la confidențialitate în ceea ce privește decizia de a vă înregistra sau de a solicita să vă înregistrați pentru a vota, sau dreptul dumneavoastră de a vă alege propriul partid politic sau altă preferință politică, puteți depune o plângere 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

### 15. Semnătura și Data

Prin semnarea acestui formular, declar că informațiile pe care le-am furnizat în acest document sunt adevărate, corecte și complete după cunoștințele mele. Știu că informațiile pe care le furnizez în acest formular pot opri sau reduce beneficiile mele. Știu că este o infracțiune să primești în mod necuvenit ajutoare bănești sau alimentare dacă faci o declarație falsă în mod intenționat sau dacă nu raportezi ceva ce știi că ar trebui să raportezi. Înțeleg că, dacă furnizez informații despre care știu că sunt incorecte, aș putea fi urmărit(ă) penal. Înțeleg că sancțiunile pentru încălcarea intenționată a regulilor de Asistență Alimentară includ descalificarea, amenzile sau pedeapsa cu închisoarea. Înțeleg că, dacă nu furnizez dovada modificărilor de venit care măresc beneficiul meu pentru asistență în bani sau alimentară, modificările nu vor fi folosite pentru a-mi stabili beneficiile.

SEMNĂTURA CAPULUI DE FAMILIE SAU A REPREZENTANTULUI AUTORIZAT

DATA

