



Форма отчета об изменениях

Эта форма предназначена для сообщения об изменениях в вашем домохозяйстве или семье. Вы обязаны сообщать отделу социальной помощи об этих изменениях, чтобы его сотрудники могли определить ваше право на получение помощи и размер пособия.

О таких изменениях следует уведомлять в течение 10 дней с момента, когда вам стало известно об изменении (*в случае получения временной помощи — в течение 5 дней, если ребенок покидает дом*).

Необходимо прикрепить доказательство изменения, если имеется такой документ.

Если ваша семья получает только пособие по Программе льготной покупки продуктов (SNAP), вам нужно сообщать только о следующих изменениях: общий валовой доход семьи превысил предел дохода для вашего размера семьи; член семьи получил выигрыш в лотереи или азартной игре в размере 3500,00 долл. США или более в одной игре, а также если член семьи, на которого распространяется ограничение по времени ABAWD, стал работать менее 20 часов в неделю.

Имя _____ Номер социального страхования или номер дела _____

Какие виды пособий по программе социальной помощи получает семья?

Пожалуйста, отметьте нужные варианты:

Номер основного телефона _____

- Программа временной помощи на Аляске SNAP Социальная помощь для взрослых
 Medicaid Пособия для престарелых CAMA

Изменение статуса трудоустройства

Чей статус трудоустройства изменился? _____

Дата изменения _____

- Окончание работы Начало работы Полная занятость Частичная занятость

Название компании работодателя _____ Телефонный номер работодателя _____

Кол-во часов в неделю _____ Ставка, долл. США, _____ в час ИЛИ долл. США _____ в месяц

Частота выплат? _____ (еженедельно, раз в две недели, два раза в месяц, ежемесячно)

Если это новая работа, когда ожидается первый чек? _____

Ожидаете ли вы, что это изменение в занятости продлится в течение следующих нескольких месяцев? ДА НЕТ

Изменение нетрудового дохода более чем на 50,00 долл. США в месяц (*алименты, пособие по безработице, социальная помощь, пособие по нетрудоспособности, пособие бывшим военнослужащим и т.д.*)

Кто получает эту помощь? _____ Сумма, долл. США _____

Когда поступает помощь? _____ Источник этого дохода? _____

Приезд или отъезд членов семьи

Кто прибыл? _____ Прибыл или отбыл? ПРИБЫЛ ОТБЫЛ Когда? _____

Родство с вами _____ Этот человек покупает и готовит еду вместе с вами? ДА НЕТ

Вы хотите включить этого человека в свое пособие? ДА НЕТ Если да, укажите следующую информацию:

Номер социального страхования _____ Дата рождения _____ Гражданин США? ДА НЕТ

Легальный иммигрант? ДА НЕТ Тип иммиграционного документа и номер ID _____

Изменение статуса беременности:

Кто беременна? _____

Ожидаемая дата родов? _____ Сколько детей должно родиться? _____

Переезд или получение нового почтового адреса

Новый домашний адрес _____

Новый почтовый адрес _____

Дата переезда _____ Каковы расходы на новое жилье? _____

Какие коммунальные услуги вы обязаны оплачивать? _____

Приобретение нового транспортного средства (автомобили, грузовики, лодки, мотоциклы, внедорожники, квадроциклы, снегоходы и т.д.)

Кто? _____ Когда? _____

Марка _____ Модель _____ Год изготовления _____

Стоимость, долл. США _____ Сумма задолженности, долл. США _____

Как будет использоваться это транспортное средство? _____

Это была замена транспортного средства? ДА НЕТ Если да, поясните: _____

Семья имеет сейчас 2000,00 долл. США или более наличными и на банковских счетах

Поясните: _____

Изменение правового обязательства по уплате алиментов

Кто в вашей семье платит алименты? _____ Ежемесячная сумма, долл. США _____

Изменение медицинской страховки (только для получателей Medicaid)

Имя/имена _____

Действие страховки началось или прекратилось? НАЧАЛО ОКОНЧАНИЕ
Дата вступления изменения в силу _____

Название и адрес страховой компании _____

Другие изменения – поясните

Поставьте подпись ниже

Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что данные в этой форме достоверны и правильны, насколько мне известно. Я понимаю, что может потребоваться подтверждение указанных изменений.

Подпись человека, заполнившего форму _____ Дата _____

Заполненный отчет об изменениях и необходимые подтверждающие документы необходимо передать в [Отдел социальной помощи](#) лично, по почте, по факсу или по электронной почте.