STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

گزارش فصلی
برای کمک های نقدی و غذایی یا فود استمپ

این گزارش برای این ماه تهیه شده است:

لطفاً این فرم را تا تاریخ پنجم ماه بعد از ماه این گزارش تکمیل و امضا کرده وآن را بازگردانید.

نام پرونده:
شماره پرونده:
شماره فایل/واحد: **(بارکد)**
نام مددکار:
تلفن مددکار:

کمک می خواهید؟ به مددکارتان زنگ بزنید.

نشانی گیرنده: **به این آدرس برگردانید:**

✓ **شما باید تمام درآمدهایی که در ماه گزارش شده ---------- دریافت کرده اید، تا تاریخ پنجم ماه بعد از آن گزارش کنید.**
✓ اگر گزارش کامل QR7 خود را که باید به تمام سئوالات آن پاسخ داده شده و مدارک آن در صورت لزوم الصاق شده باشد، نفرستید؛ آنگاه پرداخت مزایای شما ممکن است با تاخیر همراه شود، تغییر کند و یا متوقف شود. **اگر گزارش طولانی است از کاغذ اضافی استفاده کنید.** مواردی که گزارش می دهید ممکن است منجر به زیاد شدن مزایا، کم شدن آن ها یا متوقف شدن آن ها شود.
✓ برای CalWORKs و فوداستمپ غذا، شما باید کاتتی را ظرف 10 روز از هرگونه تغییری که واجد شرایط بودن شما و یا میزان مزایای شما را عوض می کند، اطلاع بدهید. **همچنین هنگامی که حقوق شما از میزان ---------- دلار در هر زمان از این مقطع فصلی بالاتر رود و یا میزان AU ---------- باشد، باید با مددکارتان تماس بگیرید. برای GR شما باید تغییرات را ظرف 5 روز گزارش دهید.**
✓ اگر شما فوداستمپ غذا می گیرید، برای تمام اعضای خانواده تان به سئوالات جواب دهید. اگر فوداستمپ غذا نمی گیرید، برای تمام کسانی که کمک های نقدی می گیرند، جواب دهید حتی کودکان، والدین، نامادری و ناپدری، همسر و هرکس دیگری که موقتاً با شما زندگی نمی کند.

در خواست قطع مزایا (اگر این قسمت را پر می کنید، پشت این فرم را هم امضا کرده و تاریخ بزنید. هر گاه بخواهید می توانید دوباره تقاضا بدهید.)

تقاضا می کنم که : ☐ کمک های نقدی ☐ کمک های غذایی یا فود استمپ ☐ Medi-Cal ☐ کمک های ایالتی CMSP را برای من در آخرین روز (ماه و سال)---------- قطع کنند.

قسمت 1: در ماه گزارش چه اتفاقی افتاده است؟

1. آیا کسی درآمدی از شغلش یا برنامه آموزشی و یا از منبع دیگری داشته است؟ (برای مثال های این گونه درآمد به دستورالعمل ها مراجعه کنید) ☐بله ☐خیر

اگر "بله"، تمام درآمدهای زیر را ذکر نمایید و فیش های حقوق پرداختی را به عنوان مدرک ضمیمه نمایید.

چه کسی درآمد داشته است؟	منبع	کل مبلغ	$	$	$	$
		تاریخ دریافتی				
		تعداد ساعات کار یا آموزش				
چه کسی درآمد داشته است؟	منبع	کل مبلغ	$	$	$	$
		تاریخ دریافتی				
		تعداد ساعات کار یا آموزش				

2. آیا کسی به هنگام کار یا جستجوی کار یا مشغله درس و آموزش هزینهٔ نگهداری برای کودک یا فرد معلول یا وابستهٔ دیگری پرداخته است؟ ☐بله ☐خیر

اگر "بله" تمام مخارج را ذکر کنید و مدارک مربوط را ضمیمه کنید.

نام کسی که هزینه را پرداخته است	مبلغ $	نام کسی که هزینه را پرداخته است	مبلغ $

3. آیا کسی که کمک غذایی فود استمپ می گیرد، خرجی کودک یا همسر که به حکم دادگاه باشد داده است؟ ☐بله ☐خیر

اگر "بله" ، قسمت زیر را تکمیل کنید

نام کسی که هزینه را پرداخته است	مبلغ $	نام کسی که هزینه را پرداخته است	مبلغ $

قسمت 2: از زمان گزارش فصلی آخر شما چه اتفاقی افتاده است؟

4. آیا کسی به خانه اسباب کشی کرده یا از خانه رفته است، یا آیا شما به منزل کس دیگری نقل مکان کرده اید؟ ☐بله ☐خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید.

اسم کامل شخص	رابطه او با شما	توضیح دهید چه شده است.	تاریخ تغییر

5. آیا کسی ملکی را خریده یا هدیه گرفته یا فروخته یا معامله کرده یا به کسی هدیه داده است؟ (برای مثالهای ملک ها به دستورالعمل مراجعه کنید) ☐بله ☐خیر

چه کسی صاحب خانه شده یا آن را رد کرده است؟	نوع ملک	ارزش $

COUNTY USE ONLY EW Initials: CHANGE ( ) NO CHANGE ( ) Date:

تقلب در مزایای رفاهی را گزارش کنید
با این شماره تماس بگیرید(800) 349-9970
"هویت شما محرمانه خواهد ماند"

6. آیا کسی در خانه شما هست که متهم به داشتن مواد مخدر یا استفاده یا پخش مواد تحت کنترل بوده و یا کسی هست که در حال گریز از قانون به خاطر مسائل محاکمه، حضانت کودک یا حبس بعد از حکم باشد و یا کسی که تحت نظر قانون به صورت شرطی و برای تثبیت حسن رفتار باشد؟ ☐بله ☐خیر

اگر محکومیت مربوط به جرائم مواد مخدر است، تاریخ محکومیت را ذکر کنید

اگر "بله"، چه کسی؟_____ تاریخ محکومیت_____

7. آیا هیچکدام از موارد زیر برای کسی از اعضای خانه شما اتفاق افتاده است؟ ☐بله ☐خیر

اگر بله، مشخص کنید و مدرک آن را ضمیمه کنید. اگر لازم است برگه جداگانه ای اضافه کنید.

- ازدواج کرده، طلاق گرفته و یا جدا شده است؟
- حامله شده، بچه دار شده، سقط جنین کرده یا جنین را از دست داده است؟
- معلول شده یا از معلولیتی یا بیماری خطرناکی نجات یافته است؟
- وضعیت اقامت یا تابعیت او تغییر کرده، و یا از اداره مهاجرت کارت، فرم یا نامه جدیدی دریافت کرده است؟
- بیمه درمانی یا دندانپزشکی یا بیمه عمر از جمله مزایای مدی-کر گرفته، آن را کنسل کرده یا تغییر داده است؟
- دانش آموز 16 ساله و بالاتر مدرسه یا کالج را شروع یا رها کرده است؟ می توانید مخارج شهریه یا آمد و رفت مدرسه و غیره را مطالبه کنید.
- مشغول به کار شده، استعفا داده، شغل یا آموزشی را قبول نکرده، ساعات کاری یا آموزش وی زیاد یا کم شده، و یا اعتصاب کرده است؟
- خدمات حمایت درون منزل برای وی آغاز شده یا پایان یافته است؟
- **فقط برای کمک های نقدی:** کودک یا کودکان 6 تا 17 ساله به طور مرتب به مدرسه نمی روند و یا شروع به مدرسه رفتن کرده اند؟

اسم شخص یا اشخاص	رابطه او با شما	توضیح دهید چه شده است.	تاریخ تغییر	اسم کامل شخص
			$	

قسمت 3: در سه ماه آینده انتظار چه وقایعی را دارید؟

8. فکر می کنید در سه ماه آینده میزان درآمد یا مخارج تغییر کند؟ (به جز مخارج مسکن و هزینه های آب و برق و گاز) ☐بله ☐ خیر

نام شخص	منبع درآمد یا نوع مخارج	چرا تغییر خواهد کرد؟	انتظار دارید مبلغ آن در هر کدام از سه ماه آینده چقدر شود؟		
			ماه 1	ماه 2	ماه 3

تغییر آدرس

این قسمت را **فقط اگر جابه جا شده اید** یا آدرس پستی جدیدی دارید، پر کنید.

آدرس خانه جدید — نلفن جدید ( )

شماره — شهر — ایالت — کد پستی

آدرس پستی جدید (اگر با آدرس خانه تفاوت دارد) — تاریخ جا به جایی

شماره — شهر — ایالت — کد پستی

آیا مخارج مسکن یا هزینه های آب وبرق و گاز شما به خاطر این جابه جایی زیاد یا کم شده است؟ ☐بله ☐خیر — مبلغ $

توضیح دهید:

گواهی

اینجانب گواهی می کنم که: اگر به قصد تمام حقایق را گزارش نکنم یا مطالب نادرستی درباره میزان درآمد، دارایی یا وضعیت خانواده ام بدهم تا از مزایا و کمک ها برخوردار شوم یا آن ها را برای خود حفظ کنم، آگاهم که تحت پیگرد قانونی قرار خواهم گرفت. و ممکن است متهم به بزهکاری شوم اگر بیش از 400 دلار به صورت کمک نقدی، کمک غذایی فوداستمپ ویا کمک های خدمات درمانی ایالتی به اشتباه به من پرداخت شود. من یک نسخه از دستورالعمل ها و مجازات های گزارش فصلی وضعیت و شرایط لازم را برای کمک های نقدی، کمک های غذایی فود استمپ و کمک های خدمات درمانی ایالتی را دریافت کرده ام.

مجازات های تقلب در کمک های نقدی: اگر شما عمداً قوانین کمک های نقدی را رعایت نکنید، کمک های نقدی شما ممکن است برای مدتی کم شده و شما تا 10000 $ جریمه شوید و یا تا سه سال به زندان بیفتید.

کمک های نقدی شما ممکن است به این دلایل قطع شود:

تمام حقایق را گزارش نکنید یا مطالب نادرستی بیان کنید: 6 ماه برای اولین تخلف، 12 ماه برای دومین تخلف، یا ابد برای سومین بار.

یک یا بیش از یک تقاضانامه بدهید تا برای یک پرونده بیش از کمک در همان مقطع زمانی بگیرید: 2 سال برای اولین محکومیت، 4 سال برای دومین بار، و ابد برای سومین بار.

مرتکب تخلفی بشوید تا کمک دریافت کنید: 2 سال برای برای دزدی مبلغی زیر 2000 $ ؛ 5 سال برای مبالغ 2000 $ تا 4999.99 $؛ و ابد برای مبلغ 5000$ و بالاتر.

برای همیشه: اگر به کانتی مدرک محل سکونت تقلبی بدهید برای این که از دو یا چند کانتی یا ایالت به طور همزمان کمک دریافت کنید؛ به کانتی مطالب نادرست بدهید درباره کودکی که واجد شرایط نیست یا اصلاً وجود ندارد؛ از راه تقلب بیش از 10000$ کمک نقدی بگیرید؛ برای سومین بار در یک دادگاه رسمی و یا استماع رسمی اداری محکوم به کلاهبرداری شوید.

مجازات های تقلب کمک های غذایی فود استمپ: اگر شما قصداً از قوانین کمک های غذایی فوداستمپ تبعیت نکنید، کمک فوداستمپ شما می تواند برای مدت 12 ماه برای اولین تخلف و 24 ماه برای دومین تخلف، و تا ابد برای سومین بار متوقف شود. ممکن است تا 250000$ جریمه شوید و یا به مدت 20 سال به بازداشتگاه یا زندان بیفتید.

این مجازات در صورتی که شما در هر دادگاه یا استماع رسمی اداری، به دلایل زیر گناهکار شناخته شوید، صدق می کند:

شما کمک غذایی فوداستمپ را در ازای اسلحه یا مهمات یا مواد منفجره فروخته یا معاوضه کرده باشید که آنگاه ممکن است فوداستمپتان حتی اگر اولین بارتان باشد برای همیشه قطع شود.

فوداستمپ را در مقابل مواد تحت نظارت فروخته یا معاوضه کرده باشید که آنگاه ممکن است فوداستمپتان را برای اولین تخلف تا 24 ماه و تا ابد برای دومین بار قطع کنند.

فوداستمپی که 500 دلار یا بیشتر قیمت داشته فروخته یا معاوضه کرده باشید که آنگاه فوداستمپتان ممکن است تا ابد قطع شود.

هویت جعلی به کانتی ارائه داده یا اطلاعات محل زندگی تان صحیح نباشد به نحوی که بتوانید در یک زمان بیش از برای یک پرونده فوداستمپ بگیرید که آنگاه فوداستمپ شما ممکن است تا 10 سال قطع شود.

شما باید این گزارش را بعد از آخرین روز ماه گزارش امضا کنید و تاریخ بزنید، در غیر این صورت فرم شما ناقص تلقی خواهد شد.

من به وقوف به مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالات متحده امریکا و ایالت کالیفرنیا گواهی می کنم که مطالب این گزارش راست، درست و کامل هستند.

کسی که باید اینجا را امضا کند:

برای کمک نقدی: شما و همسرتان که کمک دریافت می کند و نیز پدر یا مادری (که کودکانشان کمک نقدی می گیرند) در صورتی که در خانه شما زندگی می کنند.
برای کمک غذایی: رئیس خانواده، اعضای بزرگسال خانواده یا نماینده مختار خانواده.
برای برنامه ایالتی خدمات درمانی کانتی CMSP: شما، همسر شما، یا نماینده طرف ذی نفع

امضا یا علامت: ☛	تاریخ امضا:	تلفن خانه:	تلفن تماس:
امضای همسر یا والد غیر از شما که کودکانش کمک نقدی می گیرند:	تاریخ امضا:	امضای شاهد برای پرونده مانند مترجم یا کسی که این فرم را پر کرده است	تاریخ امضا