Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

تغيير أوضاع

CHANGE OF CIRCUMSTANCES

إسمك	رقم الضمان الإجتماعي
رقم قضيتك (رقم هوية العميل)	التاريخ

FOR OFFICE USE ONLY

CHANGE REPORTED BY TELEPHONE ON (LIST DATE):

WORKER'S NAME

الرجاء قراءة كل الأقسام بعناية. **أشّر كل المُربعات التي تنطبق على عائلتك،** ضع التاريخ وأمضي الاستمارة ثمّ أرجعها إلى مكتبك المحلي. إن كانت لديك أسئلة، اتصل بالمُوظف المُشرف عليك. إذا أردت إرسال هذه الاستمارة عن طريق البريد، ستجد طروفا مختومة بمكتبك المحلّي.

مسؤولياتك: إن كانت تحصل على مُساعد نقدية أو أغذية، يجب عليك أن تُشعر بالتغييرات خلال عشرة (10) أيام. إن كانت عائلتك تحصل على مُساعدة طبية، يجب عليك أن تُشعر بالتغييرات خلال (20) يوما.

1. ☐ تغيّر عنواني.

☐ انتقلت إلى منزل آخر. تاريخ الانتقال: _____ ☐ لقد تغيّر عنواني البريدي. ☐ أنا بدون مأوى.

عنوان مسكني الجديد هو:	عنواني البريدي الجديد (إن كان مُختلفا) هو:
رقم الشقة (إن كان موجودا)	رقم الشقة (إن كان موجودا)
المدينة / الولاية / الرمز البريدي	المدينة / الولاية / الرمز البريدي

2. ☐ لقد تغيّرت تكاليف مسكني.

بالنسبة للمساعدة الغذائية، أذكر **زيادة تكاليف السكن فقط.** إذا **انخفضت** تكاليف الإيجار (بما في ذلك السكن الحاصل على إعانة حكومية)، **أذكر ذلك أثناء لقاء مُراجعة التأهيل المُقبل.** أشّر كل ما ينطبق:

☐ أنا أستأجر.		☐ أنا شاري.	☐ أنا حاصل على إعانة سكن حكومية.
مبلغ الإيجار الشهري $	حصتك، إن كانت مُختلفة $	مبلغ الرهن العقاري الشهري $	مبلغ الدفع الشهري (أذكر حصتك فقط) $

أدفع على انفصال (أشّر كل ما هو مناسب):

☐ مصاريف التبريد / التدفئة	☐ الهاتف	☐ التأمين على السكن	☐ ضرائب على الملكية
أدفع: _____ $	أدفع: _____ $	أدفع: _____ $	أدفع: _____ $
في الشهر	في الشهر	☐ في الشهر ☐ في السنة	☐ في الشهر ☐ في السنة

3. ☐ لقد غادر أحد الأفراد، أو انتقل إلى مسكني. أشّر كل ما ينطبق واذكر تاريخ الانتقال أو الخروج:

☐ **إنتقل فرد إلى المسكن. التاريخ:** _____

أذكر كل من انتقلوا إلى المسكن (بما في ذلك المواليد الجُدد):

الإسم (الأسماء)	علاقته بي

أشتري وأهيئ الطعام مع رفقائي في المسكن (أشّر المربع المناسب): ☐ نعم ☐ لا

أريد إلحاق شخص بـ:
☐ النقد ☐ المساعدة الغذائية ☐ المساعدة الطبية
☐ رعاية طفل

إن كان ذلك صحيحا، من هو هذا الشخص؟ أذكر الأسماء.

☐ **غادر شخص مسكني. التاريخ:** _____

أذكر كل من غادروا المسكن:

الإسم (الأسماء)	علاقته بي

أنتظر أن يعود الشخص (الأشخاص) للسكن معي (أشّر المربع المناسب): ☐ نعم ☐ لا

إن كان ذلك صحيحا، من هو هذا الشخص؟ أذكر الأسماء:

متى تنتظر أن يعود هذا الشخص (الأشخاص) إلى المسكن؟

4. ☐ تغيّر دخل عائلتي. يشمل الدخل المكاسب أو الأجور من وظيفة أو من مهنة حُرّة، وإعانة البطالة والضمان الإجتماعي وتأمين الضمان الإجتماعي والصناعات والعمل (L&I) وإعالة الأطفال ومنافع قُدماء المحاربين (VA) والهدايا والقروض. أشّر كل ما ينطبق:

☐ **بدأ الدخل أو الوظيفة.** تاريخ بداية الدخل: _____ من هو الشخص الذي بدأ دخله؟ _____

المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضريبة): _____ $ ☐ في الساعة ☐ في الشهر

نوع الدخل: _____ اسم المُوظَف (إن وُجد): _____

☐ كامل الوقت ☐ نصف الوقت التاريخ (التواريخ) التي يحصل فيها الشخص على الدخل (مثال: أول (1) ومُنتصف (15) كل شهر، أو كل يوم جمعة): _____

☐ **توقف الدخل أو الوظيفة.** تاريخ توقّف الدخل: _____ من هو الشخص الذي توقف دخله: _____

سبب توقف الدخل: _____

☐ **زاد الدخل.** تاريخ زيادة الدخل: _____ من هو الشخص الذي زاد دخله؟ _____

المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضريبة): _____ $ ☐ في الساعة ☐ في الشهر

نوع الدخل: _____ اسم المُوظَف (إن وُجد): _____

إن كان الشخص مُوظفا، هل هذا تغيير من وظيفة **نصف الوقت** إلى وظيفة **كامل الوقت**؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ **انخفض الدخل.** تاريخ انخفاض الدخل: _____ من هو الشخص الذي انخفض دخله؟ _____

المبلغ الإجمالي (المبلغ بالدولار قبل الضريبة): _____ $ ☐ في الساعة ☐ في الشهر

نوع الدخل: _____ اسم المُوظَف (إن وُجد): _____

إن كان الشخص موظفا، هل هذا تغيير من وظيفة **كامل الوقت** إلى وظيفة **نصف الوقت**؟ ☐ نعم ☐ لا

5. ☐ تغيرت موارد عائلتي. أنا، أو شخص ثاني في عائلتي، أمتلك (أشّر كل ما ينطبق):

☐ حساب بنكي (أشّر كل ما ينطبق): ☐ حساب جاري ☐ حساب إدخار ☐ مدفوعات نقدية ☐ سوق مالية

المبلغ في الحساب: _____ $ تاريخ فتح الحساب: _____

☐ سيارة: السنة: _____ النوع: _____ الموديل: _____ تاريخ استلام السيارة: _____

☐ مردود الفائض من ضريبة الدخل. _____ $ ما هو مبلغ إئتمان ضريبة الدخل المكتسب (Earned Income Tax Credit - EITC)؟ _____ $

تاريخ الاستلام: _____

☐ دفعة مبلغ إجمالي (بما في ذلك المرابيح بمفعول مرجعي والتسويات والإرث). _____ $ تاريخ الاستلام: _____

☐ موارد أخرى (أذكر ذلك):

6. ☐ هناك تغييرات أخرى على عائلتي. (أشّر كل ما ينطبق):

☐ أحتاج إلى مساعدة رعاية طفل.

☐ تغيّرت تكاليف رعاية طفلي (حضانة الطفل) من: _____ $ في الشهر، إلى _____ $ في الشهر.

☐ بدأ الحمل لـ: _____ ؛ تاريخ الولادة المُنتظر: _____

☐ انتهى الحمل لـ: _____ ؛ تاريخ انتهاء الحمل: _____

☐ تغيرت دفعات إعالة الطفل من: _____ $ في الشهر، إلى _____ $ في الشهر.

☐ من يدفع إعالة الطفل: _____

☐ ارتفعت المصاريف الطبية من: _____ $ في الشهر، إلى _____ $ في الشهر.

☐ من يدفع المصاريف الطبية: _____

☐ تغيرت حالتي الزوجية لـ: _____ ☐ مُتزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ منفصل(ة) ☐ أرمل(ة)

تغييرات أخرى (اشرح)

7. ☐ أريد إنهاء: ☐ المساعدة المالية ☐ المساعدة الغذائية ☐ المساعدة الطبية ☐ رعاية الطفل

التصريح والإمضاء

أُصرح، تحت طائلة عقوبة التزوير، أن كل المعلومات التي أقدمها صحيحة وكاملة وفقا لمعرفتي. أنا مُتفهم أنه إن قدمت معلومات خاطئة أو مُضلّلة أو غير كاملة، قد أتعرض لعقوبة وفقا للقانون (RCW 74.08.055 و RCW 74.08.331). أنا مُتفهم أنه قد يتم التثبت من المعلومات التي أقدمها وأوافق على تقديم الإثبات. إذا تعذر علي تقديم البرهان، فاني أسمح لقسم الخدمات الإجتماعية والصحية (DSHS) بالإتصال بأشخاص أو وكالات أخرى عوضا عني قصد الحصول على البُرهان. إن توقيعي على هذه الإستمارة يعني وأني أشعرت بكامل التغييرات التي حصلت.

التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
توقيع أحد أفراد العائلة من البالغين أو المُمثل الشرعي	التاريخ	رقم الهاتف