Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ZMIANA SYTUACJI
CHANGE OF CIRCUMSTANCES

NAZWISKO PETENTA	NR SOCIAL SECURITY
NUMER SPRAWY	DATA

FOR OFFICE USE ONLY
CHANGE REPORTED BY TELEPHONE ON (LIST DATE):

WORKER'S NAME

Należy uważnie przeczytać wszystkie punkty. **Zaznaczyć pola odnoszące się do gospodarstwa domowego petenta.** Popisać, opatrzyć datą i oddać w miejscowym biurze. Pytania należy kierować do swojego referenta. W biurze można otrzymać koperty z opłaconą odpowiedzią w celu odesłania formularza pocztą.

OBOWIĄZKI PETENTA: Jeżeli rodzina otrzymuje pomoc żywnościową, należy to zgłosić w ciągu 10 dni. Jeżeli rodzina otrzymuje pomoc medyczną, należy to zgłosić w ciągu 20 dni.

1. ☐ Mój adres uległ zmianie.

☐ Przeprowadziłem się. Data przeprowadzki: _____ ☐ Mój adres poczt owy zmienił się. ☐ Jestem bezdomny.

Mój nowy adres:			Mój nowy adres pocztowy (jeżeli inny):		
		NR MIESZKANIA (JEŻELI DOTYCZY)			NR MIESZKANIA (JEŻELI DOTYCZY)
MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY

2. ☐ Moje koszty mieszkaniowe uległy zmianie.

Ubiegając się o pomoc żywnościową podać tylko **wzrost** kosztów mieszkania. W razie **zmniejszenia** komornego (w tym uzyskanie mieszkania subsydiowanego) **zgłosić to przy najbliższym sprawdzeniu uprawnień**. Zaznaczyć wszystkie odnośne pola:

☐ Wynajmuję.		☐ Jestem właścicielem.	☐ Mam mieszkanie subsydiowane.
MIESIĘCZNE KOMORNE $	UDZIAŁ PETENTA, JEŻELI RÓŻNY $	MIESIĘCZNA SPŁATA HIPOTEKI $	MIESIĘCZNA KWOTA DO ZAPŁATY (PODAĆ TYLKO SWOJĄ CZĘŚĆ) $

Płacę oddzielnie za (zaznaczyć wszystkie odnośne pola):

☐ Ogrzewanie i chłodzenie	☐ Telefon	☐ Ubezpieczenie domu	☐ Podatek od nieruchomości
Płacę : $_____ miesięcznie	Płacę : $_____ miesięcznie	Płacę : $_____ ☐ miesięcznie ☐ rocznie	Płacę : $_____ ☐ miesięcznie ☐ rocznie

3. ☐ Liczba osób zamieszkujących z petentem zmieniła się. Zaznaczyć wszystkie odnośne pola i podać datę zmiany:

☐ **Ktoś WPROWADZIŁ się do mnie. Data:** _____

Wyliczyć wszystkie osoby, które się wprowadziły (w tym noworodki):

NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

Opłacam i przygotowuję posiłki dla osób wspólnie ze mną zamieszkałych (zaznaczyć odpowiednie pole):

☐ Tak ☐ Nie

Chcę otrzymywać wspólnie z inną osobą pomoc:

☐ w gotówce ☐ żywnościową ☐ medyczną
☐ opieka nad dzieckiem

Jeżeli tak, z kim? Podać nazwiska.

☐ **Ktoś WYPROWADZIŁ się ode mnie. Data:**

Wyliczyć wszystkie osoby, które się wyprowadziły:

NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

Spodziewam się, że ta osoba (te osoby) wprowadzi (wprowadzą) się ponownie (zaznaczyć odpowiednie pole):

☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, z kim? Podać nazwiska:

Kiedy ta lub te osoby wprowadzą się ponownie?

4. ☐ **Dochody mojego gospodarstwa domowego uległy zmianie. Do dochodu zalicza się np. zarobki lub pobory z miejsca pracy lub samozatrudnienia, zasiłki dla bezrobotnych, zasiłki SSI, zasiłki chorobowe (L&I), alimenty dla dzieci, renty wojskowe (VA), prezenty, pożyczki. Zaznaczyć wszystkie odpowiednie rubryki:**

☐ **POCZĄTEK uzyskiwania dochodu lub zatrudnienia.** Od dnia:_____ Czyj dochód?_____

Kwota brutto (przed opodatkowaniem): $_____ ☐ za godzinę ☐ miesięcznie

Rodzaj dochodu:_____ Nazwa pracodawcy (jeżeli dotyczy):_____

☐ Pełne zatrudnienie ☐ Niepełne zatrudnienie Daty wypłat (np. 1 i 15 dnia miesiąca, w każdy piątek): _____

☐ **KONIEC uzyskiwania dochodu lub zatrudnienia.** Od dnia:_____ Czyj dochód?_____

Powód ustania dochodu:_____

☐ **WZROST dochodu.** Od dnia:_____ Czyj dochód? _____

Kwota brutto (przed opodatkowaniem): $_____ ☐ za godzinę ☐ miesięcznie

Rodzaj dochodu:_____ Nazwa pracodawcy (jeżeli dotyczy):_____

Jeżeli pracuje, czy nastąpiła zmiana zatrudnienia **niepełnego** na **pełne**? ☐ Tak ☐ Nie

☐ Dochód **ZMNIEJSZONY**. Od kiedy (data): _____ Czyj dochód uległ zmniejszeniu?_____

Kwota brutto (przed opodatkowaniem): $_____ ☐ za godzinę ☐ miesięcznie

Rodzaj dochodu:_____ Nazwa pracodawcy (jeżeli dotyczy):_____

Jeśli pracuje, czy zatrudnienie zmieniło się z **pełnego** na **niepełne**? ☐ Tak ☐ Nie

5. ☐ **Zasoby gospodarstwa domowego uległy zmianie. Petent lub inny członek rodziny uzyskał (zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola):**

☐ Rachunek bankowy (zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola): ☐ czekowy ☐ oszczędnościowy ☐ świadectwo depozytowe (CD) ☐ rynek pieniężny

Kwota na rachunku: $ _____ Data otwarcia rachunku:_____

☐ Pojazd: Rocznik: _____ Marka:_____Model:_____ Data uzyskania:_____

☐ Zwrot podatku dochodowego: $_____Ile wyniosła zniżka podatku od zarobków (EITC)? $_____ Data otrzymania:_____

☐ Kwoty zryczałtowane (w tym świadczenia zaległe, ugody czy spadki): $_____Data otrzymania:_____

☐ Inne zasoby (wymienić):

6. ☐ **W gospodarstwie domowym zaszły inne zmiany. Zaznaczyć wszystkie odnośne pola:**

☐ Potrzebuję pomocy na opiekę nad dzieckiem.

☐ Moje koszty opieki nad małym dzieckiem zmieniły się z: $_____/miesięcznie na $_____/miesięcznie.

☐ Zaszła w ciążę: spodziewane rozwiązanie: _____; Oczekiwana data rozwiązania: _____

☐ Zakończyła ciążę: data zakończenia ciąży: _____; Data zakończenia ciąży: _____

☐ Kwota alimentów zmieniła się z $_____/miesięcznie na $_____/miesięcznie.

Kto płaci alimenty: _____

☐ Wydatki medyczne wzrosły z $_____/miesięcznie na $_____/miesięcznie.

Kto pokrywa wydatki: _____

☐ Zmienił/a stan cywilny _____ ☐ ślub ☐ rozwód ☐ separacja ☐ owdowienie

INNE ZMIANY (OPISAĆ)

7. ☐ **Chcę przestać pobierać:** ☐ **Pomoc w gotówce** ☐ **Pomoc żywnościową** ☐ **Pomoc medyczną** ☐ **Pomoc na dziecko**

OŚWIADCZENIE I PODPIS

Oświadczam pod karą za składanie fałszywych zeznań, że informacje tu podane są prawdziwe, ścisłe i wyczerpujące zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że za składanie fałszywych, wprowadzających w błąd lub niepełnych informacji grozi kara (RCW 74.08.055 i RCW 74.08.331). Przyjmuję do wiadomości, że podane przeze mnie informacje podlegają weryfikacji i zgadzam się przedstawić ich dowody. Jeżeli nie będę wstanie udzielić potrzebnych dowodów, upoważniam DSHS do skontaktowania się z innymi osobami lub instytucjami, aby uzyskać dowody w moim imieniu. Mój podpis na tym formularzu oznacza, że przedstawiłem wszystkie zaszłe zmiany.

PODPIS	DATA	NUMER TELEFONU
PODPIS INNEGO DOROSŁEGO CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO LUB PRZEDSTAWICIELA	DATA	NUMER TELEFONU