Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

MODIFICARE DE ÎMPREJURĂRI
CHANGE OF CIRCUMSTANCES

NUMELE DVS.	NR. DE SECURITATE SOCIALĂ
NR. CAZULUI DVS. (NR. ID AL CLIENTULUI)	DATA

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

WORKER'S NAME

Citiţi cu atenţie toate paragrafele. **Bifaţi toate căsuţele care corespund căminului dvs.** Semnaţi, dataţi şi înapoiaţi acest formular la biroul dvs. local. Dacă aveţi nelămuriri, luaţi legătura cu funcţionarul dvs. Dacă doriţi să înapoiaţi acest formular prin poştă, biroul dvs. local vă pune la dispoziţie plicuri cu tariful poştal deja plătit.

RESPONSABILITĂŢILE DVS.: Dacă primiţi asistenţă în numerar sau în alimente, trebuie să ne raportaţi orice modificare în termen de 10 zile. Dacă primiţi asistenţă medicală, trebuie să ne raportaţi orice modificare în termen de 20 de zile.

1. ☐ **Mi s-a schimbat adresa**

☐ M-am mutat. Data mutării: _____ ☐ Mi s-a schimbat adresa poştală ☐ Nu am un cămin.

Noua mea adresă este:	Noua mea adresă poştală (dacă este diferită) este:
NR. APARTAMENT (DACĂ ESTE CAZUL)	NR. APARTAMENT (DACĂ ESTE CAZUL)
ORAŞ STAT COD POŞTAL	ORAŞ STAT COD POŞTAL

2. ☐ **Cheltuielile pentru adăpost s-au modificat.**

Dacă primiţi asistenţă în alimente, raportaţi numai cheltuielile pentru adăpost. Dacă vi s-a **redus** chiria (inclusiv trecerea la locuinţă subvenţionată), **raportaţi aceasta la verificarea pentru următorul termen de eligibilitate.** Bifaţi tot ce vă corespunde:

☐ Locuiesc cu chirie.		☐ Cumpăr o locuinţă.	☐ Am locuinţă subvenţionată.
CHIRIE LUNARĂ $	PARTEA DVS. DE PLATĂ, DACĂ SUMA ESTE DIFERITĂ $	SUMA IPOTECII LUNARE $	SUMA PLĂTITĂ LUNAR (INDICAŢI NUMAI PARTEA DVS. DE PLATĂ) $

Plătesc separat pentru (bifaţi ce vă corespunde):

☐ Încalzire/aer condiţionat	☐ Telefon	☐ Asigurare pentru casă	☐ Impozit pe proprietate
Plătesc: $_____ lunar	Plătesc: $_____ lunar	Plătesc: $_____ ☐ lunar ☐ anual	Plătesc: $_____ ☐ lunar ☐ anual

3. ☐ **Cineva s-a mutat în sau din locuinţa mea. Bifaţi tot ce corespunde şi indicaţi data mutării:**

☐ **Cineva s-a mutat ÎN locuinţa mea. Data:** _____
Indicaţi toate persoanele care s-au mutat (inclusiv noi-născuţi):

NUME	RELAŢIA FAŢĂ DE MINE

Cumpăr şi prepar mîncare cu persoanele cu care locuiesc (bifaţi căsuţa care vă corespunde): ☐ Da ☐ Nu

Doresc să includ pe cineva în programul de asistenţă:
☐ În numerar ☐ În alimente ☐ Medicală
☐ Pentru îngrijirea copilului

În acest caz, cine este(sunt) persoana(ele)? Indicaţi numele.

☐ **Cineva s-a mutat DIN locuinţa mea. Data:** _____
Indicaţi pe cei care s-au mutat.

NUME	RELAŢIA FAŢĂ DE MINE

Cred că persoana(persoanele) se va(vor) muta înapoi cu mine (bifaţi căsuţa care corespunde): ☐ Da ☐ Nu

În acest caz, cine este(sunt) persoana(ele)? Indicaţi numele.

Când credeţi că persoana(ele) se va(vor) muta înapoi?

4. ☐ **Venitul obţinut in căminul meu s-a modificat. Venitul include profitul sau salariul obţinut ca angajat sau liber-profesionist, ajutorul de şomaj, beneficiile de Securitate Sociala (SSI), beneficiile din partea Biroului pentru Protecţia Muncii (L & I), alocaţia pentru copii, beneficiile pentru veterani (VA), cadourile sau împrumuturile. Bifaţi tot ce vă corespunde:**

☐ **Venitul sau lucrul A ÎNCEPUT.** Data la care s-a obţinut un venit: _____ Cine a început să obţină venit ?_____

Venitul brut (suma în dolari fără impozit): $_____ pe ☐ oră ☐ lunar

Tipul venitului: _____ Numele patronului (dacă este cazul): _____

☐ Permanent ☐ Temporar Data(ele) la care persoana primeşte venitul (ex. 1 sau 15 al fiecărei luni sau în fiecare vineri): _____

☐ **Venitul sau lucrul ÎNCETAT.** Data la care a încetat obţinerea venitului: _____ Cine a încetat sa obţină venit ? _____

Motivul pentru care nu s-a mai obţinut nici un venit: _____

☐ **S-a mărit venitul.** Data măririi venitului: _____ Al cui venit s-a mărit ? _____

Venitul brut (suma în dolari fără impozit): $_____ pe ☐ oră ☐ lunar

Tipul venitului: _____ Numele patronului (dacă este cazul):_____

Dacă sunteţi angajat(ă), aţi trecut de la statutul de **angajat temporar** la cel de **angajat cu normă întreagă?** ☐ Da ☐ Nu

☐ **S-a redus venitul.** Data reducerii venitului: _____ Al cui venit s-a redus? _____

Venitul brut (suma în dolari fără impozit): $_____ pe ☐ oră ☐ lunar

Tipul venitului: _____ Numele patronului (dacă este cazul):_____

Dacă sunteţi angajat(ă), aţi trecut de la statutul de **angajat cu normă întreagă** la cel de **angajat temporar**? ☐ Da ☐ Nu

5. ☐ **Sursele de venit din căminul meu s-au modificat. Eu sau cineva din căminul meu a obţinut (bifaţi tot ce corespunde):**

☐ Cont bancar (bifaţi tot ce corespunde): ☐ Cont curent ☐ Cont de economii ☐ Dividende în numerar ☐ Piaţa valutară

Suma din cont: $ _____ Data deschiderii contului: _____

☐ Autovehicul: Anul: _____ Marca: _____ Modelul: _____ Data la care a fost primit:_____

☐ Rambursare din plata impozitului. $_____ Cât a fost creditul pentru impozitul pe venit obţinut (EITC)? $_____ Data primirii:_____

☐ Sumă de bani plătită în întregime (inclusiv beneficii retroactive, tranzacţie sau moştenire). $_____ Data primirii:_____

☐ Alte resurse (specificaţi):

6. ☐ **Alte modificări s-au produs în căminul meu. Bifaţi tot ce corespunde:**

☐ Am nevoie de asistenţă pentru îngrijirea copilului.

☐ Cheltuielile pentru îngrijirea copilului s-au modificat de la: $_____ pe lună la $_____ pe lună.

☐ Început de graviditate pentru: _____; Data probabilă a naşterii: _____

☐ Sfârşit de graviditate pentru: _____; Data terminării gravidităţii:_____

☐ Alocaţia pentru copil s-a modificat de la: $_____ pe lună la $_____ pe lună.

Cine plăteşte alocaţie pentru copil: _____

☐ Cheltuielile pentru asistenţă medicală au crescut de la: $_____ pe lună la $_____ pe lună.

Cine plăteşte cheltuielile: _____

☐ Starea mea civilă s-a modificat: _____ ☐ Căsătorit(ă) ☐ Divorţat(ă) ☐ Despărţit(ă) ☐ Văduv(ă)

ALTE MODIFICĂRI (DESCRIEŢI)

7. ☐ **Doresc să renunţ la:** ☐ **Asistenţa în numerar** ☐ **Asistenţa în alimente** ☐ **Asistenţa medicală** ☐ **Asistenţa pentru îngrijirea copilului**

DECLARAIE ŞI SEMNĂTURĂ

Cunoscând sancţiunile legale pentru mărturie falsă declar că informaţiile pe care le furnizez sunt adevărate şi complete conform cunoştinţelor mele. Înţeleg că dacă voi furniza informaţii false, greşite sau incomplete, voi suporta consecinţele legii (RCW 74.08.055 şi RCW 74.08.331). Înţeleg că informaţiile pe care le furnizez pot fi verificate şi sunt de acord cu verificarea acestora. Dacă nu pot furniza dovezile necesare, autorizez DSHS să contacteze alte persoane sau agenţii pentru a le obţine în numele meu. Semnătura de pe acest formular confirmă că am raportat toate modificările produse.

SEMNĂTURA	DATA	NR. DE TELEFON
SEMNĂTURA ALTUI ADULT DIN CASĂ SAU A REPREZENTANTULUI	DATA	NR. DE TELEFON