



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #04-103-EMP

AVAILABILITY OF THE FOOD STAMP CHANGE REPORT FORM (LDSS-3151) IN EIGHT ADDITIONAL LANGUAGES

Date: June 23, 2004	Subtopic(s): Public Assistance, Food Stamps, Medicaid																
<p><input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p><input type="checkbox"/> Forms can now be accessed through Print on Demand at all Centers.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all staff that the Food Stamp Change Report Form (LDSS-3151), which is currently available in English and Spanish, is now available in eight additional languages: Arabic, Chinese, French, Haitian Creole, Korean, Russian, Vietnamese and Yiddish.</p> <p>A supply of these forms will be shipped to the Centers under separate cover. Center Directors must contact Deborah Kellman, Director of Supply Control at (212) 480-6554 for additional copies as needed.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <table><tr><td>LDSS-3151-AR</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Arabic)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-CH</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Chinese)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-FR</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (French)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-HA</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Haitian Creole)</td></tr><tr><td>LDSS-3153-KO</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Korean)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-RU</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Russian)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-VI</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Vietnamese)</td></tr><tr><td>LDSS-3151-YI</td><td>Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Yiddish)</td></tr></table>	LDSS-3151-AR	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Arabic)	LDSS-3151-CH	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Chinese)	LDSS-3151-FR	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (French)	LDSS-3151-HA	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Haitian Creole)	LDSS-3153-KO	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Korean)	LDSS-3151-RU	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Russian)	LDSS-3151-VI	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Vietnamese)	LDSS-3151-YI	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Yiddish)
LDSS-3151-AR	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Arabic)																
LDSS-3151-CH	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Chinese)																
LDSS-3151-FR	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (French)																
LDSS-3151-HA	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Haitian Creole)																
LDSS-3153-KO	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Korean)																
LDSS-3151-RU	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Russian)																
LDSS-3151-VI	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Vietnamese)																
LDSS-3151-YI	Food Stamp Change Report Form (Rev. 2/04) (Yiddish)																

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call (718) 557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

Distribution: X

قواعد الإبلاغ كل ستة أشهر: لكون أهل دارك ممن يتلقون قسائم الطعام ("فود ستاميس") بموجب قواعد "الإبلاغ كل ستة أشهر"، يشترط عليك فقط أن تبلغ عن التغيرات عند موعد إعادة تثبيت أهلك القديم؛ باستثناء الحالات الثلاث التالية:

1. إذا كان إجمالي الدخل الشهري لأهل دارك يزيد على 130% من مستوى الفقر، فيجب عليك أن تبلغ عن قدر هذا المبلغ الشهري إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عنك بواسطة الهاتف، أو كتابياً، أو بالذهاب بنفسك إليها في ظرف 10 أيام بعد نهاية الشهر التقويمي الذي تعديت فيه مستوى 130%. إجمالي الدخل هو مبلغ الدخل قبل خصم المصارف والخصومات الأخرى منه، وليس المبلغ الذي يتبضه عندما تصرف شيك راتبك. يجب علينا أن نستخدم الدخل الإجمالي لتقدير أهليتك لتلقي مخصصات قسائم الطعام. سيشرح لك مسؤول ملفك معنى مفهوم 130% من مستوى الفقر بالنسبة لحجم عائلتك. يجب إضافة أي نوع آخر من الدخل لتلقاه بجانب الدخل المكتسب إلى دخلك المكتسب الإجمالي لئلا إذا تعديت نسبة 130% من مستوى الفقر. تتضمن الأمثلة من مصادر الدخل الأخرى التي تحسب كلا من: دفعات إعالة ونفقة الطفل، وتأمين البطالة عن العمل، و دفعات المعونة المؤقتة (TA)، و دفعات تعويض العامل ("وكرز كومبسيشن")، و مخصصات الضمان الاجتماعي، و دخل الضمان الإضافي (SSI)، والإعانة والعجز من مصادر خاصة.

إذا لم تبلغ بأن دخلك الإجمالي أكثر من 130% من مستوى الفقر في أي شهر تقويمي كان، فيجوز أن تعتر جميع المخصصات التي تتلقاها بعد ذلك الشهر كتفجع زائد عن اللزوم. وينطبق هذا الأمر حتى ولو تراجع دخلك تحت نسبة 130% من مستوى الفقر في أي شهر تال له.

2. إذا كانت فترة تثبيت أهلية أهل دارك أكثر من 6 أشهر: عند حلول نقطة الفحص بعد مضي ستة أشهر من فترة تثبيت أهليتك، ستتسلم نموذج الإبلاغ الذي يجب عليك رده في ظرف 10 عشرة أيام من استلامه. إذا حصل أي تغير من التغيرات المدرجة أدناه على أهل دارك، فيجب عليك أن تبلغ عنه في نموذج الإبلاغ الذي أرسل إليك عند حلول موعد الفحص بعد مضي ستة أشهر من فترة أهليتك:

قائمة بالتغيرات التي يجب عليك أن تبلغ عنها عند حلول موعد الفحص بعد مضي ستة شهور:

- التغيرات في أي مصدر من مصادر الدخل لأي فرد من أفراد أهل دارك.
- التغيرات في مجموع الدخل المكتسب لأهل دارك: عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$100 في الشهر.
- التغيرات في مجموع الدخل غير المكتسب من مصدر عام لأهل دارك، مثل مخصصات الضمان الاجتماعي، أو مخصصات تأمين البطالة عن العمل (UIB)، عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$50 في الشهر.
- التغيرات في مجموع الدخل غير المكتسب من مصدر خاص لأهل دارك، مثل دفعات إعالة ونفقة الطفل، أو دفعة التأمين الخاص للإعانة والعجز. عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$100 في الشهر.
- التغيرات في قدر مبلغ أمر صادر من المحكمة بشأن إعالة ونفقة الطفل الذي تدفعه إلى مليل خارج أهل الدار الذين يتلقون مخصصات قسائم الطعام.
- التغيرات بشأن من يعيش معك.
- إذا إنتقلت، عنوانك الجديد و قسط إيجارك الجديد أو قسط البيت ("مورتيج") الجديد، وتكاليف التدفئة وتكاليف المرافق العامة.
- سيارة جديدة أو مختلفة، أو أي نوع من المركبات الأخرى.
- حصول زيادة لأهل دارك في كل من المبالغ النقدية، والأسهم، والسندات المالية، والرصيد المالي الموجود في كل من الحسابات البنكية و مؤسسات التوفير ("سيفينغ")، وذلك إذا كان مجموع قدر النقود والتوفير لجميع أفراد أهل الدار يبلغ الآن أكثر من \$2000. (أكثر من \$3000 إذا كان أحد من أفراد أهل دارك معاقاً وعاجزاً أو يبلغ من العمر 60 سنة أو أكثر).
- أية تغيرات في أهل دارك التي قد تؤدي إلى عقوبة كما هو مفصل في الصفحة رقم 6.

3. إذا كان يوجد من بين أهل دارك الذين يتلقون قسائم الطعام شخص بالغ قادر جسدياً بدون معالين ("ABAWD")، فيجب عليك أن تخبرنا إذا كان قدر ساعات عملك يقل عن 80 ساعة في شهر ما في ظرف 10 أيام بعد نهاية ذلك الشهر.

قواعد الإبلاغ عن التغير

علا بقواعد "الإبلاغ عن التغير" لكونك أهل دار يتلقى قسائم الطعام، يجب عليك أن تبلغ عن التغيرات التالية في ظرف 10 أيام من حدوث تغير فيها:

- التغيرات في أي مصدر من مصادر الدخل لأي فرد من أفراد أهل دارك.
- التغيرات في مجموع الدخل المكتسب لأهل دارك: عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$100 في الشهر.
- التغيرات في مجموع الدخل غير المكتسب من مصدر عام لأهل دارك، مثل مخصصات الضمان الاجتماعي، أو مخصصات تأمين البطالة عن العمل (UIB)، عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$50 في الشهر.
- التغيرات في مجموع الدخل غير المكتسب من مصدر خاص لأهل دارك، مثل دفعات إعالة ونفقة الطفل، أو دفعة التأمين الخاص للإعانة والعجز، عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من \$100 في الشهر.
- التغيرات في قدر مبلغ أمر صادر من المحكمة بشأن إعالة ونفقة الطفل الذي تدفعه إلى طفل خارج أهل الدار الذين يتلقون مخصصات قسائم الطعام.
- التغيرات بشأن من يعيش معك.
- إذا إنتقلت، عنوانك الجديد و قسط إيجارك الجديد أو قسط البيت ("مورتيج") الجديد، وتكاليف التدفئة وتكاليف المرافق العامة.
- سيارة جديدة أو مختلفة، أو أي نوع من المركبات الأخرى.
- حصول زيادة لأهل دارك في كل من المبالغ النقدية، والأسهم، والسندات المالية، والرصيد المالي الموجود في كل من الحسابات البنكية و مؤسسات التوفير ("سيفينغ")، وذلك إذا كان مجموع قدر النقود والتوفير لجميع أفراد أهل الدار يبلغ الآن أكثر من \$2000. (أكثر من \$3000 إذا كان أحد من أفراد أهل دارك معاقاً وعاجزاً أو يبلغ من العمر 60 سنة أو أكثر).
- إذا كان يوجد من بين أهل دارك الذين يتلقون قسائم الطعام شخصاً بالغاً قادراً جسدياً بدون معالين ("ABAWD")، فيجب عليك أن تخبرنا إذا كان قدر ساعات عملك يقل عن 80 ساعة شهر ما في ظرف 10 أيام بعد نهاية ذلك الشهر.
- أية تغيرات في أهل الدار التي قد تؤدي إلى عقوبة كما هو مفصل في الصفحة رقم 6.

قواعد الإبلاغ الخاصة بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لأهل الدار الذين يتلقون مخصصات إنقالية (TBA)

- مخصصات قسائم الطعام الانتقالية هي مخصصات قسائم الطعام التي يمكن أن تستمر في تلقيها إلى حد خمسة شهور بعد إغلاق ملفك بشأن المعونة المؤقتة.
- لا يشترط عليك أن تبلغ عن التغييرات خلال الفترة الانتقالية. إذا حصل لديك تغييرات قد تؤدي إلى زيادة في مخصصاتك، فيمكنك الاتصال بمسؤول ملفك لتتقدم طلب إعادة تثبيت أهلية ميكر في أي وقت خلال فترتك الانتقالية لكي تتلقى هذه الزيادة. لا يمكن تنفيذ الزيادة إلا بعد توقيعك طلب إعادة تثبيت الأهلية وتقديمه، وإكمال عملية إعادة تثبيت الأهلية بشكل تام.
- يجب عليك أن تجد تثبيت حالتك قبيل آخر فترتك الانتقالية نرى إذا كان يمكنك الاستمرار في تلقي مخصصات قسائم الطعام بعد انتهاء فترتك الانتقالية. سنرسل لك إخطاراً يذكر شروط إعادة تثبيت الأهلية هذه. إذا لم تتم بإعادة تثبيت أهليتك، فلن يرسل لك أي إخطار آخر، وسنعلق ملف قسائم الطعام الخاص بك.

قواعد الإبلاغ الخاصة ببرنامج مخصصات مشروع تحسين التغذية التابع لولاية نيويورك (NYSNIP) للمشاركين فيه ؟

- سنستلم رسالة اتصال بعد 24 شهراً من ابتداء مشاركتك في برنامج مشروع تحسين التغذية التابع لولاية نيويورك (NYSNIP) ، ويجب عليك إكمالها ورجعها.
- إذا الإجابة على رسالة الاتصال، لا يشترط عليك أن تبلغ عن التغييرات الطارئة خلال فترة تثبيتك. يمكنك أن تبلغ بملء إرادتك عن أي زيادة في مصاريفك الطبية، تكاليف قسط الإيجار أو المنافع العامة، أو تخفيض في قدر دخلك. إذا قمت بالتبليغ عن هذه التغييرات وتثبت صحتها، فيمكن أن تكون مؤهلاً لعدد أكثر من مخصصات قسائم الطعام. يمكنك أيضاً أن تبلغ عن عنوانك الجديد في حال انتقالك إلى مكان آخر، لكي تستطيع الاستمرار في تلقي الإخطارات التي ترسلها إليك.

المصاريف الطبية: لا يشترط عليك أن تبلغ عن التغييرات في مصاريفك الطبية خلال فترة تثبيت أهليتك؛ إلا إنه يجوز أن تبلغ بملء إرادتك عن التغييرات في مصاريفك الطبية الخاصة بفراد أهل الدار الذين:

- بلغ عمرهم 60 سنة أو أكثر
- يتلقون مخصصات الإعاقه والعجز للجندي المسرح ("فيتزان")
- يكونون أزواج (أو زوجات) معاقين وعجزاً، أو أطفال لجندي مسرح ("فيتزان") ميت
- يتلقون مخصصات قاعد إعاقه وعجز حكومية
- يتلقون دخل الضمان الإضافي (SSI)
- يتلقون مخصصات إعاقه وعجز من الضمان الاجتماعي
- يتلقون مخصصات إعاقه وعجز تقاعدية من شركات السكك الحديدية
- يتلقون معونة طبية على أساس إعاقه وعجز

إذا بلغت عن زيادة في مصاريفك الطبية وقدمت الإثبات المؤيد لها، فيجوز أن تكون مؤهلاً للحصول على قدر أكثر من مخصصات قسائم الطعام. يجب الإبلاغ عن التغييرات في المصاريف الطبية عند الموعد القادم لإعادة تثبيت أهليتك.

قواعد الإبلاغ بشأن المعونة المؤقتة (TA) : تسري القواعد المدرجة أعلاه على برنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فقط. إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة (TA) أيضاً، فلا يزال يتطلب منك الإبلاغ عن التغييرات بشأن المعونة المؤقتة (TA) في ظرف 10 أيام من حدوث التغيير، على رسائل إبلاغ دورية، واستبيانات الأهلية بشأن المعونة المؤقتة (TA)، وعند إعادة تثبيت الأهلية.

متى تستخدم هذا النموذج:

يمكن استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن أي تغير مفروض عليك الإبلاغ عنه أو الإبلاغ عنه بملء إرادتك. يمكنك أيضاً استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن التغييرات في كلفة العناية المقدمة لأطفالك أو لأشخاص بالغين معاقين وعجزين، أو عاجزين، أو تتغير في كلفة المأوى حتى ولو لم تنتقل إلى مكان آخر. علماً بأن الزيادة في هذه المصاريف قد تؤدي إلى تأهيلك للحصول على قدر أكثر من مخصصات قسائم الطعام.

يرجى إرفاق الإثبات المؤيد للتغير الذي تبلغ عنه بهذا النموذج في حال توفره لديك. سيساعدك هذا في ضمان حصولك على قدر المبلغ الصحيح لمخصصات قسائم الطعام. يجب التحقق من صحة التغييرات المبلغ عنها قبل أن نستطيع زيادة مخصصاتك.

يجب إرسال هذا النموذج بالبريد أو إحضاره إلى الوكالة المدرجة أعلاه. إذا لم تستطع لأي سبب من الأسباب إرسال هذا النموذج أو إحضاره، فيمكنك الإبلاغ عن هذه التغييرات بالاتصال بنا على رقم الهاتف المدرج في الصفحة 1.

إذا لم تعد راعياً في تلقي مخصصات قسائم الطعام، فقم بتوقيع اسمك هنا لسحب اشتراكك من برنامج مخصصات قسائم الطعام. وبهذا ستتوقف مخصصاتك من قسائم الطعام. لك الحق في الاعتراض على هذا الانسحاب، إذا كنت تشعر بأنه تم إعطائك معلومات غير صحيحة أو ناقصة حول أهليتك للحصول على مخصصات قسائم الطعام، وذلك عن طريق التماس عقد جلسة إنصاف في ظرف 90 يوماً. يمكنك أن تقدم طلباً جديداً لتلقي مخصصات قسائم الطعام في أي وقت بعد انسحابك.

X

إذا قمت بكم معلومات عن التغييرات في أهل دارك كان من المفروض عليك الإبلاغ عنها، فسيستحق عليك لصالحنا قدر الزيادة التي تلقيتها من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") نتيجة لذلك. إذا قمت بكم المعلومات عن قصد وعمد، فمن الممكن أيضاً إلغاء أهليتك لبرنامج قسائم الطعام، ويمكن أن تخضع إلى مقاضاة جنائية [اقرأ "إنذار بالعقوبات المفروضة على برنامج قسائم الطعام" ("فود ستامبس") على الصفحة رقم 6].

تغير في عدد السيارات أو المركبات - هل قام أحد من أهل دارك بشراء، أو بيع، أو المتاجرة بسيارة، أو "تواله" أو قارب، أو مركبة بمخيم، أو دراجة نارية، أو أي نوع من المركبات الأخرى منذ آخر مرة أعلمتنا فيها عن المركبات؟

المنتج	الموديل	السنة	إذا تم بيعها، فما هو قدر المبلغ المستلم
1.			\$
2.			\$
3.			\$

تغير في قدر التوفير - ادرج مجموع المال الذي بحوزة أهل دارك الآن. تشمل في ذلك النقود، وحسابات التوفير ("سيفينغز")، والحسابات الجارية ("تشكنغ")، أو الأسهم، والسندات مالية، والاستثمارات الأخرى. يجب عليك أن تعلمنا إذا زاد قدر توفير أهل الدار على \$2000 (أكثر من \$3000 إذا كان عسر أي من أهل الدار 60 سنة أو أكثر).

تغير في تكاليف العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو العناية بالمعال، أو قدر إعالة ونفقة الطفل المنفوع - هل تغيرت تكاليف العناية بطفلك ("تشيلد كير") أو العناية بمعالك؟ إذا كان ذلك صحيحاً فقد تؤدي هذه التغيرات إلى تأهيلك للحصول على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستاميس").

التغير (ضع علامة في مربع واحد)	لمن؟	من الذي دفعته له؟	قدر المبلغ الجديد	نظام تسديد الدفعات؟
1. <input type="checkbox"/> لم يعد لدي تكاليف <input type="checkbox"/> لدي تكاليف			\$	
2. <input type="checkbox"/> لم يعد لدي تكاليف <input type="checkbox"/> لدي تكاليف			\$	
3. <input type="checkbox"/> لم يعد لدي تكاليف <input type="checkbox"/> لدي تكاليف			\$	

تغير في التكاليف الطبية (إطباء، أطباء أسنان، مستشفيات، وصفات أدوية، ... الخ) - يشترط عليك الإبلاغ عن التغيرات فقط في مصاريفك الطبية عند موعد إعادة تثبيت أهليتك. إلا إنه يجوز أن تبلغ بملء إرادتك عن أية تغيرات في مصاريفك الطبية في أي وقت عن أفراد أهل الدار الذين:

- أعمارهم 60 سنة أو أكثر
- هم أزواج (أو زوجات) معاقين وعجز، أو أطفال لجندي مسرح ("فيتران") متوفي
- يتلقون دخل الضمان الإضافي (SSI)
- يتلقون دفعات إعاقه وعجز من الضمان الاجتماعي
- يتلقون مخصصات الإعاقة والعجز للجندي المسرح ("فيتران")
- يتلقون مخصصات تقاعد إعاقه وعجز حكومية
- يتلقون مخصصات إعاقه وعجز تقاعدية من شركات السكك الحديدية
- يتلقون معونة طبية على أساس إعاقه وعجز

إذا بلغت عن زيادة في مصاريفك الطبية وقدمت الإثبات المؤيد لها، فيجوز أن تكون مؤهلاً للحصول على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستاميس")

الاسم	نوع الكلفة	قدر المبلغ	نظام تسديد الدفعات؟ (أسبوعياً، شهرياً، الخ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

هل تتوقع أن تستمر التغيرات التي بلغت عنها على حالها في الشهر القادم؟ نعم لا

إذا كان الجواب "لا"، فأشرح السبب:

ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك أي تغير للإبلاغ عنه بشأن أهل دارك الذي يتلقى قسائم الطعام لا يوجد أي تغير

➔ إحرص على قراءة وتوقيع الصفحة 6

تغير في المخصصات

سنستخدم إجاباتك الموجودة في هذا النموذج لنرى إذا كانت مخصصات أهل دارك ستتغير. قبل أن نقوم بتغيير مخصصاتك، سنرسل لك إخطاراً يشرح لك ما سيحدث. يحق لك أن تلتزم عند جلسة إنصاف للطعن في قرارنا.

إنذار بالعقوبات المفروضة على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

متخضع أية معلومات تزودنا بها بشأن طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إلى التحقيق من صحتها من قبل المسؤولين على مستوى الإتحاد، والولاية، والمستوى المحلي. يجوز أن يُرفض طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام إذا كانت أي من المعلومات المزودة غير صحيحة. كما يجوز أن تخضع إلى مفاضلة جنائية لتزويدك معلومات غير صحيحة عن سابق علم ومعرفة.

لن تتمكن أبداً من الحصول على مخصصات قسائم الطعام مجدداً، إذا:

- أثبتت إيدانك في محكمة قانونية للمرة الثانية في أمور شراء وبيع مواد ممنوعة (مخدرات ممنوعة أو عقاقير معينة التي يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب) لقاء مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية في بيع أو الحصول على الأسلحة النارية، أو الحصول على الذخيرة، أو المتفجرات لقاء مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية للمتاجرة في مخصصات قسائم الطعام بقدر يساوي \$500 أو أكثر. تتضمن المتاجرة كل من الاستخدام الممنوع، أو التحويل، أو الشراء، أو التحويل، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام، أو بطاقات التفويض، أو أجهزة التوصل والنفاذ؛ أو
- أثبتت إيدانك لارتكاب مخالفة ثالثة للبرنامج عن قصد وعمد (IPV).

لن تقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين وذلك أثبتت إيدانك في محكمة قانونية للمرة الأولى في أمور شراء وبيع مواد ممنوعة (مخدرات ممنوعة أو عقاقير معينة التي يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب) لقاء مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت:

- أول مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة.
- ثاني مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرمك من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية.

إذا أدليت بتصريح كاذب عن نفسك، أو عن مكان سبائك لكي تحصل على مخصصات قسائم الطعام متعددة، فلن تقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة عشر سنوات [أو بصورة دائمة إذا كانت هذه مخالفتك الثالثة للبرنامج عن قصد وعمد].

قد تثبت إيدانك بمخالفة البرنامج عن قصد وعمد إذا:

- أدليت بتصريح كاذب أو مضلل، أو حرفت، أو أخفيت، أو كتمت الحقائق؛ أو
- ارتكبت أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض كل من استخدام، و عرض، و تحويل، و شراء، و استلام، و امتلاك، و المتاجرة في مخصصات قسائم الطعام، أو بطاقات التفويض، أو المستندات القابل استعمالها مرة ثانية كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).

كما يمكن أن يفرض عليك غرامة جدها الأقصى \$250,000، أو يحكم عليك بالسجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

شهادة

أفهم قدر العقوبة لكم المعلومات أو إعطاء معلومات كاذبة. كما أفهم بأنه سيتمحق علي قدر المبلغ لأية مخصصات قسائم طعام ("فود ستامبس") زائدة تلقيتها بسبب عدم إبلاغي الكامل للتغيرات الحاصلة في أهل داري. و أوافق على أن أثبت صحة أي تغير مبلغ عنه، إذا لزم الأمر لذلك. الأجوبة على هذا النموذج هي اجوبة صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي ومعرفتي. أفهم بأن توقيعي يخول المسؤولين على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي على الاتصال بأشخاص آخرين أو منظمات أخرى للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها.

التوقيع

التاريخ

X

紐約州臨時救濟和傷殘補助辦公室 (OTDA)

糧食券變更申報表
(請以正楷清楚填寫)

個案號碼

根據下列法規，您的情況如有任何變動，必須申報：

日期：_____

收件人：_____
地址：_____

完整填寫以下表格，並郵寄至：

地方轄區名稱、地址及電話號碼：

--

您負有申報變動的責任

請仔細閱讀這些問題和法規。如果您未予申報任何根據規定必須申報的變動，我們可能會對超額付給您的部分進行追賠。

下列是您必須申報的各類變動。您仍然可以自願申報任何有關您的糧食券家庭的任何變動；如果此等變動會使您的福利額度增加，而且您能證實此等變動，我們將會增加您的福利。

您是「每六個月申報者」還是「有變動即申報者」？回答下列問題可以幫助您確定您是「每六個月申報者」還是「有變動即申報者」。

1. 您是否領用過渡糧食券福利 (TBA)？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 3 頁「TBA」(毋須回答第 2 至第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 2 個問題
2. 您是否領用紐約州營養改進項目 (NYSNIP) 福利？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 3 頁「NYSNIP」	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 3 個問題
3. 您是否經認證可以一次領用五個月以下的糧食券福利？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 2 頁「變動申報」(毋須回答第 4 至第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 4 個問題
4. 您家中是否有任何人有計入糧食券福利額度計算的工作收入？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看本頁下端「六個月申報」(毋須回答第 5 至第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 5 個問題
5. 您家中是否所有成年人 (18 歲以上) 均為殘障或 60 歲以上人士？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 2 頁「變動申報」(毋須回答第 6 至第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 6 個問題
6. 您的家庭收入是否為 \$0 (包括的臨時補助也是 \$0)？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 2 頁「變動申報」(毋須回答第 7 至第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 7 個問題
7. 您是否沒有住所 (非長住) 或屬於流動/季節農工？	<input type="checkbox"/> 是 - 請看第 2 頁「變動申報」(毋須回答第 8 個問題)	<input type="checkbox"/> 否 - 請回答下面第 8 個問題
8. 您對上述所有 7 個問題的回答均為「否」？	<input type="checkbox"/> 請看第 2 頁上端「六個月申報」(毋須回答第 4 至第 8 個問題)	

每六個月申報規定：如果您家庭按規定必須「每六個月申報」，您只需要在下一資格重新認證時申報變動，但下列三種情況除外：

1. 如果您家庭某月的總收入超過貧困水平的 **130%**，您必須在當月結束後 **10 天**之內，打電話、寫信、或親自去社會服務區申報此月收入額。總收入是指在扣除所得稅以及其他扣款之前的所得總額，而不是您兌現支票時領到的金額。我們必須使用總收入來審計您是否符合領取糧食券福利的資格。您的個案工作人員將向您解釋，就您的家庭人口來說，何謂貧困水平的 **130%**。為了計算您的收入是否在貧困水平的 **130%**之上，除了工資所得之外的其他各種收入都必須列入總收入。需列入總收入的其他收入來源包括：子女撫養費、失業保險金、臨時援助福利 (TA)、工傷賠償、社會安全福利、社會安全輔助收入 (SSI) 及私人傷殘賠償等。
如果在某個月份，您的收入超過了貧困水平的 **130%**，而您沒有按實申報，那麼，即使您的月總收入隨後又低於貧困水平的 **130%**，該月份之後所領取任何福利都可能被視為超額補助 (overpayment)。
2. 如果您家庭的認證期長於六個月；在認證期內每六個月的檢查點時，您會收到一份申報表，您必須在收到表格後十天之內將其交回。您的家庭如有任何下列變動，您必須用在六個月檢查點時寄給您的申報表申報此等變動。
必須在認證後第六個月申報的變動如下：
 - 您家中任一成員收入來源的變化
 - 您全家某月工作收入總額有多於或少於**\$100**的變化
 - 如您家有來自於如社會安全福利、失業保險福利 (UIB) 等公共資源的非工作收入，而您全家某月此等非工作收入總額有多於或少於**\$50**的變化
 - 如您家有來自於如子女撫養費、私人傷殘保險賠償等私人資源的非工作收入，而您全家某月此等非工作收入總額有多於或少於**\$100**的變化
 - 法院判決您支付給不住在領取糧食券福利家中的孩童的子女撫養費的變化
 - 家中同住成員的變化
 - 若您搬遷，您的新地址及新的房租或房屋貸款費用、取暖費用及水電瓦斯費用
 - 購買或更換汽車，或其他機動車輛
 - 如果所有家庭成員的現金和儲蓄總額積至 **\$2000** 以上，(如某家庭成員為殘障者或六十歲以上人士，則為 **\$3000**)，您家所持現金、股票、債券，或銀行或儲蓄機構的存款數額的增加
 - 任何會導致您家庭受到第 6 頁所述處罰的變化
3. 如果您家中任何人是有工作能力而毋需撫養家屬的成人 ("ABAWD")，如果您在某個月的工作鐘點數不足 **80 小時**，您必須在該月底以後 **10 天**之內告訴我們。

有變動即申報規定：

如果您家庭按規定必須「有變動即申報」，您必須在以下變動發生後 **10 天**之內申報此等變動：

- 您家中任一成員收入來源的變化
- 您全家某月工作收入總額有多於或少於**\$100**的變化
- 如您家有來自於如社會安全福利、失業保險福利 (UIB) 等公共資源的非工作收入，而您全家某月此等非工作收入總額有多於或少於**\$50**的變化
- 如您家有來自於如子女撫養費、私人傷殘保險賠償等私人資源的非工作收入，而您全家某月此等非工作收入總額有多於或少於**\$100**的變化
- 法院判決您支付給不住在領取糧食券福利家中的孩童的子女撫養費的變化
- 家中同住成員的變化
- 若您搬遷，您的新地址及新的房租或房屋貸款費用、取暖費用及水電瓦斯費用
- 購買或更換汽車，或其他機動車輛
- 如果所有家庭成員的現金和儲蓄總額積至 **\$2000** 以上，(如某家庭成員為殘障者或六十歲以上人士，則為 **\$3000**)，您家所持現金、股票、債券，或銀行或儲蓄機構的存款數額的增加
- 如果您家中任何人是有工作能力而毋需撫養家屬的成人 ("ABAWD")，如果您在某個月的工作鐘點數不足 **80 小時**，則您必須在該月底以後 **10 天**之內告訴我們。
- 任何會導致您家庭受到第 6 頁所述處罰的變化

領取過渡性福利 (TBA) 家庭的 TBA 變動申報：

- 您的臨時援助個案結案後，可繼續領取上限為五個月的過渡性糧食券福利。
- 您毋需在過渡期間申報變動。如果您的家庭在過渡期間發生可能使福利增加的變動，您可以隨時與工作人員聯絡，遞交提前重新認證的申請，以獲取福利的增加。在您遞交簽過名的資格重新認證申請表，而且整個資格重新認證的過程完成後，您的福利才會增加。
- 您必須在過渡期快結束的時候進行資格重新認證，以決定在過渡期結束後，您是否可以繼續領取糧食券福利。我們會寄發通知給您，提醒您必須重新認證的規定。如果您的資格未經重新認證，我們不會另發通知給您，而且必須終結您的糧食券福利個案。

NYSNIP 參與人的變動申報：

- 在您開始參與 NYSNIP 之後 24 個月內，您將收到一封聯絡信函，您必須填寫並寄回該函。
- 除此 24 個月的信函以外，在您的認證有效期間，您無需申報變動。您可以自願申報醫療開銷、房租或水電瓦斯費用的增加，或收入的減少。如果您申報並證實這些變動，您可能具備領取更多糧食券福利的資格。如果您搬遷，您也可以申報您的新地址，以便繼續收到我們寄給您的任何通知。

醫療開銷： 在認證有效期間，您毋需申報醫療支出的變動。但是，您可以自願為以下家庭成員申報醫療支出的變動：

- | | |
|----------------------|----------------|
| - 六十歲以上 | - 領取退伍軍人殘障福利金者 |
| - 已過世退伍軍人的傷殘配偶或子女 | - 領取政府傷殘退休福利金者 |
| - 領取社會安全補助收入 (SSI) 者 | - 領取鐵路退休傷殘福利金者 |
| - 領取社會安全殘障福利金者 | - 領取傷殘醫療補助者 |

如果您申報並證明醫療支出的增加，您也許有資格領取更多糧食券福利。在下次重新認證時，您必須申報醫療開支的變動。

臨時援助 (TA) 領取人申報規定： 以上所列規定只適用於糧食券福利計劃。如果您同時也領取臨時援助，您必須在變動發生的十天內，利用定期郵寄報告表、臨時援助資格問卷，和資格重新認證的機會，向臨時援助計劃也申報變動。

何時使用本表格：

本表格可以用來申報所有必須或自願申報的變動。您也可以使用本表格申報托兒或傷殘成年人照顧費用的變動，或者，即使沒有搬遷，您也可以申報住房開支的變動。如果這些開支有所增加，您也許能獲得更多的糧食券福利。

如果您持有被申報變動的證明，請將證明連同本表格一同呈交。這將幫助我們確保您獲得應得的糧食券福利額度。我們必須先核實您申報的變動，才能增加您的福利。

申請人應將本表格郵寄或送回上列本處地址。如果您因故而無法將本表格郵寄或送回，您可以打第 1 頁上所示的電話向我們申報變動。

如果您無意繼續領取糧食券福利，請在此處簽名退出糧食券福利計劃。您的糧食券福利將被停發。如果您認為您退出糧食券福利計劃時，您所得到的有關您的糧食券福利資格的資訊不正確或不完整，您有權提出抗辯。您可在 90 天內要求舉行公平聽證會。您退出以後，可以在任何時候重新申請糧食券福利。

X _____

如果不申報必須申報的變動，您因此所獲得的額外糧食券福利都成為您積欠的超額補助。如果您故意隱瞞必須報告的資訊，則可能喪失領取糧食券福利的資格，並可能遭刑事起訴（參見第 6 頁所附「糧食券處罰警告」）。

使用以下表格申報變動

收入或收入來源變動 - 如果您屬於每六個月申報者，第 2 頁已說明了申報規定。如果您屬於有變動即申報者，第 2 頁也有關於您申報規定的說明。			
有此項收入者姓名	收入來源	變動後的金額	多久領取一次
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

同住人口變動 - 在下欄列出包括新生兒在內的新成員，並列舉遷進(出)或死亡的成員。

姓名	年齡	與您的關係	變更(選擇其中一項)	日期	收入金額	來源
1.			<input type="checkbox"/> 成為家庭成員 <input type="checkbox"/> 已非家庭成員		\$	
2.			<input type="checkbox"/> 成為家庭成員 <input type="checkbox"/> 已非家庭成員		\$	
3.			<input type="checkbox"/> 成為家庭成員 <input type="checkbox"/> 已非家庭成員		\$	
4.			<input type="checkbox"/> 成為家庭成員 <input type="checkbox"/> 已非家庭成員		\$	

地址變動

新的郵寄地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

如果您沒有街道名地址，請提供到您家的方向指示(如果您無家可歸，勿填本欄)

可以聯絡到您的電話號碼
() _____
區域號碼

住房開支變動 - 如果您已搬遷，您必須在下方填寫搬遷後的住房開支。即使您未曾搬家，您也可以利用此部分報告您的房租、房屋貸款，或其他開支的變動。

您是寄宿者或寄膳者嗎? 是 否 如果答案為「是」，夥食是否 包括 不包括

房租	是	否	若回答是，請注明金額	變更(選擇其中一項)
您是否付房租?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
除了房租以外，您是否還支付以下費用?	是	否	若回答是，請注明金額	變更(選擇其中一項)
• 暖氣及/或空調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 公共事業費(電、煤用瓦斯等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 電話費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
房屋貸款	是	否	若回答是，請注明金額	變更(選擇其中一項)
您是否繳付房屋貸款?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
除了房屋貸款外，您是否還支付以下費用:	是	否	若回答是，請注明金額	變更(選擇其中一項)
• 財產稅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 房屋保險	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 暖氣及/或空調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 公共事業費(電、煤用瓦斯等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少
• 電話費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 相同 <input type="checkbox"/> 增多 <input type="checkbox"/> 減少

您是否住在第 8 項 (Section 8) 或其他有補助住宅? 是 否

您是否住在公共房屋中? 是 否

汽車或機動車輛數目之變動 - 自上次您提供家庭交通工具的資訊後，是否有任何家庭成員買、賣或折價抵換汽車、卡車、船、露營用汽車、摩托車，或其他交通工具？

廠牌	型號	年份	若賣出，所得銷售金額
1.			\$
2.			\$
3.			\$

儲蓄變動 - 列出家庭成員現有的金錢總額。包括現金、儲蓄帳戶、支票帳戶、股票、債券，或其他投資。如果家庭儲蓄積累到 \$2000 以上（如果家庭成員中有 60 歲以上被確認為殘障者，則為 \$3000 以上），您必須向我們申報。

\$

托兒、家屬照護或子女撫養費用變動 - 您的托兒費用或家屬照護費用是否有變動？如果這些支出有變動，您也許可以領取更多糧食券福利。

變更 (選擇其中一項)	用於哪位家庭成員？	付給誰？	變化後的金額	多久支付一次？
1. <input type="checkbox"/> 無此費用 <input type="checkbox"/> 有此費用			\$	
2. <input type="checkbox"/> 無此費用 <input type="checkbox"/> 有此費用			\$	
3. <input type="checkbox"/> 無此費用 <input type="checkbox"/> 有此費用			\$	

醫療費用變動 (醫師、牙醫、醫院、處方藥品等) - 您只需在資格重新認證時申報醫療費用的變動。但是，您可以隨時自願為符合以下情況的家人申報醫療開銷的變動：

- 60 歲以上者
- 已過世退伍軍人的傷殘配偶或子女
- 領取社會安全補助收入 (SSI) 者
- 領取社會安全傷殘福利金者
- 領取退伍軍人殘障福利金者
- 領取政府傷殘退休福利金者
- 領取鐵路退休傷殘福利金者
- 領取傷殘醫療補助者

如果您申報並證明醫療費用的增加，您也許能領取更多糧食券福利。

姓名	費用類型	金額	每項費用多久支付一次？
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

您申報的變動在下個月是否維持不變？

 是 否

如果答案為「否」，請於下方說明：

如果您的糧食券家庭沒有需要申報的變動，請選此方框

 無變動

務必詳讀第 6 頁，並簽名



福利的改變

我們將使用您在本表格提供的答案來決定您家庭的福利是否有所改變。在我們改變您的福利前，我們會寄發通知給您，解釋將發生的變動。如果您不同意我們的決定，您有權要求舉行公平聽證會質疑我們的決定。

糧食券福利 (FS) 懲處警告

您申請糧食券時所提供的任何相關資訊都將得受聯邦、州或地方官員查核。如果任何資料不正確，您的糧食券福利可能會遭到拒絕。若在知情的情況下提供不實資訊，您可能遭刑事起訴。

在下列情況，您將永遠喪失領取糧食券福利的資格：

- 第二次經法院判定以糧食券買賣管制物品（非法毒品或需醫師處方之特定藥品）的罪名成立；或
- 法院判定以糧食券買賣小型武器、軍火彈藥或爆炸物的罪名成立；或
- 法院判定非法交易價值 \$500 以上的糧食券的罪名成立。非法交易包括非法使用、移轉、獲得、更改或持有糧食券、授權卡或領用設備；或
- 第三次觸犯故意違反計畫 (IPV) 的罪名成立。

如果您第一次被法庭判定以糧食券買賣管制物品（非法毒品或需醫師處方之特定藥品），您在兩年內沒有資格領取糧食券福利。

如果您：

- 第一次觸犯故意違反計畫，您將在一年內沒有資格領取糧食券福利。
- 第二次觸犯故意違反計畫，您將在兩年內沒有資格領取糧食券福利。

法院也可另行取消您 18 個月的糧食券領取資格。

如果您為了重復領取糧食券福利而謊報您的身份或居住地方，您將在十年內沒有資格領取糧食券福利（如果這已是第三次故意違反計畫，則永遠沒有資格領取糧食券福利）。

您可能被裁定為故意違反計畫，如果您：

- 作虛假或誤導的聲明，或歪曲、隱匿或保留事實；或
- 為使用、出示、移轉、獲得、領用、持有或非法交易糧食券福利、授權卡或電子福利轉帳 (EBT) 系統之一的可重覆使用文件，而觸犯聯邦或本州法律。

您可被處以高達 \$250,000 的罰款或高達 20 年的監禁，或兩者併罰。

認證

我理解隱藏或提供不實資訊的處罰。我也理解我必須償還因未照實呈報家庭變動而超額領取的糧食券福利。我同意在必要時提供證據證明變動。我已盡我所知正確而完整地填寫本表格。我理解我的簽名即授權聯邦政府、州政府，和地方官員與其他個人或機構聯繫，以核實我所提供的資訊。

簽名

日期

X

BUREAU D'ASSISTANCE TEMPORAIRE ET D'INVALIDITÉ DE L'ÉTAT DE NEW YORK
**FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CHANGEMENTS POUR L'OBTENTION DE
 BONS D'ALIMENTS**

(Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

NUMÉRO DE DOSSIER

EN VERTU DES RÈGLES DÉCRITES CI-DESSOUS, VOUS ÊTES TENU(E)
 DE DÉCLARER TOUT CHANGEMENT DE VOTRE SITUATION

DATE : _____

À : _____
 ADRESSE : _____

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET L'ENVOYER À :

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DISTRICT LOCAL :

VOTRE OBLIGATION DE DÉCLARER TOUT CHANGEMENT DE SITUATION

Veuillez lire attentivement les questions et les règles. Si vous ne déclarez pas tous les changements que vous êtes obligé(e) de déclarer en vertu des règles, il se peut que nous invoquions l'existence d'un paiement excédentaire de prestations en bons d'aliments afin de récupérer le montant excédentaire qui vous aurait été payé.

Les changements que vous DEVEZ déclarer sont exposés ci-dessous. Vous pouvez toutefois déclarer volontairement tout changement de situation de votre ménage pouvant affecter l'obtention de bons d'aliments ; si ce changement est susceptible d'augmenter le niveau de vos prestations et que vous prouvez son existence, nous augmenterons vos prestations.

FAITES-VOUS DES « DÉCLARATIONS SEMESTRIELLES » OU DES « DÉCLARATIONS DE CHANGEMENTS » ? VOUS POUVEZ RÉPONDRE À CES QUESTIONS POUR SAVOIR SI VOUS FAITES DES « DÉCLARATIONS SEMESTRIELLES » OU DES « DÉCLARATIONS DE CHANGEMENTS ».

1. Bénéficiez-vous de prestations transitoires en bons d'aliments (Transitional Food Stamp Benefits – TBA) ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Prestations transitoires en bons d'aliments (TBA) » à la page 3 (sautez les questions 2 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 2 ci-dessous.
2. Bénéficiez-vous des prestations du Projet d'amélioration de la nutrition de l'État de New York (New York State Nutrition Improvement Project – NYSNIP) ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Projet d'amélioration de la nutrition de l'État de New York (NYSNIP) » à la page 3 (sautez les questions 3 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 3 ci-dessous.
3. Vous qualifiez-vous pour des prestations en bons d'aliments pendant cinq mois à la fois ou moins ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2 (sautez les questions 4 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 4, ci-dessous.
4. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il gagné des revenus professionnels qui sont comptés dans le montant de vos prestations en bons d'aliments ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration semestrielle » au bas de cette page (sautez les questions 5 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 5 ci-dessous.
5. Les adultes (âgés de 18 ans ou plus) faisant partie de votre ménage sont-ils tous invalides ou âgés de 60 ans ou plus ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2 (sautez les questions 6 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 6 ci-dessous.
6. Votre ménage ne bénéficie-t-il d'aucun revenu (ni d'aucune assistance temporaire) ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2 (sautez les questions de 7 à 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous à la question n° 7 ci-dessous.
7. Êtes-vous sans abri (sans domicile) ou un travailleur agricole itinérant ou saisonnier ?	<input type="checkbox"/> OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2 (sautez le point 8).	<input type="checkbox"/> NON – Reportez-vous au point n° 8 ci-dessous.
8. Si vous avez répondu par « NON » à toutes les 7 questions ci-dessus	<input type="checkbox"/> Reportez-vous à la section « Déclaration semestrielle » en haut de la page 2.	

RÈGLES RÉGISSANT LA DÉCLARATION SEMESTRIELLE DE CHANGEMENTS : si votre ménage est bénéficiaire de prestations en bons d'aliments soumises aux règles des déclarations semestrielles, vous ne devez déclarer des changements de situation que lors de votre prochain renouvellement de qualification, sauf dans les trois situations suivantes :

1. si le revenu mensuel brut de votre ménage est supérieur à 130 % du seuil de pauvreté, vous DEVEZ communiquer ce montant mensuel au bureau des services sociaux de votre district, par téléphone, par écrit ou en personne, dans les 10 jours suivant la fin du mois civil au cours duquel vous excédez le niveau de 130 %. Le revenu brut est le montant du revenu avant imposition et toute autre retenue et non le montant que vous percevez lors de l'encaissement de votre chèque. Nous devons nous baser sur le montant brut de votre revenu pour déterminer votre admissibilité à des prestations en bons d'aliments. Le responsable chargé de votre dossier d'assistance sociale vous expliquera ce que signifie le taux de 130 % du seuil de pauvreté. Les autres sources de revenus dont il faut tenir compte sont, par exemple, les pensions alimentaires aux enfants, les indemnités d'assurance-chômage, les prestations d'assistance temporaire (TA), les indemnités pour accident de travail ou d'invalidité, les prestations de la Sécurité sociale, les revenus de sécurité supplémentaires (programme SSI) et les paiements d'assurance invalidité privée.

Si vous ne déclarez pas que votre revenu brut est supérieur à 130 % du seuil de pauvreté pendant un mois civil quelconque, toutes les prestations reçues après ce mois pourront être considérées comme un trop-perçu. Cela s'appliquera également si votre revenu brut descend au-dessous de 130 % du seuil de pauvreté au cours d'un mois ultérieur.

2. si la période de qualification de votre ménage est supérieure à 6 mois : au point de contrôle semestriel au cours de votre période de qualification, vous recevrez un formulaire de déclaration que vous DEVEZ renvoyer dans les 10 jours qui suivent la réception de ce formulaire. Si la situation de votre ménage subit l'un des changements énumérés ci-dessous, vous DEVEZ le déclarer sur le formulaire de déclaration qui vous est envoyé au point de contrôle semestriel.

Liste des changements que vous devez déclarer lors du point de contrôle semestriel :

- changements relatifs à toute **source de revenu** de tout membre de votre ménage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 50 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une **source publique** telle que des prestations de la Sécurité sociale ou des indemnités d'assurance-chômage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une **source privée** telle que la pension alimentaire pour enfants ou une caisse privée d'assurance invalidité ;
- changements dans les **paiements d'une pension alimentaire pour enfants**, ordonnée par un tribunal, que vous payez pour un enfant en dehors de votre ménage bénéficiant de prestations en bons d'aliments ;
- changements relatifs aux **personnes qui vivent avec vous** ;
- **en cas de déménagement**, votre nouvelle adresse et le nouveau montant de votre loyer ou de votre hypothèque, de vos frais de chauffage et des services publics ;
- acquisition d'une **voiture neuve**, **changement de voiture** ou de tout autre véhicule ;
- toute augmentation des **liquidités disponibles de votre ménage, des actions, des obligations, d'argent placé en banque** ou dans une caisse d'épargne, si le montant total des liquidités et des économies de tous les membres du ménage est supérieur à 2000 dollars (ou supérieur à 3000 dollars si un membre de votre ménage est invalide ou âgé de 60 ans ou plus) ;
- tout changement dans votre ménage qui ferait l'objet de sanctions, comme décrit à la page 6.

3. si quelqu'un dans votre ménage bénéficiaire de bons d'aliments est un **adulte valide sans enfants à charge (ABAWD)**, vous DEVEZ nous informer, dans les 10 jours qui suivent la fin de ce mois, si votre volume horaire de travail est inférieur à 80 heures par mois.

RÈGLES RÉGISSANT LES DÉCLARATIONS DE CHANGEMENTS :

Si votre ménage est bénéficiaire de prestations en bons d'aliments soumises aux règles de déclarations de changements, vous DEVEZ déclarer les changements ci-dessous dans les 10 jours :

- changements relatifs à toute **source de revenu** de tout membre de votre ménage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 50 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une **source publique** telle que des prestations de la Sécurité sociale ou des indemnités d'assurance-chômage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une **source privée** telle que la pension alimentaire pour enfants ou une caisse privée d'assurance invalidité ;
- changements dans les montants d'une **pension alimentaire pour enfants**, ordonnée par un tribunal, que vous payez pour un enfant ne faisant pas partie de votre ménage bénéficiant de prestations en bons d'aliments ;
- changements relatifs aux **personnes qui vivent avec vous** ;
- **en cas de déménagement**, votre nouvelle adresse et le nouveau montant de votre loyer ou de votre hypothèque, de vos frais de chauffage et des services publics ;
- acquisition d'une **voiture neuve**, **changement de voiture** ou de tout autre véhicule ;
- toute augmentation des **liquidités disponibles de votre ménage, des actions, des obligations, d'argent placé en banque** ou dans une caisse d'épargne, si le montant total des liquidités et des économies de tous les membres du ménage est supérieur à 2000 dollars (ou supérieur à 3000 dollars si un membre de votre ménage est invalide ou âgé de 60 ans ou plus) ;
- si quelqu'un dans votre ménage bénéficiaire de bons d'aliments est un **adulte valide sans enfants à charge (ABAWD)**, vous DEVEZ nous dire, dans les 10 jours qui suivent la fin de ce mois, si votre volume horaire de travail est inférieur à 80 heures par mois ;
- tout changement dans votre ménage qui ferait l'objet de sanctions telles que décrites à la page 6.

DÉCLARATION DE CHANGEMENTS RELATIFS AUX PRESTATIONS TRANSITOIRES EN BONS D'ALIMENTS pour les ménages bénéficiaires de prestations transitoires :

- les prestations transitoires en bons d'aliments peuvent continuer pendant un maximum de cinq mois après la clôture de votre dossier d'assistance temporaire ;
- vous n'êtes pas tenu(e) de déclarer les changements de situation pendant la période transitoire. Si vous faites l'objet d'un changement susceptible d'augmenter vos prestations, vous pouvez contacter le responsable de votre dossier pour introduire une demande anticipée de renouvellement de qualification à n'importe quel moment pendant la période transitoire, afin de bénéficier de l'augmentation. L'augmentation ne peut être accordée avant qu'une demande signée de renouvellement de qualification ne soit déposée et que le processus complet correspondant n'ait été effectué ;
- vous devez vous qualifier à nouveau vers la fin de votre période transitoire pour savoir si vous pouvez continuer à bénéficier des prestations en bons d'aliments après la fin de votre période transitoire. Nous vous enverrons un avis vous rappelant votre obligation de renouveler votre qualification. Si vous ne vous qualifiez pas à nouveau, nous ne vous enverrons pas d'autre avis et nous devons clôturer votre dossier de bons d'aliments.

DÉCLARATION DE CHANGEMENTS RELATIFS AU NYSNIP pour les participants au NYSNIP :

- vous recevrez une lettre de reprise de contact 24 mois après le début de votre participation au NYSNIP, lettre que vous devrez remplir et renvoyer ;
- en dehors des changements déclarés dans votre lettre de reprise de contact après 24 mois, vous n'êtes obligé(e) de faire aucune autre déclaration de changements survenus pendant votre période de qualification. Vous pouvez déclarer volontairement toute augmentation de vos frais médicaux, de votre loyer ou des factures de services publics, ainsi que toute diminution de revenu. Si vous déclarez de tels changements et que vous pouvez le prouver, vous pouvez éventuellement vous qualifier pour obtenir plus de prestations en bons d'aliments. Vous pouvez également déclarer votre nouvelle adresse si vous déménagez, de manière à continuer à recevoir les avis que nous vous envoyons.

Frais médicaux : vous n'êtes pas tenu(e) de déclarer les changements relatifs à vos frais médicaux au cours de votre période de qualification. Cependant, vous pouvez communiquer volontairement les changements relatifs aux frais médicaux pour les membres de votre ménage qui :

- | | |
|---|---|
| - sont âgés de 60 ans au moins | - reçoivent des indemnités d'invalidité de vétéran |
| - sont les époux ou les enfants invalides d'un vétéran défunt | - reçoivent du gouvernement une pension de retraite pour invalidité |
| - reçoivent des revenus de sécurité supplémentaires (programme SSI) | - reçoivent d'une compagnie de chemins de fer une pension de retraite pour invalidité |
| - reçoivent des indemnités d'invalidité de la Sécurité sociale | - bénéficient d'une assistance médicale pour cause d'invalidité. |

Si vous déclarez et prouvez une augmentation de vos frais médicaux, vous pourriez bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments. Les changements relatifs aux frais médicaux devront être déclarés lors de votre prochaine qualification.

Règles de déclaration de changements pour l'obtention d'une assistance temporaire (Temporary Assistance – TA) : les règles décrites ci-dessus s'appliquent exclusivement au programme de prestations en bons d'aliments. Si vous bénéficiez également d'une assistance temporaire, vous êtes toujours tenu(e) de déclarer les changements affectant vos prestations d'assistance temporaire dans les 10 jours qui suivent ces changements, à l'aide de formulaires de déclaration périodique, de questionnaires d'admissibilité à l'assistance temporaire et lors de la nouvelle qualification.

Quand utiliser ce formulaire ?

Ce formulaire peut être utilisé pour déclarer tout changement obligatoire ou volontaire. Vous pouvez également utiliser ce formulaire pour déclarer les changements de vos frais de garde d'enfants ou d'adultes invalides ou les changements relatifs aux frais de logement, même si vous n'avez pas déménagé. Si ces dépenses augmentent, vous pourriez vous qualifier pour plus de prestations en bons d'aliments.

Si vous disposez d'une preuve des changements que vous déclarez, veuillez la joindre au présent formulaire. Cela nous aidera à nous assurer que vous obtenez le montant correct pour vos prestations en bons d'aliments. **Les changements déclarés doivent être vérifiés avant que nous puissions augmenter vos prestations.**

Vous devez envoyer ce formulaire par la poste ou l'apporter à l'agence dont l'adresse figure ci-dessus. Si, pour un motif quelconque, vous ne pouvez pas envoyer ce formulaire ni l'apporter en personne, vous pouvez déclarer ces changements par téléphone au numéro de téléphone indiqué à la page 1.

Si vous ne souhaitez plus bénéficier de prestations en bons d'aliments, apposez votre signature ci-dessous pour renoncer au programme de prestations en bons d'aliments. Celles-ci seront interrompues. Vous avez le droit de contester ce désistement si vous pensez avoir reçu des informations erronées ou incomplètes quant à votre admissibilité au programme de prestations en bons d'aliments, en demandant une audition équitable dans les 90 jours qui suivent. Vous pouvez soumettre une nouvelle demande pour bénéficier de prestations en bons d'aliments à tout moment après votre désistement.

X _____

SI VOUS DISSIMULEZ DES INFORMATIONS RELATIVES AUX CHANGEMENTS SURVENUS DANS VOTRE MÉNAGE ET DEVANT ÊTRE DÉCLARÉS, VOUS DEVREZ NOUS REMBOURSER LA VALEUR DU TROP-PERÇU EN PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS AINSI OBTENUS. SI VOUS DISSIMULEZ SCIEMMENT DES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ DÉCLARER, VOUS VOUS EXPOSEZ ÉGALEMENT À VOTRE RADIATION DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS ET À DES POURSUITES PÉNALES (VOIR CI-JOINT « AVERTISSEMENT RELATIF AUX SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS » À LA PAGE 6).

Utilisez le formulaire ci-dessous pour déclarer des changements

CHANGEMENTS RELATIFS AU REVENU OU A LA SOURCE DE REVENU - Si vous devez déclarer des changements tous les six mois, les règles qui régissent vos déclarations sont expliquées à la page 2. Si vous faites vos déclarations lors de changements, les règles qui les régissent sont également expliquées à la page 2.

NOM DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DU REVENU	SOURCE DE REVENU	NOUVEAU MONTANT	FRÉQUENCE DU REVENU
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

CHANGEMENTS DANS LE MÉNAGE - Indiquez ci-dessous tous les nouveaux membres de votre ménage y compris les nouveau-nés. Indiquez également les personnes qui ont emménagé ou quitté le ménage ou qui sont décédées.

NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ	CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)	DATE	MONTANT DU REVENU	SOURCE
1.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
2.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
3.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
4.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	

CHANGEMENT D'ADRESSE

NOUVELLE ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
--------------------------	-------	------	-------------

SI VOUS NE DISPOSEZ PAS D'UNE ADRESSE RÉELLE, INDIQUEZ COMMENT SE RENDRE À VOTRE DOMICILE (si vous êtes sans domicile, laissez la case en blanc)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ L'ON PEUT VOUS JOINDRE
()
INDICATIF RÉGIONAL

CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE LOGEMENT - Si vous avez déménagé, vous devez indiquer ci-dessous le montant de vos nouveaux frais. Même si vous n'avez pas déménagé, vous pouvez utiliser cette section pour nous communiquer le montant de votre loyer, de votre hypothèque ou de tout autre frais ayant changé.

Êtes-vous locataire ou pensionnaire ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, les repas sont-ils		<input type="checkbox"/> INCLUS	<input type="checkbox"/> NON INCLUS
LOYER	OUI	NON	SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT MENSUEL		CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)		
Payez-vous un loyer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
Payez-vous pour ce qui suit en plus de votre loyer ?	OUI	NON					
• Chauffage ou climatisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
• Services publics (électricité, gaz de cuisine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
PAIEMENT DE L'HYPOTHÈQUE	OUI	NON	SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT MENSUEL		CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)		
Devez-vous payer une hypothèque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
Payez-vous pour ce qui suit en plus de l'hypothèque ?	OUI	NON	SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT MENSUEL		CHANGEMENT (COCHEZ CE QUI CONVIENT)		
• Impôts fonciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
• Assurance-habitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
• Chauffage ou climatisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
• Services publics (électricité, gaz de cuisine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Résidez-vous dans un logement figurant dans la section 8 ou dans un autre logement subventionné ?				Habitez-vous dans un logement public ?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

CHANGEMENTS RELATIFS AU NOMBRE DE VOITURES OU DE VÉHICULES - Y a-t-il une personne dans votre ménage qui a acheté, vendu ou échangé une voiture, un camion, un bateau, une camionnette de camping, une motocyclette ou un autre véhicule, depuis la dernière fois que vous nous avez informés concernant les véhicules que vous possédez ?

MARQUE	MODÈLE	ANNÉE	EN CAS DE VENTE, MONTANT REÇU
1.			\$
2.			\$
3.			\$

CHANGEMENTS RELATIFS À VOS ÉCONOMIES - Veuillez indiquer le montant **total** de l'argent dont les membres de votre ménage disposent. Incluez les espèces, les comptes d'épargne, les comptes-chèques, les actions, les obligations ou tout autre investissement. Vous devez nous indiquer si les économies de votre ménage ont **augmenté** en atteignant plus de 2000 dollars (plus de 3000 dollars si un membre de votre ménage est âgé de 60 ans ou plus ou a été déclaré invalide).

\$

CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE GARDE D'ENFANTS OU DE SOINS AUX PERSONNES À CHARGE OU DU MONTANT PAYÉ POUR LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS - Vos frais de garde d'enfants ou de soins aux personnes à charge ont-ils changé ? Le cas échéant, vous pourrez peut-être bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments.

CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)	POUR QUI ?	QUI PAYEZ- VOUS ?	NOUVEAU MONTANT	FRÉQUENCE DES PAIEMENTS
1. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	
2. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	
3. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	

CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS MÉDICAUX (médecins, dentistes, hôpitaux, ordonnances, etc.) - Vous n'êtes tenu(e) de déclarer les changements relatifs à vos frais médicaux que lors de votre nouvelle qualification. Cependant, vous pouvez volontairement nous déclarer à tout moment des changements survenus dans vos frais médicaux pour les membres du ménage qui :

- sont âgés de 60 ans au moins ;
- sont les époux ou les enfant invalides d'un vétéran défunt ;
- perçoivent un revenu de sécurité supplémentaire (programme SSI) ;
- perçoivent des indemnités d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- perçoivent des indemnités d'invalidité de vétéran ;
- perçoivent du gouvernement une pension de retraite pour invalidité ;
- perçoivent d'une compagnie de chemins de fer une pension de retraite pour invalidité ;
- bénéficient d'une assistance médicale pour cause d'invalidité.

Si vous déclarez et attestez une augmentation de vos frais médicaux, vous pourriez bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments.

NOM	TYPE DE FRAIS	MONTANT	FRÉQUENCE DE CHAQUE PAIEMENT
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

PENSEZ-VOUS QUE LES CHANGEMENTS DÉCLARÉS VONT CONTINUER LE MOIS PROCHAIN ?

 OUI NON

Si vous avez répondu par « **NON** », expliquez :

COCHEZ ICI SI VOUS N'AVEZ AUCUN E DÉCLARATION À FAIRE CONCERNANT UN CHANGEMENT DE SITUATION DE VOTRE MÉNAGE POUVANT AFFECTER L'OBTENTION DE BONS D'ALIMENTS

 AUCUN CHANGEMENT

CHANGEMENT DES PRESTATIONS

Nous utiliserons vos réponses fournies sur le présent formulaire pour déterminer si les prestations dont bénéficie votre ménage doivent changer. Avant de modifier vos prestations, nous vous enverrons un avis vous expliquant les mesures qui seront prises. Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, vous avez le droit de demander une audition équitable pour contester notre décision.

AVERTISSEMENT RELATIF AUX SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS

Toutes les informations fournies dans votre demande de prestations en bons d'aliments pourront être vérifiées par des fonctionnaires fédéraux, des fonctionnaires de l'État de New York et des fonctionnaires locaux. Si une information quelconque est incorrecte, vous pourrez vous voir refuser les prestations en bons d'aliments. Vous vous exposerez également à des poursuites pénales pour avoir sciemment fourni des informations erronées.

Vous ne pourrez **plus jamais** bénéficier de prestations en bons d'aliments si vous vous trouvez dans l'un des cas suivants :

- vous êtes, pour la deuxième fois, reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir acheté ou vendu des substances réglementées (drogues illicites ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est obligatoire) en échange de bons d'aliments ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir vendu ou obtenu des armes à feu, des munitions ou des explosifs en échange de bons d'aliments ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal de droit commun de vous être livré(e) au commerce illicite de bons d'aliments se chiffrant à 500 dollars ou plus. Le commerce illicite comprend l'utilisation illégale, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession de bons d'aliments, de cartes d'autorisation ou de dispositifs d'accès ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal de droit commun d'avoir commis une troisième violation volontaire du programme (Intentional Program Violation – IPV).

Vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant deux ans si vous êtes, pour la première fois, reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir acheté ou vendu des substances réglementées (drogues illicites ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est obligatoire) en échange de bons d'aliments.

Si vous avez commis votre :

- première violation volontaire du programme, vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant un an ;
- deuxième violation volontaire du programme, vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant deux ans ;

Un tribunal pourra également vous condamner à ne pas bénéficier de prestations en bons d'aliments pendant une période supplémentaire de 18 mois.

Si vous faites une fausse déclaration quant à votre identité ou votre domicile afin de cumuler des prestations en bons d'aliments, vous ne pourrez pas bénéficier de prestations en bons d'aliments pendant dix ans (ou **définitivement** s'il s'agit de votre troisième violation volontaire du programme).

Vous pourrez être reconnu(e) coupable d'une violation volontaire du programme dans l'un des cas suivants :

- vous faites des déclarations fausses ou trompeuses ou vous donnez une image inexacte, dissimulez ou omettez de relater des faits ;
- vous commettez tout acte constituant une violation des lois fédérales ou de l'État de New York dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou de vous livrer au commerce illicite de bons d'aliments, de cartes d'autorisation ou de documents réutilisables dans le cadre du système de transfert électronique des prestations (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Vous vous exposez également à une amende maximale de 250 000 dollars, à une peine de prison maximale de 20 ans ou aux deux.

ATTESTATION

Je comprends les sanctions encourues pour avoir dissimulé des informations ou avoir fourni de faux renseignements. Je comprends également que je serai tenu(e) de rembourser tout montant de trop-perçu en bons d'aliments, suite au fait que je n'aurais pas déclaré entièrement les changements survenus dans mon ménage. Je m'engage à prouver tout changement déclaré, s'il y a lieu. Les réponses fournies sur le présent formulaire sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Je comprends que l'apposition de ma signature sur ce formulaire autorise les fonctionnaires fédéraux, les fonctionnaires de l'État de New York et les fonctionnaires locaux à contacter d'autres personnes ou organisations en vue de vérifier les informations que j'ai fournies.

SIGNATURE

DATE

X

뉴욕 주 임시 장애자 지원국
푸드 스탬프 변경사항 보고 양식
 (절자로 기입하십시오.)

케이스 번호

아래에 기재된 규정에 따라 상황이 변경되는 경우 반드시 보고하셔야 합니다.

날짜: _____

수신자: _____
 장소: _____

이 양식을 작성하여 다음 주소로 우송하십시오.

지역 담당 사무소 이름, 주소 및 전화번호:

변경사항 보고에 대한 의무

질문 및 규정을 주의하여 읽으십시오. 규정에 따라 보고하셔야 하는 변경사항을 보고하지 않는 경우, 저희가 푸드 스탬프 혜택 초과 지급에 대한 손해배상을 청구하여 초과 지급액을 징수할 수 있습니다.

반드시 보고하셔야 하는 변경사항은 아래에 설명되어 있습니다. 귀하는 귀하의 가구 내 변경사항을 자진 보고할 수 있으며, 변경사항 보고로 인해 혜택 수준이 높아진다는 것을 증명하시는 경우, 혜택을 확대해드리겠습니다.

귀하는 "6 개월 보고자"이십니까 아니면 "변경사항 보고자"이십니까? 다음 질문에 응답하여 귀하가 "6 개월 보고자"인지 아니면 "변경사항 보고자"인지 알아보실 수 있습니다.

<p>1. 귀하는 이월적 푸드 스탬프 혜택을 받고 계십니까 (TBA)?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -3 페이지의 "TBA"로 가십시오 (질문 2에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #2로 가십시오.</p>
<p>2. 귀하는 뉴욕주 영양 개선 프로젝트(NYSNIP)의 혜택을 받고 계십니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -3 페이지의 "NYSNIP"로 가십시오 (질문 3에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #3으로 가십시오.</p>
<p>3. 귀하는 1 회에 5 개월 미만의 푸드 스탬프 혜택을 받도록 인증하셨습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 "변경사항 보고"로 가십시오 (질문 4에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #4로 가십시오.</p>
<p>4. 귀하의 가구 구성원 중 귀하의 푸드 스탬프 혜택액에 포함되는 근로 소득이 있는 사람이 있습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -이 페이지 아래 부분의 "6 개월 보고"로 가십시오 (질문 5에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오-아래의 질문 #5로 가십시오.</p>
<p>5. 귀하의 가구에 거주하는 모든 성인들(18 세 이상)은 장애자이거나 60 세 이상입니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 "변경사항 보고"로 가십시오 (질문 6에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오-아래의 질문 #6으로 가십시오.</p>
<p>6. 귀하 가구는 \$0 소득 혜택을 받고 계십니까(임시 지원 \$0 포함)?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 "변경사항 보고"로 가십시오 (질문 7에서 8까지는 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오-아래의 질문 #7로 가십시오.</p>
<p>7. 귀하는 거주자가 없거나 (주소 부재) 이동/계절 농업 근로자입니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 "변경사항 보고"로 가십시오 (질문 8은 건너 뛰십시오).</p>	<p><input type="checkbox"/> 아니오-아래의 질문 #8로 가십시오.</p>
<p>8. 귀하는 위의 7 개 질문 모두에 "아니오"로 응답하셨습니까.</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 페이지 위의 "6 개월 보고"로 가십시오.</p>	

6 개월 보고자 규정: "6 개월 보고" 규정에 따라야 하는 푸드 스탬프 수혜 가구로서 귀하는 다음 세 가지 경우에 해당되지 않는 한 변경사항을 다음 재인증 시에 보고하시지만 하면 됩니다.

1. 귀하의 가구의 월 총소득이 극빈자 수입의 130%를 초과하는 경우, 반드시 매달 총소득액을 130% 초과 해당 달(달력 기준)이 지난 후 10 일 이내에 전화, 서신 또는 직접 방문을 통해 사회보장 서비스 지역 사무소에 보고하셔야 합니다. 총소득은 지급 수표를 현금으로 바꿀 때 받는 액수가 아니라 세금 및 기타 공제액을 빼기 전의 소득액을 말합니다. 저희는 반드시 총소득을 기준으로 푸드 스탬프 혜택에 대한 자격요건을 결정하도록 되어 있습니다. 담당자가 귀하 가족 규모에 해당하는 극빈자 수입의 130%가 무엇을 의미하는지 설명해 줄 것입니다. 극빈자 수입의 130% 초과 여부를 판단하기 위해, 귀하가 근로소득 이외에 받는 기타 모든 종류의 소득을 총소득에 추가해야 합니다. 기타 소득원에는 자녀 양육비 지급액, 실업보험, 임시 지원(TA) 지급액, 근로자 보상금 또는 사회보장 (Social Security) 혜택, 보조 사회보장 수입(SSI) 및 개인 장애 지급액 등이 포함됩니다. 어느 달에든지 귀하의 총 소득이 극빈자 수입의 130%를 넘는다는 것을 보고하지 않는 경우, 해당 달 이후에 받은 모든 혜택은 초과 지급으로 간주될 수 있습니다. 이는 귀하의 총소득이 차후에 극빈자 수입의 130% 미만이 될 경우에도 적용됩니다.

2. 귀하 가구의 인증기간이 6 개월이 넘는 경우; 인증기간 6 개월 확인 시 양식을 받은 후 10 일 이내에 반드시 반송하셔야 할 보고 양식을 받게 됩니다. 귀하의 가구에 다음에 해당하는 변경사항이 있는 경우, 6 개월 확인 시 귀하에게 보내어지는 보고 양식을 사용하여 반드시 변경사항을 보고하셔야 합니다.

6 개월 확인 시 반드시 보고해야 할 변경사항 목록

- 가구 구성원의 모든 소득 출처에 대한 변경사항.
 - 귀하의 총 가구 근로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
 - 사회보장 연금 혜택, 실업 보험 혜택(UIB) 등과 같은 공공 소득원에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$50 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
 - 자녀 양육비 지급액, 개인 장애보험 지급액 등 개인적인 출처에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
 - 귀하의 푸드 스탬프 가구에 속하지 않은 자녀에게 법원 명령에 의해 귀하가 지불하는 자녀 양육비가 변경되는 경우.
 - 가구 구성원 수의 변경.
 - 이사하는 경우, 귀하의 새 주소와 변경된 임대료 또는 주택용자 불입금 비용, 난방비 및 공공 요금 비용.
 - 새 자동차나 다른 자동차, 또는 다른 운송수단.
 - 귀하의 모든 가구 구성원이 가지고 있는 총 현금 및 저축액이 현재 \$2,000 이상(가구 구성원 중 1 명이 장애자이거나 만 60 세 이상인 경우 \$3,000 이상)인 경우, 은행 또는 저축 기관에 있는 가구 소유의 현금, 주식, 채권, 펀드의 증가액수.
 - 6 페이지에 설명된 처벌을 초래할 수 있는 모든 변경사항.
3. 귀하의 푸드 스탬프 가구원 중 부양가족이 없는 건강한 성인("ABAWD")이 있는 경우, 귀하의 개월 당 근로 시간이 80 시간 미만이면 해당 개월 이후 10 일 이내에 반드시 저희에게 알려셔야 합니다.

변경사항 보고 규정

귀하의 가구가 "변경사항 보고" 규정을 따라야 하는 푸드 스탬프 가구로서 다음에 해당하는 경우, 반드시 변경 발생 후 10 일 이내에 보고하셔야 합니다.

- 가구 구성원의 모든 소득 출처에 대한 변경사항.
- 귀하의 총 가구 근로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 사회보장 연금 혜택, 실업 보험 혜택(UIB) 등과 같은 공공 소득원에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$50 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 자녀 양육비 지급액, 개인 장애보험 지급액 등 개인적인 출처에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 귀하의 푸드 스탬프 가구에 속하지 않은 자녀에게 법원 명령에 의해 귀하가 지불하는 자녀 양육비가 변경되는 경우.
- 가구 구성원 수의 변경.
- 이사하는 경우, 귀하의 새 주소와 변경된 임대료 또는 주택용자 불입금 비용, 난방비 및 공공 요금 비용.
- 새 자동차나 다른 자동차, 또는 다른 운송수단.
- 귀하의 모든 가구 구성원이 가지고 있는 총 현금 및 저축액이 현재 \$2,000 이상(가구 구성원 중 1 명이 장애자이거나 만 60 세 이상인 경우 \$3,000 이상)인 경우, 은행 또는 저축 기관에 있는 가구 소유의 현금, 주식, 채권, 펀드의 증가액수.
- 귀하의 푸드 스탬프 가구원 중 부양가족이 없는 건강한 성인("ABAWD")이 있는 경우, 귀하의 개월 당 근로 시간이 80 시간 미만이면 해당 개월 이후 10 일 이내에 반드시 저희에게 알려셔야 합니다.
- 6 페이지에 설명된 처벌을 초래할 수 있는 모든 변경사항.

이양적 혜택(TBA)을 받는 가구의 푸드 스탬프 혜택 보고 규정

- 이양적 푸드 스탬프 혜택은 귀하의 TA 케이스가 종료된 후 최대 5 개월까지 계속 받을 수 있는 푸드 스탬프 혜택입니다.
- 이양적 기간 동안은 변경사항을 보고하지 않아도 됩니다. 혜택이 증가할 수 있는 변경사항이 있는 경우, 이양 기간 동안 언제든지 담당자에게 재인증 신청을 일찍 접수해 달라고 연락해서 혜택을 더 많이 받으실 수 있습니다. 서명된 재인증 신청이 접수되고, 모든 재인증 절차가 완료될 때까지는 혜택이 증가될 수 없습니다.
- 이양 기간이 거의 끝나갈 무렵에 재인증을 하여 이 기간이 끝난 후에도 계속 푸드 스탬프를 받을 수 있는지 확인하셔야 합니다. 저희가 이 재인증 요건을 상기시키는 통지를 보내드립니다. 재인증을 하지 않으시는 경우, 저희가 또 다른 통지를 보내드리지는 않으며 귀하의 푸드 스탬프 케이스를 종료해야만 합니다.

NYSNIP 참여자의 NYSNIP 변경사항 보고

- NYSNIP 에 참여하기 시작하여 24 개월 후에는 반드시 작성하여 반송하셔야 하는 연락 서신을 받게됩니다.
- 인증 기간 동안에는 24 개월 연락 서신 이외의 변경사항에 대하여 보고하지 않아도 됩니다. 의료비, 임대료 또는 공공 요금 비용의 증가나 소득의 감소를 자진 보고하셔도 됩니다. 귀하가 이러한 변경사항을 보고하고 입증하는 경우 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 이사하시는 경우, 저희가 귀하에게 보내드리는 통지를 계속 받으실 수 있도록 새 주소를 보고하실 수도 있습니다.

의료비: 인증 기간 중 의료비 변경사항은 보고하지 않으셔도 됩니다. 그러나 다음에 해당하는 가구 구성원의 의료비 변경은 자진하여 보고하실 수 있습니다.

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| - 60 세 이상인 자 | - 재향 군인 장애 혜택 수혜자 |
| - 사망한 재향 군인의 장애인 배우자 또는 자녀 | - 정부 장애 퇴직 혜택 수혜자 |
| - 보조 사회보장 소득 (SSI) 수혜자 | - 철도 퇴직 장애 혜택 수혜자 |
| - 사회 보장 장애 지급액 수혜자 | - 장애 기준 의료 지원 수혜자 |

의료비 증가에 대하여 보고 및 증명하시는 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수 있습니다. 의료비 변경사항은 다음 재인증 시 반드시 보고하셔야 합니다

임시 지원(TA) 보고 규정: 위에 기재된 규정은 푸드 스탬프 혜택 프로그램에만 적용됩니다. TA 도 받고 계시는 경우에도 변경 발생 후 10 일 이내에 정기 보고 우편물, TA 자격요건 설문지를 통해, 그리고 재인증 시 TA 에 대한 변경사항을 보고하셔야 합니다.

이 양식을 사용해야 하는 경우

이 양식은 모든 필수 또는 자진 변경사항 보고에 사용할 수 있습니다. 이사하지 않은 경우에도 아동이나 장애인 성인을 돌보는 비용에 대한 변경이나 거주비용 변경에 대한 보고를 위해 이 양식을 사용하실 수 있습니다. 이 비용이 증가하는 경우 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수 있습니다.

보고하시는 변경사항을 증명할 수 있는 경우, 이 양식과 함께 증빙서류를 첨부하십시오. 이렇게 하면 정확한 푸드 스탬프 혜택을 받는 데 도움이 됩니다. 변경된 보고사항이 확인된 후에만 혜택을 확대해 드릴 수 있습니다.

이 양식은 우편으로 보내시거나 위에 적힌 저희 부서로 가져오셔야 합니다. 이 양식을 우송하거나 가져오시지 못할 이유가 있는 경우, 1 페이지에 나와 있는 전화번호로 저희에게 전화해서 변경사항을 보고하셔도 됩니다.

더 이상 푸드 스탬프 혜택을 받기 원하지 않는 경우, 여기에 서명하여 푸드 스탬프 혜택 프로그램 참여를 취소하십시오. 귀하에 대한 푸드 스탬프 혜택이 중단될 것입니다. 푸드 스탬프 혜택 자격요건에 관해 부정확하거나 불완전한 정보를 받았다고 생각하시는 경우 90 일 이내에 청문회를 요청하여 이 취소에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 푸드 스탬프 혜택은 참여를 취소하신 후 언제든지 다시 신청하실 수 있습니다.

X _____

보고하셔야 하는 귀 가구의 변경사항을 제대로 알리지 않는 경우, 귀하는 그 결과로 받으시는 모든 초과 푸드 스탬프 혜택의 액수만큼 저희에게 빚을 지게 됩니다. 정보를 보고해야 할 의무가 있는데 의도적으로 이를 알리지 않는 경우에도 푸드 스탬프 프로그램에 대한 자격을 상실하게 되며 형사 소추를 받게 될 수 있습니다 (6 페이지의 "푸드 스탬프 처벌 경고"를 참조하십시오).

아래의 양식을 사용하여 변경사항을 보고하십시오

소득 또는 소득원 변경 - 귀하가 6 개월 보고자인 경우 귀하의 보고 규정은 2 페이지가 시작되는 부분에 설명되어 있습니다. 귀하가 변경사항 보고자인 경우에도, 보고 규정이 2 페이지에 설명되어 있습니다.

소득 수혜자의 이름	소득원	새로운 액수	수정 번호
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

가구내 변경사항 - 새로 태어난 자녀 등 모든 새로운 가구 구성원을 아래에 기입하십시오. 집에 입주했거나 이사를 나간 사람, 또는 사망자도 기입하십시오.

이름	나이	관계	변경사항 (하나 선택)	날짜	소득액	출처
1.			<input type="checkbox"/> 가구에 입주 <input type="checkbox"/> 가구에서 나갈		\$	
2.			<input type="checkbox"/> 가구에 입주 <input type="checkbox"/> 가구에서 나갈		\$	
3.			<input type="checkbox"/> 가구에 입주 <input type="checkbox"/> 가구에서 나갈		\$	
4.			<input type="checkbox"/> 가구에 입주 <input type="checkbox"/> 가구에서 나갈		\$	

주소 변경

새 주소 시 주 우편번호(ZIP CODE)

주소가 없는 경우에는 뜻을 찾아가는 방법을 적으십시오 (노숙자의 경우에는 골판지로 남겨두십시오).
 연락처 가능한 전화번호 () 지역번호

거주비 변경 - 이사하신 경우, 새로운 비용을 아래에 적으셔야 합니다. 이사하지 않은 경우에도 이 섹션을 이용하여 귀하의 임대료, 주택 불임금 또는 기타 비용의 변경을 보고할 수 있습니다.

숙박업이나 하숙인이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 식사는: 포함 비포함

임대료	예	아니오	'예'인 경우, 월 액수를 적으십시오	변경사항 (하나 선택)
임대료를 지불하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불
다음에 대해 임대료와 별도로 지불하십니까?	예	아니오		
• 난방 및/또는 냉방	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 공공 요금 (전기세, 취사용 가스비 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 전화비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
주택 용자 불임금	예	아니오	'예'인 경우, 월 액수를 적으십시오	변경사항 (하나 선택)
주택 용자 불임금을 지불하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불
다음은 주택용자 불임금과 별도로 지불하십니까?	예	아니오	'예'인 경우, 월 액수를 적으십시오	변경사항 (하나 선택)
• 재산세	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불
• 주택 보험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불
• 난방 및/또는 냉방	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 공공 요금 (전기세, 취사용 가스비 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 전화비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
섹션 8이나 그 외 정부 보조 주택에 거주하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		공공 주택에 거주하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

자동차 또는 운송수단의 변경 - 지난 번에 저희에게 차량에 관해 알려주신 후 귀하의 가구 내에서 자동차, 트럭, 보트, 캠핑용 자동차, 오토바이 또는 기타 운송수단을 구입, 판매 또는 거래한 사람이 있습니까?

제조사	모델	연식	판매 처분한 경우, 판매액
1.			\$
2.			\$
3.			\$

저축액수 변경 - 귀 가구의 구성원들이 현재 가지고 있는 총 액수를 적으십시오. 현금, 저축계정, 당좌계정, 주식, 채권 또는 기타 투자를 포함하십시오. 귀 가구의 예금액이 \$2,000 이상(가구 구성원 중 만 60 세 이상인 사람이 있거나 장애자로 판명된 사람이 있는 경우 \$3,000 이상)으로 증가된 경우 반드시 알려주셔야 합니다. \$

아동 양육, 가족 부양 비용 또는 자녀 양육비 지급액수 변경 - 아동 양육이나 가족 부양 비용이 변경되었습니까? 그러한 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받으실 수도 있습니다.

변경사항 (하나 선택)	누구를 위한 지불입니까?	누구에게 지불합니까?	새로운 액수	지불 빈도
1. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음 <input type="checkbox"/> 비용 있음			\$	
2. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음 <input type="checkbox"/> 비용 있음			\$	
3. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음 <input type="checkbox"/> 비용 있음			\$	

의료 비용 변경 (의사, 치과 의사, 병원, 처방약품 등) - 의료 비용에 대한 변경사항은 재인증 시에만 보고하시면 됩니다. 그러나 다음에 해당하는 가구 구성원의 의료 비용에 대한 변경사항은 아무때나 자진 보고하실 수 있습니다.

- 60 세 이상인 자
- 사망한 재향 군인의 장애 배우자 또는 자녀
- SSI 수혜자
- 사회보장 연금 장애 지급액 수혜자
- 재향 군인 장애 혜택 수혜자
- 정부 장애 퇴직 혜택 수혜자
- 철도 퇴직 장애 혜택 수혜자
- 장애 기준 의료 지원 수혜자

의료비 증가를 보고 및 증명하시는 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받으실 수 있습니다.

이름	비용의 유형	액수	각 지급액의 지급 기한은?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

보고한 변경사항이 다음 달에도 계속 해당 될 것이라고 생각하십니까? 예 아니오

"아니오"인 경우 설명하십시오:

푸드 스탬프 가구에 관해 보고할 변경사항이 없는 경우 여기에 체크 표시 하십시오. 변경사항 없음

혜택 변경

본 양식에 대한 귀하의 응답을 이용하여 귀 가구의 혜택이 변경될 것인지 검토하겠습니다. 귀하의 혜택을 변경하기 전에 어떻게 될 것인가를 설명하는 통지서를 보내드립니다. 저희의 결정에 동의하지 않으시는 경우, 저희의 결정에 이의를 제기하여 청문회에서 발언하실 수 있는 권리가 있습니다.

푸드 스탬프 혜택 처벌 경고

푸드 스탬프 혜택 신청과 관련하여 제공하는 모든 정보는 연방, 주 및 지방 관리의 확인을 받게 됩니다. 부정확한 정보가 있는 경우, 푸드 스탬프가 거부될 수 있습니다. 의도적으로 부정확한 정보를 제공하는 경우 형사 소추를 받게 될 수 있습니다.

다음에 해당하는 경우, 다시는 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.

- 두 번째로 푸드 스탬프를 교환하여 통제 약물(불법 마약 또는 의사의 처방이 필요한 특정 약물)을 팔거나 산 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. 또는,
- 푸드 스탬프를 교환하여 총기, 탄약 또는 폭약을 팔거나 얻은 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. 또는,
- 푸드 스탬프와 관련하여 \$500 이상의 악덕거래를 한 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. 악덕 거래에는 푸드 스탬프, 승인 카드 또는 사용 기기의 불법 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됩니다. 또는,
- 의도적인 프로그램 위반(IPV)으로 세 번째로 법원의 유죄 판결을 받는 경우.

푸드 스탬프를 교환하여 통제 약물(의사의 처방이 필요한 불법 또는 특정 약물)을 사거나 판 것으로 처음 유죄 판결을 받는 경우, 2년간 푸드 스탬프를 받을 수 없습니다.

다음의 위반조치를 하는 경우

- 최초의 IPV인 경우, 1년간 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.
- 두 번째의 IPV인 경우, 2년간 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.

또한 법원은 추가 18개월간 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하도록 금지할 수 있습니다.

다수의 푸드 스탬프를 받기 위해 신원과 거주지에 관해 허위진술을 하는 경우, 10년간(또는 이것이 세 번째 IPV인 경우 영구적으로) 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.

다음에 해당하는 경우 IPV 유죄로 판결 받을 수 있습니다.

- 허위 또는 오해를 초래하는 진술을 하거나, 사실을 잘못 이야기하거나, 은폐하거나 알리지 않는 경우. 또는,
- 푸드 스탬프 혜택, 승인 카드 또는 EBT 시스템의 일부로 사용되는 재사용 가능한 서류를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소유 또는 악덕 거래할 목적으로 연방 또는 주 법률의 위반에 해당하는 행위를 하는 경우.

또한 최고 \$250,000의 벌금 및/또는 최고 20년의 징역을 받게 될 수 있습니다.

인증

본인은 허위 정보의 은폐나 제공에 대한 처벌을 이해합니다. 또한 본인은 본인의 가구 내의 변경사항을 모두 보고하지 않음으로써 본인이 받게 되는 추가 푸드 스탬프 혜택의 액수 만큼 빚을 지게 된다는 것을 이해합니다. 본인은 필요한 경우 보고된 변경사항을 증명하는데 동의합니다. 본 양식에 적힌 답변은 본인이 아는 한 정확하며 완전합니다. 본인은 본인의 서명이 본인이 제공하는 정보의 확인을 위해 연방, 주 및 지방 관리들이 다른 사람들이나 단체들에 연락하는 것을 승인하는 것임을 이해합니다.

서명

날짜:

X

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ
**ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПОЛОЖЕНИИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ
 ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)**
 (просьба писать разборчиво и только печатными буквами)

CASE NUMBER

ВЫ ОБЯЗАНЫ СООБЩАТЬ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ
 ПОЛОЖЕНИИ В СООТВЕТСТВИИ С ИЗЛОЖЕННЫМИ НИЖЕ ПРАВИЛАМИ:

ДАТА: _____

КОМУ: _____

АДРЕС: _____

ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ БЛАНК И ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:

НАИМЕНОВАНИЕ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН МЕСТНОГО ОТДЕЛА:

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Просим внимательно прочесть приведенные вопросы и правила. Если Вы не сообщите о каких-либо изменениях, сообщать о которых Вас обязывают эти правила, мы можем вчинить Вам иск о переплате фудстемпов и взыскать с Вас выплаченную сверх положенного сумму.

Ниже объясняется, о каких изменениях Вы ОБЯЗАНЫ сообщать. Тем не менее Вы можете добровольно сообщать о любом изменении в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц и, если это изменение ведет к увеличению размера получаемых Вами выплат и Вы удостоверите такое изменение, мы увеличим размер получаемых Вами выплат.

ОТНОСИТЕСЬ ЛИ ВЫ К КАТЕГОРИИ ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ РАЗ В ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ("SIX-MONTH REPORTER") ИЛИ К КАТЕГОРИИ ОБЯЗАННЫХ СООБЩАТЬ О ТЕКУЩИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ("CHANGE REPORTER")? ЧТОБЫ ВЫЯСНИТЬ, К КАКОЙ ИЗ ЭТИХ КАТЕГОРИЙ ВЫ ОТНОСИТЕСЬ, ОТВЕТЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Получаете ли Вы фудстемпы в порядке временных/переходных льгот (ТВА)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «ТВА» на с. 3 (пропустите вопросы 2–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №2 (см. ниже).
2. Получаете ли Вы льготы в рамках программы штата Нью-Йорк по улучшению питания (NYSNIP)?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «NYSNIP» на с. 3 (пропустите вопросы 3–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №3 (см. ниже).
3. Оформляетесь ли Вы каждый раз на получение фудстемпов на срок не более пяти месяцев?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 4–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №4 (см. ниже).
4. Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц трудовой доход (заработок), учитываемый в сумме выдаваемых Вам фудстемпов?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила шестимесячной отчетности» в нижней части этой страницы (пропустите вопросы 5–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №5 (см. ниже).
5. Являются ли все взрослые (18 лет и старше), включая Вас и проживающих с Вами лиц, нетрудоспособными или престарелыми в возрасте 60 лет и старше?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 6–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №6 (см. ниже).
6. Вы и проживающие с Вами лица не имеете никакого дохода (включая Временное пособие)	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопросы 7–8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №7 (см. ниже).
7. Являетесь ли Вы лицом без определенного места жительства (без крыши над головой) или сезонным с.-х. рабочим-мигрантом?	<input type="checkbox"/> ДА — перейдите к разделу «Правила отчетности об изменениях» на с. 2 (пропустите вопрос 8).	<input type="checkbox"/> НЕТ — перейдите к вопросу №8 (см. ниже).
8. Вы ответили «НЕТ» на все 7 приведенных выше вопросов	<input type="checkbox"/> — перейдите к разделу «Правила шестимесячной отчетности» в начале с. 2.	

ПРАВИЛА ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ ОТЧЕТНОСТИ. Поскольку на Вас и проживающих с Вами лиц распространяются «Правила шестимесячной отчетности», Вы обязаны сообщать об изменениях только во время Вашего очередного переоформления — за исключением следующих трех случаев:

1. Если сумма Вашего и проживающих с Вами лиц совокупного месячного дохода превышает 130% уровня бедности, Вы **ОБЯЗАНЫ** сообщить размер этой месячной суммы в местный отдел социальных служб по телефону, в письменном виде или лично в течение 10 календарных дней по истечении каждого календарного месяца. Совокупный месячный доход — это сумма дохода до вычета налогов и прочих удержаний, а не сумма, которую Вы получаете при обналичивании своего чека. При установлении наличия у Вас прав на получение фудстемпов мы обязаны исходить из совокупного месячного дохода. Ваш ведущий разъяснит Вам, что означает «130% уровня бедности» для семьи такого состава как Ваша. При определении возможного превышения Вами этого 130%-ного уровня в совокупную сумму Вашего дохода включаются все иные виды поступлений, получаемых Вами помимо заработков. Примерами таких поступлений могут служить выплаты на содержание детей, выплаты Пособия по безработице, выплаты Временного пособия (TA), выплаты компенсации в связи с производственной травмой, льготы Социального обеспечения, Дополнительный социальный доход (SSI) и выплаты пособий по нетрудоспособности из частных фондов. Если Вы не сообщите, что в какой-либо календарный месяц Ваш совокупный доход превысил 130% уровня бедности, все выплаты, полученные после этого месяца, могут считаться переплатой — даже в том случае, если в следующем месяце Ваш совокупный доход вновь упадет ниже 130% уровня бедности.
2. Если период оформления Ваших документов и документов проживающих с Вами лиц превышает 6 месяцев, при наступлении шестимесячного срока оформления Вы получите бланк отчетности, который Вы **ОБЯЗАНЫ** вернуть в течение десяти дней после его получения. Если в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц произошли какие-либо из перечисленных ниже изменений, Вы **ОБЯЗАНЫ** сообщить о них в бланке отчетности, присылаемом Вам по истечении шестимесячного срока.

Перечень изменений, о которых Вы обязаны сообщить по истечении шестимесячного срока:

- любое изменение источников дохода (Ваших и проживающих с Вами лиц);
 - изменение совокупной суммы заработков (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц;
 - изменение совокупной суммы денежных поступлений (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 50 долл. в месяц и эти средства поступают из общественных фондов, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
 - изменение совокупной суммы денежных поступлений (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц и эти средства поступают из частных фондов, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
 - изменение, по решению суда, сумм, выплачиваемых Вами на содержание детей в пользу живущего отдельно от Вас ребенка;
 - изменение состава проживающих с Вами лиц;
 - в случае переезда — Ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление и коммунальные услуги;
 - новый или другой автомобиль либо иное транспортное средство;
 - увеличение сумм имеющихся у Вас и проживающих с Вами лиц наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках или сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений у Вас и проживающих с Вами лиц достигнет или превысит 2000 долл. (3000 долл., если кто-либо из вас является нетрудоспособным или достиг возраста 60 лет);
 - любые изменения в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.
3. Если Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), Вы **ОБЯЗАНЫ** в течение 10 дней по окончании месяца сообщить, отработываете ли Вы менее 80 часов в месяц.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Поскольку на Вас и проживающих с Вами лиц распространяются «Правила отчетности об изменениях», Вы **ОБЯЗАНЫ** сообщать о перечисленных ниже изменениях в течение 10 дней с момента, когда произошло изменение:

- любое изменение источников дохода (Ваших и проживающих с Вами лиц);
- изменение совокупной суммы заработков (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц;
- изменение совокупной суммы денежных поступлений (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 50 долл. в месяц и эти средства поступают из общественных фондов, таких как льготы Социального обеспечения, фонды Пособий по безработице (UIB) и т.п.;
- изменение совокупной суммы денежных поступлений (Ваших и проживающих с Вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц и эти средства поступают из частных фондов, таких как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;
- изменение, по решению суда, сумм, выплачиваемых Вами на содержание детей в пользу живущего отдельно от Вас ребенка;
- изменение состава проживающих с Вами лиц;
- в случае переезда — Ваш новый адрес, новые размеры арендной платы или взноса по ипотечной ссуде, платы за отопление и коммунальные услуги;
- новый или другой автомобиль либо иное транспортное средство;
- увеличение сумм имеющихся у Вас и проживающих с Вами лиц наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках и сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений у Вас и проживающих с Вами лиц достигнет или превысит 2000 долл. (3000 долл., если кто-либо из вас является нетрудоспособным или достиг возраста 60 лет);
- Если Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), Вы обязаны в течение 10 дней по окончании месяца сообщить, отработываете ли Вы менее 80 часов в месяц.
- любые изменения в Вашем положении и в положении проживающих с Вами лиц, если эти изменения могут повлечь за собой санкции, указанные на стр. 6.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для получателей временных/переходных льгот (ТВА)

- Временные/переходные выплаты фудстемпов могут продолжаться до пяти месяцев после закрытия Вашего дела о предоставлении Временного пособия.
- В течение переходного периода Вы не обязаны сообщать об изменениях. Если в Вашем положении произошли изменения, в результате которых сумма выплачиваемых Вам фудстемпов может возрасти, Вы можете в любое время в течение этого переходного периода обратиться к своему ведущему для подачи заявления о досрочном переоформлении на получение большего количества фудстемпов. Количество выдаваемых Вам фудстемпов может быть увеличено только после подачи заявления о досрочном переоформлении и проведения такового в полном объеме.
- Вы обязаны пройти переоформление ближе к концу временного/переходного периода, чтобы выяснить, имеете ли Вы право на получение фудстемпов по окончании этого периода. Мы направим Вам напоминание о записи на прием по поводу переоформления. Если Вы не пройдете переоформление, мы обязаны закрыть Ваше дело о получении фудстемпов без дальнейших извещений и напоминаний.

ПРАВИЛА ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ для участников программы NYSNIP

- Через 24 месяца после Вашего вступления в программу NYSNIP Вы получите письмо-анкету, которое Вы обязаны заполнить и вернуть.
- Помимо этого высылаемого через 24 месяца письма-анкеты, Вы не обязаны сообщать об изменениях до следующего оформления документов на получение фудстемпов. Вы можете по собственной инициативе сообщать об увеличении медицинских расходов, арендной платы и стоимости коммунальных услуг, а также о сокращении объема Ваших доходов. Если Вы сообщите о таких изменениях и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов. Вы можете сообщить также свой новый адрес при переезде, чтобы к Вам продолжали приходить рассылаемые нами извещения и уведомления.

Медицинские расходы. Вы не обязаны сообщать об изменениях в Ваших медицинских расходах до следующего оформления документов на получение фудстемпов. Однако Вы можете по собственной инициативе сообщать об изменениях объема медицинских расходов на тех лиц (из числа Вас и проживающих с Вами лиц), которые относятся к следующим категориям:

- лица в возрасте 60 лет или старше;
- нетрудоспособные супруги или дети скончавшегося ветерана вооруженных сил США;
- лица, получающие Дополнительный социальный доход (SSI);
- лица, получающие пенсию Социального обеспечения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию ветерана вооруженных сил США по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию работника государственного учреждения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию железнодорожного служащего по нетрудоспособности;
- лица, получающие медицинскую помощь по нетрудоспособности.

Если Вы сообщите об увеличении медицинских расходов и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов. Об изменениях в медицинских расходах необходимо сообщить при очередном переоформлении документов на получение фудстемпов.

Правила отчетности получателей Временного пособия (ТА). Приведенные выше правила действуют только в отношении программы получения фудстемпов. Если Вы получаете также ТА, за Вами сохраняется обязанность сообщать об изменениях для получения ТА в течение 10 дней с момента изменения, заполняя периодически присылаемые по почте бланки отчетности и вопросники по праву получения ТА, а также сообщая об этих изменениях во время переоформления.

Когда пользоваться этим бланком

Этим бланком можно пользоваться для сообщения любых изменений — как в обязательном, так и в добровольном порядке. Вы можете воспользоваться этим бланком также для сообщения об изменениях в расходах по уходу за детьми или нетрудоспособными взрослыми либо об изменениях жилищных расходов, даже если продолжаете жить на прежнем месте. Если эти расходы возросли, может оказаться, что Вы имеете право на большее количество фудстемпов.

Если у Вас есть документальное подтверждение изменений, о которых Вы сообщаете, просим приложить его к этому бланку. Это поможет начислить Вам фудстемпы в надлежащем количестве. Мы можем увеличить сумму выдаваемых Вам фудстемпов лишь после того, как изменения, о которых Вы сообщаете, будут подтверждены.

Этот бланк следует отправить по почте или принести лично в указанное выше учреждение. Если по какой-либо причине Вы не в состоянии этого сделать, можете сообщить нам об изменениях по телефону, приведенному на стр.1.

Если Вы больше не хотите получать фудстемпы, Вы можете отказаться от участия в программе их получения, поставив ниже свою подпись. Выплата Вам фудстемпов будет прекращена. Если же Вы считаете, что Вам была представлена неверная или неполная информация о Ваших правах на получение фудстемпов, Вы имеете право оспорить свой отказ и потребовать назначения Объективного разбирательства (Fair Hearing) в течение 90 дней. Вы имеете право вновь подать заявление на получение фудстемпов в любой момент после отказа от участия в программе.

X _____

ПРИ СОКРЫТИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДЛЯ СООБЩЕНИЯ СВЕДЕНИЙ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ ПОЛОЖЕНИИ И ПОЛОЖЕНИИ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ ВЫ БУДЕТЕ ОБЯЗАНЫ ВЕРНУТЬ НАМ СТОИМОСТЬ ВСЕХ ФУДСТЕМПОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ВАМИ СВЕРХ ПОЛОЖЕННОГО КОЛИЧЕСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАКОГО СОКРЫТИЯ. ЗА НАМЕРЕННОЕ СОКРЫТИЕ ТАКИХ СВЕДЕНИЙ ВЫ ТАКЖЕ МОЖЕТЕ БЫТЬ ИСКЛЮЧЕНЫ ИЗ ПРОГРАММЫ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ И ПОДВЕРГНУТЫ УГОЛОВНОМУ ПРЕСЛЕДОВАНИЮ (СМ. ПРИЛАГАЕМУЮ ПАМЯТКУ «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ» НА СТР. 6).

Приведите сведения об изменениях в приведенных ниже графах

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ИЛИ ИСТОЧНИКА ДОХОДА. Правила отчетности для лиц, отчитывающихся в шестимесячный срок, приведены на стр. 2. Правила отчетности для лиц, обязанных сообщать об изменениях, также приведены на стр. 2.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ДОХОДА	ИСТОЧНИК ДОХОДА	НОВАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОСТУПЛЕНИЯ
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ. Укажите ниже всех новых проживающих совместно с Вами лиц, в том числе новорожденных. Укажите также всех, кто въехал, выехал или скончался.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВОЗРАСТ	РОДСТВО	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)	ДАТА	СУММА ДОХОДА	ИСТОЧНИК
1.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
2.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
3.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	
4.			<input type="checkbox"/> ВОШЕЛ В СОСТАВ СЕМЬИ <input type="checkbox"/> ВЫШЕЛ ИЗ СОСТАВА СЕМЬИ		\$	

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

НОВЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ЕСЛИ У ВАС НЕТ ТОЧНОГО АДРЕСА, НАПИШИТЕ, КАК НАЙТИ ВАШ ДОМ (если Вы бездомный, оставьте графу пустой)

№ ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ ВАС МОЖНО ЗАСТАТЬ
()
КОД РАЙОНА

ИЗМЕНЕНИЕ РАСХОДОВ НА ЖИЛЬЕ. Если Вы переехали, Вы обязаны указать ниже расходы на новое жилье. Но даже если Вы живете на прежнем месте, Вы можете воспользоваться этим разделом анкеты, чтобы сообщить об изменениях в размере арендной платы, платежей по ипотечной ссуде или прочих расходов.

Снимаете ли Вы угол или комнату с пансионом? ДА НЕТ Если ДА, питание в плату ВКЛЮЧЕНО НЕ ВКЛЮЧЕНО

АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)
Платите ли Вы арендную плату за жилье?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше
Оплачиваете ли Вы приведенные ниже расходы отдельно от арендной платы за жилье?	ДА	НЕТ		
• Отопление и (или) кондиционирование воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Коммунальные услуги (электричество, газ и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Телефон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ПЛАТЕЖИ ПО ИПОТЕЧНОЙ ССУДЕ	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)
Выплачиваете ли Вы ипотечную ссуду?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше
Оплачиваете ли Вы приведенные ниже виды расходов отдельно от платежей по ипотечной ссуде:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ МЕСЯЧНУЮ СУММУ	ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО)
• налоги на недвижимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше
• страхование дома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> то же <input type="checkbox"/> больше <input type="checkbox"/> меньше
• отопление и (или) кондиционирование воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• коммунальные услуги (электричество, газ и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• телефон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Живете ли Вы в квартире по «8-й Программе» (section 8) или в ином субсидируемом жилье? ДА НЕТ

Живете ли Вы в государственной квартире? ДА НЕТ

ИЗМЕНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АВТОМОБИЛЕЙ ИЛИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ. Со времени, когда Вы в последний раз сообщали нам о своих транспортных средствах, приобрели (продали, обменяли) ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц автомобиль, грузовик, лодку, автофургон, мотоцикл или иное транспортное средство?

МАРКА	МОДЕЛЬ	ГОД ВЫПУСКА	ЕСЛИ ПРОДАНО, ЗА СКОЛЬКО
1.			\$
2.			\$
3.			\$

ИЗМЕНЕНИЕ СУММЫ СБЕРЕЖЕНИЙ. Укажите **общую** денежную сумму, которая есть в настоящее время у Вас и у всех проживающих с Вами лиц, в том числе сумму наличности, средств на сберегательных и чековых счетах, акций, облигаций и прочих инвестиций. Вы обязаны сообщить нам об **увеличении** общей суммы сбережений до суммы в 2000 долл. или больше (3000 долл., если Вы или кто-то из проживающих с Вами лиц достиг возраста 60 лет либо официально признан нетрудоспособным).

\$

ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ НА УХОД ЗА РЕБЕНКОМ, ИЖДИВЕНЦЕМ ИЛИ СУММЫ, ВЫПЛАЧИВАЕМОЙ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА. Изменились ли Ваши расходы на уход за ребенком или иждивенцем? Если это так, может оказаться, что Вы имеете право на большее количество фудстемпов.

ИЗМЕНЕНИЕ (ОТМЕТЬ ОДНО)	НА КОГО?	КОМУ ВЫ ПЛАТИТЕ?	НОВАЯ СУММА	КАК ЧАСТО ПЛАТИТЕ?
1. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	
2. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	
3. <input type="checkbox"/> БОЛЬШЕ НЕТ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ЕСТЬ РАСХОДЫ			\$	

ИЗМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДАХ (на услуги врачей, стоматологов, лечебных учреждений, назначенные врачом препараты и т.п.). Вы обязаны сообщать об изменениях в Ваших медицинских расходах только при переоформлении. Однако Вы можете по собственной инициативе сообщать об изменениях объема медицинских расходов на тех лиц (из числа Вас и проживающих с Вами лиц), которые относятся к следующим категориям:

- лица в возрасте 60 лет или старше;
- нетрудоспособные супруги или дети скончавшегося ветерана вооруженных сил США;
- лица, получающие Дополнительный социальный доход (SSI);
- лица, получающие пенсию Социального обеспечения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию ветерана вооруженных сил США по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию работника государственного учреждения по нетрудоспособности;
- лица, получающие пенсию железнодорожного служащего по нетрудоспособности;
- лица, получающие медицинскую помощь по нетрудоспособности.

Если Вы сообщите об увеличении медицинских расходов и представите подтверждающие документы, может оказаться, что у Вас есть право на большее количество фудстемпов.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВИД РАСХОДОВ	СУММА	КАК ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ВНОСИТЬ ПЛАТЕЖИ?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ПРЕДПОЛАГАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ИЗМЕНЕНИЯ, О КОТОРЫХ ВЫ СООБЩИЛИ, СОХРАНЯТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ МЕСЯЦЕ?

 ДА НЕТ

Если "НЕТ", поясните:

ПОМЕТЬТЕ ЭТУ КЛЕТКУ, ЕСЛИ ВАМ НЕЧЕГО СООБЩИТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ, КАСАЮЩИХСЯ ВАС И ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ

 ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРОЧЕСТЬ И ПОДПИСАТЬ СТР. 6



ИЗМЕНЕНИЕ ЛЬГОТ

Мы используем приведенные Вами в этом бланке ответы, чтобы установить, изменятся ли льготы, предоставляемые Вам и проживающим с Вами лицам. Прежде чем изменить льготы, мы направим Вам извещение с объяснением этого. Если Вы не согласитесь с нашим решением, у Вас имеется право на объективное разбирательство, на котором Вы обжалуете наше решение.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS)

Все сведения, представляемые Вами в связи с Вашим заявлением на получение фудстемпов, подлежат проверке должностными лицами федеральных ведомств, властей штата и местных учреждений. Если какие-либо сведения окажутся неверными, Вам могут отказать в получении фудстемпов. За умышленное представление ложных сведений Вы можете быть подвергнуты уголовному преследованию.

Вы **никогда** не сможете вновь получать фудстемпы, если:

- Вы вторично признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на фудстемпы; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на фудстемпы; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в незаконном обороте фудстемпов на сумму не менее 500 долл. Незаконный оборот включает в себя незаконное использование, передачу, приобретение, подделку (или владение) фудстемпов, карточек для их получения и средств доступа к ним; **или**
- Вы признаны в судебном порядке виновным в третьем намеренном нарушении правил программы фудстемпов (Intentional Program Violation - IPV).

Вы не сможете получать фудстемпы в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на фудстемпы.

Если Вы совершили

- первое IPV, Вас лишат фудстемпов на один год;
- второе IPV, Вас лишат фудстемпов на два года.

В дополнение к этому суд может также лишить Вас фудстемпов еще на 18 месяцев.

За представление ложных сведений о собственной личности или о месте проживания с целью многократного получения фудстемпов Вас лишат права на их получение на десять лет (или пожизненно — если это третье IPV).

Вас могут признать виновным в намеренном нарушении правил программы (IPV), если:

- Вы представите ложные или вводящие в заблуждение сведения либо извратите, скроете или не представите факты; **или**
- Вы совершите какое-либо действие, являющееся нарушением федерального закона или закона штата, с целью использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота талонов, карточек для их получения или документов многократного пользования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Вас могут также подвергнуть штрафу в размере до 250 тыс. долл., тюремному заключению на срок до 20 лет или и тому и другому.

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

Я осведомлен(а) об ответственности за сокрытие сведений и за представление ложных сведений. Я также осведомлен(а) о том, что буду обязан(а) вернуть все выплаченные мне лишние фудстемпы, которые я получил(а) вследствие того, что не сообщил(а) в полном объеме об изменениях в моем положении и в положении проживающих со мной лиц. Я согласен (согласна) документально удостоверить любые изменения, о которых сообщил(а), если в этом возникнет необходимость. Ответы на вопросы данной анкеты являются, насколько мне известно, полными и верными. Мне известно, что своей подписью я предоставляю должностным лицам федеральных ведомств, властей штата и местных учреждений право обращаться к другим лицам и организациям для проверки представленных мною сведений.

подпись

ДАТА

X

BIWO POU ASISTANS TANPORÉ AK ENFIMITE NAN ETA NOU YÒK
**FÒM POU RAPÒTE CHANJMAN NAN KOU PON POU
 ACHE MANJE**

(Tanpri Ekri Byen Klè an Lèt Majiskil)

NIMEWO KA A

OU FÈT POU RAPÒTE NENPÒT KI CHANJMAN NAN SITYASYON OU
 DAPRE RÈGLEMAN KI EKRI ANBA LA A:

DAT: _____

POU: _____
 ADRÈS: _____

RANPLI FÒM SA A EPI VOYE LI TOUNEN PA LAPÒS BAY:

NON AK ADRÈS EPI NIMEWO TELEFON DISTRIK LOKAL LA:

RESPONSABILITE OU GENYEN POU RAPOTE CHANJMAN

Tanpri, li kesyon yo ak règleman yo avèk anpil atansyon. Si ou pa rapòte nenpòt ki chanjman ou dwe rapòte menm jan règleman yo di pou ou fè a, nou ka oblije fè yon demann pou nou reklame benefis kupon pou achete manje nou ba ou anplis epi pou nou ka kolekte kantite benefis kupon pou achete manje nou ba ou anplis la nan men ou.

Nou eksplike chanjman ou DWE rapòte yo pi ba la a. Si ou vle, ou toujou kapab rapòte nenpòt ki chanjman ki fèt lakay ou epi ki gen rapò ak kesyon kupon pou achete manje. Si chanjman sa a ap ogmante nivo benefis ou epi si ou kapab pwouve chanjman an, nou va ogmante benefis ou yo.

ESKE OU SE YON "MOUN KI RAPOTE CHAK SIS (6) MWA" OSWA YON "MOUN KI RAPOTE CHANJMAN"? OU KAPAB REPONN KESYON SA YO POU OU KONNEN SI OU SE YON "MOUN KI RAPOTE CHAK SIS MWA" OSWA YON "MOUN KI RAPOTE CHANJMAN".

1. Èske ou resevwa benefis kupon pou achete manje pandan yon peryòd tranzisyon (TBA)?	<input type="checkbox"/> WI – Ale Nan "TBA" nan paj 3 (Sote kesyon 2 jiska kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #2, ki pi ba la a
2. Èske ou resevwa benefis Pwojè pou Amelyore Nitrisyon nan Eta Nou Yòk la (NYSNIP)?	<input type="checkbox"/> WI – Ale Nan "NYSNIP" nan paj 3 (Sote kesyon 3 jiska kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #3, ki pi ba la a
3. Èske ou sètifye pou resevwa benefis kupon pou achete manje pou 5 mwa oswa pou mwens tan alafwa?	<input type="checkbox"/> WI –Ale Nan "Kouman pou Rapòte Chanjman" nan paj 2 (Sote kesyon 4 jiska kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #4, ki pi ba la a
4. Èske nou kontwòle salè nenpòt moun lakay ou touche nan travay nan kantite benefis kupon pou achete manje ou jwenn lan?	<input type="checkbox"/> WI –Ale Nan "Kouman pou Fè Rapò chak Sis Mwa" anba paj sa a (Sote kesyon 5 jiska kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #5, ki pi ba la a
5. Èske tout granmoun ki lakay ou (18 an oswa plis) se moun enfim oswa se moun ki gen 60 an oswa plis?	<input type="checkbox"/> WI –Ale Nan "Kouman pou Rapòte Chanjman" nan paj 2 (Sote kesyon 6 jiska kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #6, ki pi ba la a
6. Èske tout moun lakay ou touche \$0 kòm salè (sa vle di \$0 pou Asistans Tanporè tou)?	<input type="checkbox"/> WI –Ale Nan "Kouman pou Rapòte Chanjman" nan paj 2 (Sote kesyon 7 ak kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #7, ki pi ba la a
7. Èske ou pa gen kote pou ou rete (ou pa gen kay) oswa ou se yon fèmye ki travay latè epi ki deplase soti yon kote pou ale yon lòt kote pou travay/oswa yon moun ki travay pa sezon?	<input type="checkbox"/> WI – Ale Nan "Kouman pou Rapòte Chanjman" nan paj 2 (Sote kesyon 8)	<input type="checkbox"/> NON – Ale nan kesyon #8, ki pi ba la a
8. Ou reponn "NON" pou tout 7 kesyon ki anwo a.	<input type="checkbox"/> Ale Nan "Kouman pou Fè Rapò chak Sis (6) Mwa" nan kòmansman paj 2	

RÈGLEMAN SOU KOUMAN POU RAPÔTE CHANJMAN CHAK SIS (6) MWA:

Piske lakay ou benefisyè koupon pou achte manje dapre regleman pou "rapôte chak sis (6) mwa", ou gen pou ou rapôte chanjman yo lè pou ou resètifye sèlman, eksepte nan twa (3) sikonstans sa yo:

1. **Si tout kay la fè yon revni angwo pa mwa ki plis pase 130% nivo lamizè a, apre fen mwa a, ou gen 10 jou nan kalandriye a pou ou rele, ekri, oswa ale nan distrik sèvis sosyal la an pèsonn pou rapôte kantite kòb pa mwa sa a.** Revni angwo a se kantite lajan ou touche anvan yo retire taks ak lòt lajan sou ou, se pa kantite lajan ou touche lè ou chanje chèk ou. Nou fèt pou sèvi ak revni angwo a pou detèminen si ou kalifye pou benefis Koupon pou Achte Manje. Travayè sosyal la ap esplike ou kisa 130% nivo lamizè a vle di pou yon fanmi gwosè pa ou la. Ou fèt pou ajoute nenpòt lòt revni ou resevwa epi ki pa lajan ou fè nan travay sou lajan ou touche angwo nan travay la, pou ou ka konnen si ou depase 130% nivo lamizè a. Pa egzanp, lòt revni ki konte yo se peman sipò pou timoun, Asirans Chomaj, peman Asistans Tanporè (TA), konpansasyon Asirans pou Aksidan nan Travay (Workers Compensation) oswa Benefis Sekirite Sosyal, Renvi Anplis pou Sekirite (SSI) oswa peman asirans prive pou moun ki pa ka travay. Si ou pa rapôte revni ou fè angwo epi ki depase 130% nivo lamizè a pandan nenpòt mwa nan kalandriye a, yo kapab konsidere tout benefis ou resevwa apre mwa sa a kòm peman anplis. Ou dwe fè menm bagay la menmsi revni angwo ou desann nan yon nivo ki pi ba pase 130% nivo lamizè a yon lòt mwa apre.
2. **Si peryòd sètifikasyon pou lakay ou pi plis pase 6 mwa:** Sou sis (6) mwa, lè yo fè yon tchèk sou peryòd sètifikasyon an, wap resevwa yon fòm pou rapôte epi ou **DWE** voye fòm nan tounen 10 jou apre dat ou te jwenn li a. Si gen nenpòt nan chanjman ki sou lis ki anba la a ki fèt lakay ou, ou **DWE** pou rapôte chanjman sa yo sou fòm pou rapôte nou te voye ba ou lè moman pou fè tchèk sou sis (6) mwa a te rive a.

Men lis chanjman ou fèt pou rapôte lè yo fè tchèk sou peryòd sètifikasyon an sou sis (6) mwa a:

- Chanjman nan nenpòt **sous revni** pou nenpòt moun lakay ou.
 - Chanjman nan kantite **revni antou ki rantre lakay ou epi ki fèt nan travay**, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$100 pa mwa.
 - Chanjman nan kantite **revni antou ou pa fè nan travay, men ki rantre lakay ou epi ki soti nan yon sous piblik** tankou Benefis Sekirite Sosyal oswa Benefis Asirans Chomaj, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$ 50 pa mwa.
 - Chanjman nan kantite **revni antou ou pa fè nan travay, men ki rantre lakay ou epi ki soti nan yon sous prive** (tankou Peman Sipò pou Timoun, Asirans Prive pou Lè Moun Pa Ka Travay, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$100 pa mwa.
 - Chanjman nan kantite **lajan tribinal mande pou ou peye pou sipò pou timoun**, si sipò sa a se pou yon timoun ki pa nan kay kap resevwa benefis Koupon pou Achte Manje a.
 - Chanjman nan kantite **moun ki lakay ou**.
 - Nouvèl adrès ou, **si ou chanje kay** epi montan lwaye a oswa ipotèk la (mortgage), pri chofaj ak tout lòt sèvis piblik yo (kouran, gaz pou fè manje, eksetera).
 - **Yon machin nèf oswa diferan**, oswa lòt kalite veyikil.
 - Ogmantasyon nan lajan **kach, aksyon, bon, lajan moun lakay ou gen labank** oswa nan yon enstitisyon kote moun sere lajan, si kantite lajan kach ak kantite ekonomi tout moun nan kay la rive \$2000 oswa pi plis. (\$3000 oswa pi plis si gen yon moun lakay ou ki pa ka travay oswa ki gen 60 an oswa plis).
 - Nenpòt chanjman ki fèt lakay ou epi ki ta ka fè yo pran youn nan sanksyon ki dekri nan paj 6 la.
3. **Si nenpòt moun lakay ou ki resevwa benefis koupon pou achte manje ta yon granmoun Enganm, ki pa gen moun sou kont li ("ABAWD"), ou FÈT** pou di nou si ou travay mwens pase 80 èdtan nan yon mwa, apre fen mwa sa te fèt la, men anvan 10 jou pase sou fen mwa a.

RÈGLEMAN SOU KOUMAN POU RAPÔTE CHANJMAN:

Piske lakay ou benefisyè koupon pou achte manje dapre regleman "Rapôte Chanjman", ou **DWE** rapôte chanjman sa yo anvan 10 jou pase sou dat chanjman an te fèt la:

- Chanjman nan nenpòt **sous revni** pou nenpòt moun lakay ou.
- Chanjman nan kantite **revni antou ki rantre lakay ou epi ki fèt nan travay**, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$100 pa mwa.
- Chanjman nan kantite **revni antou ou pa fè nan travay, men ki rantre lakay ou epi ki soti nan yon sous piblik** tankou Benefis Sekirite Sosyal oswa Benefis Asirans Chomaj, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$ 50 pa mwa.
- Chanjman nan kantite **revni antou ou pa fè nan travay, men ki rantre lakay ou epi ki soti nan yon sous prive** (tankou Peman pou Sipò Timoun, Asirans Prive pou Lè Moun Pa Ka Travay, lè revni sa a ogmante oswa desann a pi plis pase \$100 pa mwa.
- Chanjman nan kantite **lajan tribinal mande pou ou peye pou sipò pou timoun**, si sipò sa a se pou yon timoun ki pa nan kay kap resevwa benefis Koupon pou Achte Manje a.
- Chanjman nan kantite **moun ki lakay ou**.
- Nouvèl adrès ou, **si ou chanje kay** epi montan lwaye a oswa ipotèk la (mortgage), pri chofaj ak tout lòt sèvis piblik yo (kouran, gaz pou fè manje, eksetera).
- **Yon machin nèf oswa diferan**, oswa lòt kalite veyikil.
- Ogmantasyon nan lajan **kach, aksyon, bon, lajan moun lakay ou gen labank** oswa nan yon enstitisyon kote moun sere lajan, si kantite lajan kach ak kantite ekonomi tout moun nan kay la rive \$2000 oswa pi plis. (\$3000 oswa pi plis si gen yon moun lakay ou ki pa ka travay oswa ki gen 60 an oswa plis).
- Si nenpòt moun lakay ou ki resevwa benefis **koupon pou achte manje ta yon granmoun Enganm ("ABAWD")**, ki pa gen moun sou kont li ("ABAWD"), ou fèt pou di nou si ou travay mwens pase 80 èdtan nan yon mwa, apre fen mwa sa te fèt la, men anvan 10 jou pase sou fen mwa a.
- Nenpòt chanjman ki fèt lakay ou epi ki ta ka fè yo pran youn nan sanksyon ki dekri nan paj 6 la.

KOUMAN POU kay Kap Resevwa Benefis Yo Bay nan Peryòd Tranzisyon (TBA) RAPÔTE CHANJMAN:

- Benefis kupon pou achte manje Yo Bay nan Peryòd Tranzisyon an kapab kontinye pandan jiska senk mwa apre yo fin fèmen ka Asistans Tanporè ou la.
- Ou pa oblije rapòte chanjman pandan peryòd tranzisyon an. Si ou gen chanjman ki kapab ogmante benefis ou, ou kapab kontakte moun ki responsab ka ou la pou ranpli yon aplikasyon pou resètifikasyon bonè nenpòt ki lè pandan peryòd tranzisyon an pou ou ka resevwa ogmantasyon an. Ogmantasyon an pap kapab fèt toutotan ou pa prezante yon aplikasyon pou resètifikasyon ki ranpli epi ki siyen, epi lè tout pwosedi resètifikasyon an fin fèt nèt.
- Ou fèt pou resètifye prèske nan fen peryòd tranzisyon an, pou wè si ou kapab kontinye resevwa benefis kupon pou achte manje lè peryòd tranzisyon ou lan fini. Nou va voye yon avi ba ou pou fè ou sonje ki kondisyon ki genyen pou resètifikasyon an. Si ou pa resètifye, nou pap voye okenn lòt avi ba ou epi nou fèt pou fèmen dosye kupon pou achte manje ou la.

KOUMAN POU PATISIPAN NAN PWOGRAM NYSNIP RAPÔTE CHANJMAN:

- Ou va resevwa yon lèt ki yon kontra pou 24 mwa apre lè ou kòmanse patisipe nan NYSNIP, ou dwe ranpli li epi voye li tounen.
- Ou pa oblije rapòte ankenn chanjman pandan peryòd sètifikasyon an sòf lèt kontra 24-mwa a ou gen pou ou voye tounen an. Si ou vle, ou kapab rapòte ogmantasyon nan depans medikal ou, lwaye oswa pri lòt sèvis piblik yo (kouran, gaz pou fè manje, eksetera), oswa lòt rediksyon ki sotou revni ou. Si ou rapòte epi ou pwouve chanjman sa yo, ou gen dwa kalifye pou plis benefis Kupon pou Achete Manje. Si ou chanje kay, ou dwe rapòte nouvel adrès ou pou ou ka kontinye resevwa tout dokiman nou voye ba ou yo.

Depans Medikal: Yo pa egzije ou pou rapòte chanjman ki fèt nan depans medikal ou pandan peryòd sètifikasyon ou. Men, si ou vle, ou gen dwa rapòte chanjman ki fèt nan depans medikal pou moun lakay ou ki:

- | | |
|---|---|
| - gen 60 an oswa plis | - ap resevwa retrèt pou veteran ki pa ka travay |
| - madanm/mari andikape oswa pitit andikape yon veteran ki mouri | - ap resevwa benefis retrèt gouvènman an bay pou moun ki pa ka travay |
| - ap resevwa Revni Anplis pou Sekirite (SSI) | - ap resevwa benefis Retrèt pou anplwaye chemennfé ki pa ka travay |
| - ap resevwa peman Sekirite Sosyal pou Moun ki pa Ka Travay | - ap resevwa asistans medikal ki baze sou si yon moun pa ka travay. |

Si ou rapòte epi ou pwouve yon ogmantasyon nan depans medikal ou, ou gen dwa kalifye pou plis benefis Kupon pou Achte Manje. Ou dwe rapòte chanjman nan depans medikal ou nan pwochen resètifikasyon an.

Règleman sou Kouman pou Moun Kap Resevwa Asistans Tanporè Rapòte: Règleman ki sou lis ki anwo la a aplike pou pwogram benefis Kupon pou Achte Manje a sèlman. Si ou resevwa asistans tanporè (TA) tou, ou fèt pou toujou rapòte chanjman pou asistans tanporè a anvan 10 jou pase sou dat chanjman an te fèt la, nan rapò peryodik nou voye pa lapòs yo, nan Kesyonè sou Kalifikasyon pou Asistans Tanporè a (TA), epi lè wap fè resètifikasyon

Kilè pou sèvi ak fòm sa a:

Ou ka sèvi ak fòm sa a pou rapòte tout chanjman ki obligatwa oswa tout chanjman ou vle rapòte. Ou ka sèvi ak fòm sa a tou pou ou rapòte chanjman nan lajan ou depanse pou okipe timoun oswa granmoun ki enfim, oswa chanjman nan pri kay si ou demenaje. Si depans sa yo kontinye monte, ou gen dwa kalifye pou plis benefis Kupon pou Achte Manje.

Si ou gen prèv sou chanjman wap rapòte a, tanpri mete li ansanm ak fòm sa a. Konsa ou konnen sa ap fè ou resevwa kantite benefis Kupon pou Achte Manje ki kòrèk la. **Nou dwe verifye chanjman ou rapòte yo anvan nou ogmante benefis ou.**

Ou fèt pou voye fòm sa a pa lapòs oswa pote li nan ajans ki ekri anwo a. Si pou yon rezon kèlkonk ou pa kapab poste oswa pote fòm nan ale, ou kapab rele nou nan nimewo telefòn ki parèt nan paj 1 an pou ou rapòte chanjman yo.

Si ou pa vle resevwa benefis Kupon pou Achte Manje ankò, siyen la a pou ou ka wete tèt ou nan pwogram Benefis Kupon pou Achte Manje a. Benefis Kupon pou Achte Manje a ap sispann. Ou gen dwa konteste pou ou sotou nan pwogram nan, si ou panse ou te resevwa enfòmasyon ki pa kòrèk oswa ki pa konplè sou kondisyon pou kalifikasyon pou benefis Kupon pou Achte Manje a. Lè sa a ou gen 90 jou pou ou mande yon Chitatanje Rezonab. Ou ka aplike pou benefis Kupon pou Achte Manje ankò nenpòt ki lè apre ou fin wete tèt ou nan pwogram lan.

X _____

SI OU KENBE ENFÔMASYON OU OBLIJE RAPÔTE SOU CHANJMAN KI FÈT LAKAY OU, WAP DWE NOU VALÈ TOUT BENEFIS KUPON POU ACHE MANJE OU RESEVWA ANPLIS POUTÈT OU PAT BAY TOUT EFÔMASYON KI NESESÈ A. SI OU FÈ ESPRE POU OU KENBE ENFÔMASYON OU DWE RAPÔTE YO, NOU KAPAB DISKALIFYE OU POU PWOGRAM KUPON POU ACHE MANJE A EPI NOU KAPAB MENNEN OU LAJISTIS POU KRIM. (GADE "AVÈTISMAN SOU SANKSYON NOU PRAN POU KUPON POU ACHE MANJE") KI NAN PAJ 6 LA.

Sèvi ak Fòm Ki Anba La a pou Rapòte Chanjman

CHANJMAN NAN REVNI OSWA NAN SOUS REVNI – Si ou se yon moun ki rapòte chak sis (6) mwa, esplikasyon règleman sou kouman pou ou fè rapò yo kòmanse nan Paj 2. Si ou se yon moun ki rapòte chanjman, esplikasyon règleman sou kouman pou ou fè rapò yo parèt nan Paj 2.

NON MOUN KI GEN REVNI A	SOUS REVNI A	NOUVO KANTITE A	CHAK KONBYEN FWA YO RESEVWA REVNI A
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

CHANJMAN NAN KANTITE MOUN KI LAKAY OU – Nan espas anba a, mete non tout nouvo moun ki lakay ou, mete non timoun ki fèk fèt tou. Epi bay non moun ki vin rete nan kay la, oswa ki kite kay la, oswa ki mouri.

NON	LAJ	RELASYON	CHANJMAN (TCHEKE YOUN)	DAT	KANTITE REVNI	SOUS
1.			<input type="checkbox"/> VIN RETE NAN KAY LA <input type="checkbox"/> KITE KAY LA		\$	
2.			<input type="checkbox"/> VIN RETE NAN KAY LA <input type="checkbox"/> KITE KAY LA		\$	
3.			<input type="checkbox"/> VIN RETE NAN KAY LA <input type="checkbox"/> KITE KAY LA		\$	
4.			<input type="checkbox"/> VIN RETE NAN KAY LA <input type="checkbox"/> KITE KAY LA		\$	

CHANJMAN ADRÈS

NOUVO ADRÈS OU	VIL	ETA	KÒD POSTAL
SI OU PA GEN YON ADRÈS KI GEN NON YON LARI LADANN, BAY KI WOUT POU FÈ POU VIN LAKAY OU (Si ou pa gen kay, kite li vid)			NIMEWO TELEFON KOTE YO KA JWENN OU () KÒD REJYONAL

CHANJMAN NAN DEPANS POU KAY – Si ou demenaje, ou fèt pou fè lis nouvo depans ou anba la a. Menm si ou poko demenaje, ou kapab sèvi ak seksyon sa a pou ou fè nou konnen si kantite lajan ou peye pou lwaye ou, pou ipotèk (mortgage) ou oswa si lòt depans ou chanje.

Èske se yon chanm ou lwe oswa ou se WI NON Si ou reponn wi, èske manje LADANN PA LADANN
yan pansyoné?

LWAYE	WI	NON	SI OU REPONN WI, BAY KANTITE KÒB PA MWA	CHANJMAN (TCHEKE YOUN)
Èske ou peye lwaye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Menm <input type="checkbox"/> Plis <input type="checkbox"/> Mwen
Èske ou peye pou depans sa yo apa anplis lwaye a?	WI	NON		
• Chofaj ak/oswa èkondisyone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Sèvis piblik (kouran, gaz pou fè manje, eksetera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Telefòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PEMAN IPOTÈK	WI	NON	SI OU REPONN WI, BAY KANTITE KÒB PA MWA	CHANJMAN (TCHEKE YOUN)
Èske ou gen yon ipotèk (mortgage) wap peye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Menm <input type="checkbox"/> Plis <input type="checkbox"/> Mwen
Èske ou peye pou depans sa yo apa anplis ipotèk la:	WI	NON	SI OU REPONN WI, BAY KANTITE KÒB PA MWA	CHANJMAN (TCHEKE YOUN)
• Taks sou pwopriyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Menm <input type="checkbox"/> Plis <input type="checkbox"/> Mwen
• Asirans kay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Menm <input type="checkbox"/> Plis <input type="checkbox"/> Mwen
• Chofaj ak/oswa èkondisyone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
• Sèvis piblik (kouran, gaz pou fè manje, eksetera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
• Telefòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Èske ou rete nan kay seksyon B oswa lòt kay gouvènman peye?	<input type="checkbox"/> WI	<input type="checkbox"/> NON	Èske ou rete nan lojman piblik?	<input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> NON

CHANJMAN NAN KANTITE MACHIN OSWA VEYIKIL – Èske gen nenpòt moun lakay ou ki achte, vann oswa chanje yon machin, kamyon, bato, machin ki abitab, motosiklèt oswa lòt veyikil depi dènye fwa ou te ba nou enfòmasyon sou veyikil yo?

MAK	MODÈL	ANE	SI OU VANN LI, KANTITE LAJAN OU RESEVWA
1.			\$
2.			\$
3.			\$

CHANJMAN NAN EKONOMI – Bay kantite lajan **total** moun lakay ou genyen kounye a. Mete lajan kach, kont epay, kont kouran, aksyon, bon oswa lòt investisman. Ou fèt pou fè nou konnen si ekonomi moun lakay ou **ogmante** a plis pase \$2,000 (\$3,000 oswa plis si youn nan moun lakay ou yo gen 60 an oswa plis oswa si gen yon moun lakay ou nou konsidere kòm yon moun ki pa kapab travay)

\$

CHANJMAN NAN SWEN TIMOUN, DEPANS POU SWEN DEPANDAN OSWA KANTITE LAJAN KI PEYE POU SIPÒ POU TIMOUN– Èske depans ou fè pou swen timoun oswa pou depandan chanje? Si ou reponn wi, ou kapab kalifye pou plis benefis Koupon pou Achte Manje.

CHANJMAN (TCHEKE YOUN)	POU KI MOUN?	KI MOUN OU PEYE?	NOUVO MONTAN	CHAK KONBYEN FWA OU PEYE?
1. <input type="checkbox"/> PA FÈ DEPANS SA A ANKÒ <input type="checkbox"/> FÈ DEPANS SA A			\$	
2. <input type="checkbox"/> PA FÈ DEPANS SA A ANKÒ <input type="checkbox"/> FÈ DEPANS SA A			\$	
3. <input type="checkbox"/> PA FÈ DEPANS SA A ANKÒ <input type="checkbox"/> FÈ DEPANS SA A			\$	

CHANJMAN NAN DEPANS MEDIKAL (Doktè, Dantis, Lopital, Preskripsyon, eksetera.) – Ou fèt pou rapòte chanjman ki fèt nan depans medikal ou lè wap fè resètifikasyon sèlman. Men, si ou vle, ou gen dwa rapòte chanjman ki fèt nan depans medikal ou nenpòt ki lè pou moun ki rete lakay ou epi ki:

- Gen 60 an oswa plis
- Madann/mari oswa pilit yon veteran ki mouri
- Resevwa Revni Anplis pou Sekirite (SSI)
- Resevwa Peman Sekirite Sosyal pou Moun ki Pa Ka Travay
- Resevwa benefis retrèt pou veteran ki pa ka travay
- Resevwa benefis retrèt gouvènman an bay pou moun ki pa ka travay
- Resevwa benefis retrèt pou anplwaye chemennfè ki pa ka travay
- Resevwa asistans medikal ki baze sou si yon moun pa ka travay

Si ou rapòte epi ou pwouve yon ogmantasyon nan depans medikal ou, ou gen dwa kalifye pou plis benefis Koupon pou Achte Manje.

NON	KALITE DEPANS	KANTITE LAJAN	CHAK KONBYEN FWA OU DWE PEYE?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ÈSKE OU ATANN OU POU CHANJMAN OU RAPÒTE YO RETE MENM JAN AN MWA PWOCHEN?

 WI NON

Si ou reponn "NON", bay esplikasyon:

MAKE LA A SI OU PA GEN OKENN CHANJMAN POU OU RAPÒTE SOU MOUN KI AP RAPÒTE KOUPON POU ACHTE MANJE POU MOUN LAKAY OU

 OKENN CHANJMAN

OU FÈT POU LI EPI SIYEN PAJ 6



CHANJMAN NAN BENEFIS

Nap sèvi ak repons ou bay sou fòm sa a pou nou wè si benefis pou tout moun lakay ou ap chanje. Anvan nou chanje benefis ou yo, nap voye yon avi ba ou pou nou esplike ou kisa ki pral rive. Si ou pa dakò ak desizyon nou an, ou gen dwa mande yon chitatande rezonab pou diskite sou desizyon nou an.

AVÈTISMAN SOU SANKSYON POU BENEFIS KOUAPON POU ACHE MANJE (FS)

Ajan federal, ajan nan eta kote ou rete a ak ajan lokal ka verifye nenpòt enfòmasyon ou bay nan aplikasyon ou fè pou benefis Koupon pou Achte Manje. Si nenpòt enfòmasyon pa kòrèk, yo kapab refize ba ou benefis FS a. Yo ka mennen ou lajistis pou krim paske ou bay enfòmasyon ki pa kòrèk ak tout konesans ou.

Ou pap janm kapab jwenn benefis FS ankò si:

- yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj benefis FS pou ou te ka achte oswa vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki mande preskripsyon yon doktè) pou la dezyèm fwa; **oswa**
- yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj benefis FS pou ou te ka vann oswa jwenn zam, minisyon oswa eksplozif; **oswa**
- yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè trafik pou \$500 oswa plis ak benefis FS. Fè trafik vle di itilize, transfere, achte, modifiye oswa posede FS, kat otorizasyon oswa aparèy ki bay aksè a FS ilegalman; **oswa**
- yo deklare ou koupab paske ou fè espere pou komèt yon twazyèm Vyolasyon Entansyonèl nan Pwogram nan (IPV).

Ou pap kapab resevwa benefis FS pandan de (2) ane, si se premye fwa yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj benefis FS pou ou te ka achte oswa vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki mande preskripsyon yon doktè).

Si ou komèt:

- Yon premye IPV, ou pap kapab resevwa benefis FS pandan yon (1) ane.
- Yon dezyèm IPV, ou pap kapab resevwa benefis FS pandan de (2) ane.

Yon tribinal kapab anpeche ou resevwa benefis FS tou pandan 18 mwa anplis.

Si ou fè yon deklarasyon ki fo sou ki moun ou ye ak sou ki kote ou rete pou ou kapab jwenn plizyè benefis FS, ou pap kapab resevwa koupon pou achte manje pandan dis (10) ane (oswa **pou tout tan** si se twazyèm IPV ou komèt).

Yo kapab deklare ou koupab pou Vyolasyon Entansyonèl nan Pwogram nan, si ou:

- Fè yon deklarasyon ki fo oswa ou fè yon deklarasyon pou twonpe moun, oswa si ou mal prezante detay yo, ou kache detay yo oswa ou pa bay kèk detay; **oswa**
- Komèt nenpòt zak ki yon vyolasyon lalwa federal oswa lalwa eta kote ou rete a pou ou ka itilize, prezante, transfere, gen kontwòl, resevwa, posede oswa fè trafik koupon pou achte manje yo, kat otorizasyon oswa dokiman ki kapab itilize ankò epi ki fè pati sistèm Transfè Elektwonik pou Benefis la.

Yo kapab fè ou peye yon amann ki ka koute jiska \$250,000, oswa yo kapab mete ou nan prizon pou jiska 20 an, oubyen ou kapab gen toulede.

SÈTIFIKASYON

Mwen byen konprann ki sanksyon ki genyen si mwen kache enfòmasyon oswa si mwen bay fo enfòmasyon. Mwen byen konprann tou map dwe valè nenpòt benefis Koupon pou Achte Manje mwen resevwa anplis paske mwen pa rapòte tout chanjman ki te fèt lakay mwen nèt. Mwen dakò pou mwen pwouve tout chanjman mwen rapòte, si sa nesesè. Repons mwen bay nan fòm sa a kòrèk epi yo konplè dapre sa mwen konnen. Mwen byen konprann siyati mwen ki sou fòm nan bay ajan federal, ajan eta kote mwen rete a, ak ajan lokal yo otorizasyon pou yo kontakte lòt moun oswa lòt òganizasyon pou verifye enfòmasyon mwen bay yo.

SIYATI

DAT

X

VĂN PHÒNG TRỢ CẤP TẠM THỜI VÀ MẤT NĂNG LỰC TIỂU BANG NEW YORK

MẪU ĐƠN BÁO CÁO THAY ĐỔI PHIẾU THỰC PHẨM

(Xin viết chữ in rõ ràng)

SỐ HỒ SƠ

QUÝ VỊ PHẢI BÁO CÁO KHI CÓ BẤT CỨ THAY ĐỔI NÀO VỀ HOÀN CẢNH
THEO CÁC QUI CHẾ SAU ĐÂY:

NGÀY: _____

GỬI: _____
ĐỊA CHỈ: _____

ĐIỂN MẪU ĐƠN NÀY VÀ GỬI LẠI CHO:

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CƠ QUAN QUẢN TÀI ĐỊA PHƯƠNG:

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO THAY ĐỔI CỦA QUÝ VỊ

Xin đọc kỹ các câu hỏi và quy chế. Nếu quý vị không báo cáo bất cứ thay đổi nào mà quý vị cần phải báo cáo theo quy chế, chúng tôi có thể phải làm giấy đã trả lỗi quyền lợi phiếu mua thực phẩm và thu số tiền trả lỗi này lại.

Những thay đổi mà quý vị PHẢI báo cáo được giải thích dưới đây. Quý vị vẫn có thể tự nguyện báo cáo thay đổi về hộ khẩu hưởng phiếu thực phẩm của mình và, nếu thay đổi này làm tăng mức trợ cấp và sau khi được quý vị xác nhận thay đổi này, chúng tôi sẽ tăng trợ cấp của quý vị.

QUÝ VỊ LÀ “NGƯỜI BÁO CÁO SÁU THÁNG MỘT LẦN” HAY “NGƯỜI BÁO CÁO THAY ĐỔI”? QUÝ VỊ CÓ THỂ TRẢ LỜI NHỮNG CÂU HỎI NÀY ĐỂ XEM MÌNH LÀ “NGƯỜI BÁO CÁO SÁU THÁNG” HAY “NGƯỜI BÁO CÁO THAY ĐỔI”.

1. Quý vị có nhận trợ cấp phiếu thực phẩm chuyển tiếp (TBA) không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “TBA” nơi trang 3 (Khởi trả lời câu hỏi 2 tới 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #2, bên dưới
2. Quý vị có nhận trợ cấp thuộc Dự Án Cải Tiến Dinh Dưỡng của Tiểu Bang New York (NYSNIP) không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “NYSNIP” nơi trang 3 (Khởi trả lời câu hỏi 3 tới 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #3, bên dưới
3. Quý vị có được chứng nhận để hưởng trợ cấp phiếu thực phẩm trong năm tháng hay ít hơn không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “Báo cáo thay đổi” nơi trang 2 (Khởi trả lời câu hỏi 4 tới 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #4, bên dưới
4. Có người nào trong hộ khẩu của quý vị có lợi tức từ việc làm được tính vào mức trợ cấp phiếu thực phẩm không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “Báo cáo sáu tháng một lần” ở cuối trang này (Khởi trả lời câu hỏi 5 tới 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #5, bên dưới
5. Có phải tất cả người lớn (18 hay lớn hơn) trong hộ khẩu quý vị đều mất năng lực hay đã 60 tuổi hoặc lớn hơn?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “Báo cáo thay đổi” nơi trang 2 (Khởi trả lời câu hỏi 6 tới 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #6, bên dưới
6. Có phải hộ khẩu quý vị nhận lợi tức \$0 (bao gồm \$0 Trợ Cấp Tam Thời) không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “Báo cáo thay đổi” nơi trang 2 (Khởi trả lời câu hỏi 7 và 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #7, bên dưới
7. Có phải quý vị không có nơi ở (nhà cửa) hay là nông dân di trú/theo thời vụ không?	<input type="checkbox"/> CÓ – Xem “Báo cáo thay đổi” nơi trang 2 (Khởi trả lời câu hỏi 8)	<input type="checkbox"/> KHÔNG – Xem Câu hỏi #8, bên dưới
8. Quý vị trả lời “KHÔNG” cho tất cả 7 câu hỏi ở trên	<input type="checkbox"/> Xem “Báo cáo sáu tháng một lần” ở đầu trang 2	

Các Quy Chế về Báo Cáo 6 tháng một lần: Là một hồ khẩu hưởng phiếu thực phẩm theo các qui chế "báo cáo 6 tháng một lần", quý vị chỉ phải báo cáo những thay đổi của quý vị vào kỳ tái chứng nhận sắp tới, ngoại trừ ba trường hợp sau:

1. Nếu lợi tức gộp hàng tháng của hộ khẩu quý vị vượt quá 130% của mức độ nghèo túng, thì quý vị **PHẢI** báo cáo số tiền lợi tức hàng tháng này cho cơ quan xã hội qua điện thoại, viết thư, hoặc đích thân tới trong vòng 10 ngày sau ngày cuối cùng của tháng mà quý vị được quá mức 130%. Lợi tức gộp là số tiền lợi tức trước khi trừ thuế và khấu trừ các khoản khác chứ không phải là số tiền quý vị nhận được khi đối ngân phiếu lấy tiền mặt. Chúng tôi phải sử dụng lợi tức gộp để tính tiêu chuẩn nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm của quý vị. Nhân viên phụ trách quý vị sẽ giải thích 130% của mức độ nghèo túng là bao nhiêu đối với số người trong hộ khẩu của quý vị. Bất kỳ khoản lợi tức nào khác mà quý vị nhận được ngoài số tiền từ công việc làm phải cộng vào lợi tức gộp từ công việc làm của quý vị để biết quý vị có vượt quá 130% của mức độ nghèo túng hay không. Thí dụ về các nguồn lợi tức khác được tính là tiền chu cấp nuôi con, Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Trợ Cấp Tạm Thời (TA), Bồi Thường Lao Động, Trợ Cấp An Sinh Xã Hội, Lợi Tức An Sinh Bổ Sung (SSI), hoặc tiền bảo hiểm tư về bất năng lực.

Nếu quý vị không báo cáo là lợi tức gộp của quý vị đã trên 130% của mức độ nghèo túng trong bất kỳ tháng tính theo lịch nào, thì tất cả những trợ cấp mà quý vị nhận được sau tháng đó sẽ bị coi là trả lỗi. Điều này vẫn áp dụng ngay cả khi lợi tức gộp của quý vị xuống thấp hơn 130% của mức độ nghèo túng trong một tháng nào đó sau này.

2. Nếu thời kỳ chứng nhận của hộ khẩu quý vị dài hơn 6 tháng: Ở điểm kiểm tra sáu tháng trong thời gian chứng nhận của quý vị, quý vị sẽ nhận được mẫu báo cáo mà quý vị **PHẢI** gửi trả lại trong vòng mười ngày sau khi nhận mẫu này. Nếu hộ khẩu có bất cứ thay đổi nào nêu dưới đây, quý vị **PHẢI** báo cáo trên mẫu báo cáo được gửi đến cho quý vị vào thời điểm sáu tháng.

Danh sách những thay đổi mà quý vị phải báo cáo khi tròn sáu tháng:

- Những thay đổi về nguồn lợi tức cho bất kỳ người nào trong hộ khẩu quý vị
- Thay đổi về tổng lợi tức từ việc làm của hộ khẩu quý vị, khi lợi tức này tăng hoặc giảm hơn \$100 một tháng
- Thay đổi về tổng lợi tức không đo làm việc từ nguồn công cộng của hộ khẩu quý vị như Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hay Trợ Cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp khi tăng hay giảm hơn \$50 một tháng
- Thay đổi về tổng lợi tức không đo làm việc từ nguồn tư của hộ khẩu quý vị như Tiền Cấp Dưỡng Trẻ Em hay Bảo Hiểm Bất Năng Lực Tư khi tăng hoặc giảm hơn \$100 một tháng
- Thay đổi về tiền cấp dưỡng trẻ em mà quý vị trả theo lệnh tòa cho trẻ nằm ngoài hộ khẩu hưởng phiếu thực phẩm của quý vị
- Thay đổi về số người sống chung với quý vị
- Nếu quý vị chuyển nhà, địa chỉ mới và tiền thuê hay tiền trả cho (tài trợ mua nhà, tiền sưởi và điện nước)
- Có xe hơi khác hoặc xe mới, hoặc xe cộ khác
- Số tiền mặt, trái phiếu, cổ phiếu, tiền trong ngân hàng hoặc quỹ tiết kiệm của hộ khẩu quý vị tăng nếu tổng số tiền mặt và tiền tiết kiệm của mọi người trong hộ khẩu hiện trên \$2000 (trên \$3000 nếu một người trong gia đình bị bất năng lực hoặc đã hơn 60 tuổi)
- Bất kỳ thay đổi nào trong hộ khẩu quý vị, có thể khiến quý vị bị phạt như qui định ở trang 6

3. Nếu có bất cứ người nào trong hộ khẩu hưởng phiếu thực phẩm của quý vị là Người Lớn Khỏe Mạnh Không Có Người Phụ Thuộc (Able-Bodied Adult Without Dependents - "ABAWD"), quý vị **PHẢI** cho chúng tôi biết nếu giờ làm việc của mình dưới 80 giờ một tháng trong vòng 10 ngày kể từ ngày cuối tháng đó.

QUY CHẾ BÁO CÁO SỰ THAY ĐỔI:

Là hộ khẩu hưởng phiếu thực phẩm theo quy chế "Báo cáo thay đổi", quý vị **PHẢI** báo cáo thay đổi sau đây trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi:

- Thay đổi về bất cứ nguồn lợi tức của bất cứ người nào trong hộ khẩu quý vị
- Thay đổi về tổng lợi tức không đo làm việc của gia đình quý vị khi tăng hay giảm hơn \$100 một tháng
- Thay đổi về tổng lợi tức không đo làm việc từ nguồn công cộng của hộ khẩu quý vị như Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hay Trợ Cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp khi tăng hoặc giảm hơn \$50 một tháng
- Thay đổi về tổng lợi tức không đo làm việc từ nguồn tư của hộ khẩu quý vị như Tiền Cấp Dưỡng Trẻ Em hay Bảo Hiểm Bất Năng Lực Tư khi tăng hoặc giảm hơn \$100 một tháng
- Thay đổi về tiền cấp dưỡng trẻ em mà quý vị trả theo lệnh tòa cho một trẻ nằm ngoài hộ khẩu hưởng phiếu thực phẩm của quý vị
- Thay đổi về số người sống chung với quý vị
- Nếu quý vị chuyển nhà, địa chỉ mới và tiền thuê hay tiền trả cho (tài trợ mua nhà, tiền sưởi và điện nước)
- Có xe hơi khác hoặc xe mới, hoặc xe cộ khác.
- Số tiền mặt, trái phiếu, cổ phiếu, tiền trong ngân hàng hoặc quỹ tiết kiệm của hộ khẩu quý vị tăng nếu tổng số tiền mặt và tiền tiết kiệm của mọi người trong hộ khẩu hiện trên \$2000 (trên \$3000 nếu một người trong gia đình bị bất năng lực hoặc đã hơn 60 tuổi)
- Nếu có bất cứ người nào trong gia đình hưởng phiếu thực phẩm của quý vị là Người Lớn Khỏe Mạnh Không Có Người Phụ Thuộc (Able-Bodied Adult Without Dependents - "ABAWD"), quý vị **PHẢI** cho chúng tôi biết nếu giờ làm việc của mình dưới 80 giờ một tháng trong vòng 10 ngày kể từ ngày hết tháng đó
- Bất kỳ thay đổi nào trong hộ khẩu quý vị, có thể khiến quý vị bị phạt như qui định ở trang 6

Các qui chế về báo cáo trợ cấp cho những hộ khẩu nhận trợ cấp chuyển tiếp (TBA):

- Trợ cấp Phiếu thực phẩm chuyển tiếp có thể tiếp tục được nhận tới ba tháng sau khi hồ sơ Trợ cấp Tạm thời của quý vị đã đóng.
- Quý vị không phải báo cáo về các thay đổi trong thời kỳ chuyển tiếp. Nếu có những thay đổi có thể làm tăng trợ cấp của quý vị, thì quý vị có thể liên lạc với nhân viên phụ trách để nộp đơn xin tái chứng nhận sớm vào bất kỳ lúc nào trong thời kỳ chuyển tiếp để nhận thêm tiền. Tiền trợ cấp sẽ không được tăng cho tới khi quý vị ký và nộp đơn xin tái chứng nhận, và toàn bộ thủ tục tái chứng nhận đã hoàn thành.
- Quý vị phải tái chứng nhận khi gần kết thúc thời kỳ chuyển tiếp để xem quý vị có tiếp tục được nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm hay không sau khi thời kỳ chuyển tiếp chấm dứt. Chúng tôi sẽ gửi thông báo nhắc nhở quý vị về điều kiện tái chứng nhận này. Nếu quý vị không tái chứng nhận, thì chúng tôi sẽ không gửi cho quý vị thông báo nào khác và phải đóng hồ sơ phiếu thực phẩm của quý vị.

BÁO CÁO THAY ĐỔI CỦA NYSNIP cho người tham gia vào NYSNIP:

- Quý vị sẽ nhận được thư liên lạc 24 tháng sau khi tham gia vào NYSNIP và quý vị phải điền và gửi trả lại.
- Quý vị không cần phải báo cáo thay đổi trong thời gian chứng nhận ngoài thư liên lạc 24 tháng. Quý vị có thể tự nguyện báo cáo các gia tăng về chi phí y tế, tiền thuê hay chi phí điện nước, hay khi có sụt giảm về lợi tức của mình. Nếu báo cáo và xác nhận những thay đổi này, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng trợ cấp phiếu thực phẩm nhiều hơn. Quý vị cũng có thể báo cáo địa chỉ mới của mình nếu chuyển nhà, để có thể tiếp tục nhận thông báo mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Chi phí y tế: Quý vị không cần báo cáo thay đổi về chi phí y tế trong thời gian chứng nhận. Tuy nhiên, quý vị có thể tự nguyện báo cáo thay đổi về chi phí y tế của mình cho người trong gia đình:

- | | |
|--|--|
| - đã 60 tuổi hay lớn hơn | - nhận trợ cấp mất năng lực cho cựu chiến binh |
| - là người phôi ngẫu hay con của cựu chiến binh đã qua đời | - nhận trợ cấp hưu trí của chính phủ |
| - nhận Lợi Tức An Sinh Bổ Sung - SSI | - nhận trợ cấp Hưu Trí Mất Năng Lực của Ngành Hòa Xa |
| - nhận An Sinh Xã Hội cho người Mất Năng Lực | - nhận trợ cấp y tế do Mất Năng Lực |

Nếu báo cáo và xác nhận bị tăng chi phí y tế, quý vị có thể đủ điều kiện để hưởng trợ cấp phiếu thực phẩm nhiều hơn. Thay đổi về chi phí y tế phải được báo cáo vào lần tái chứng nhận kế tiếp của quý vị.

Các Qui chế về Báo cáo Trợ cấp Tạm thời: Các qui chế nói trên chỉ áp dụng cho chương trình Trợ cấp Phiếu thực phẩm mà thôi. Nếu cũng đang nhận TA (Trợ Cấp Tạm Thời), thì quý vị vẫn phải báo cáo các thay đổi cho TA trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi, vào các bản báo cáo gửi theo định kỳ, trong các Bản câu hỏi về sự đủ tiêu chuẩn hưởng TA (TA Eligibility Questionnaires) và vào kỳ tái chứng nhận.

Khi nào dùng mẫu này:

Mẫu này có thể được dùng để báo cáo bất cứ thay đổi bắt buộc hay tự nguyện nào. Quý vị cũng có thể dùng mẫu này để báo cáo thay đổi về chi phí chăm sóc trẻ hay người lớn tàn tật, hoặc thay đổi về chi phí nhà ở, ngay cả khi quý vị không chuyển nhà. Nếu chi phí này tăng lên, quý vị có thể đủ điều kiện nhận nhiều quyền lợi phiếu mua thực phẩm hơn.

Nếu có sẵn chứng cứ thay đổi mà quý vị đang báo cáo, xin đính kèm theo mẫu này. Việc này sẽ giúp bảo đảm rằng quý vị nhận đúng số lượng phiếu thực phẩm. **Thay đổi đã báo cáo phải được xác nhận trước khi chúng tôi có thể tăng trợ cấp của quý vị.**

Gửi mẫu này qua đường bưu điện hoặc mang đến cơ quan nêu ở trên. Nếu vì lý do nào đó quý vị không thể gửi hay mang mẫu này, quý vị có thể báo cáo thay đổi bằng cách gọi cho chúng tôi ở số điện thoại nêu ở Trang 1.

Nếu quý vị không còn muốn nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm, xin ký tên vào đây để rút khỏi chương trình Trợ cấp Phiếu thực phẩm. Trợ cấp Phiếu thực phẩm của quý vị sẽ ngưng. Quý vị có quyền khiếu nại việc rút ra này nếu thấy quý vị đã được cung cấp tin tức sai hoặc không đầy đủ về tiêu chuẩn để hưởng Trợ cấp Phiếu thực phẩm của quý vị bằng cách yêu cầu một buổi Điều trần Công minh trong vòng 90 ngày. Quý vị có thể nộp đơn xin lại trợ cấp phiếu thực phẩm vào bất cứ lúc nào sau khi đã rút tên ra.

X _____

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG BÁO CÁO NHỮNG THAY ĐỔI TRONG HỘ KHẨU MÀ QUÝ VỊ CẦN PHẢI BÁO, THÌ QUÝ VỊ SẼ PHẢI HOÀN LẠI CHO CHÚNG TÔI SỐ TIỀN TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM TRẢ LỖ MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC DO KHÔNG BÁO CÁO. NẾU CÓ Ý CHE DẤU TIN TỨC, THÌ QUÝ VỊ CŨNG CÓ THỂ BỊ LOẠI BỎ KHỎI CHƯƠNG TRÌNH PHIẾU THỰC PHẨM VÀ CÓ THỂ BỊ TRUY TỐ HÌNH SỰ (XEM PHẦN "CẢNH CÁO VỀ PHẠT PHIẾU THỰC PHẨM" NƠI TRANG 6).

Sử Dụng Mẫu Đơn Dưới Đây Để Báo Cáo Các Thay Đổi

THAY ĐỔI VỀ LỢI TỨC HOẶC NGUỒN LỢI TỨC – Nếu là người báo cáo sáu tháng một lần, quy chế báo cáo của quý vị được giải thích ở đầu Trang 2. Nếu là Người Báo Cáo Thay Đổi, quy chế báo cáo của quý vị cũng được giải thích nơi Trang 2.

TÊN CỦA NGƯỜI NHẬN LỢI TỨC	NGUỒN LỢI TỨC	SỐ TIỀN MỚI	ĐƯỢC NHẬN THƯỜNG XUYÊN NHƯ THẾ NÀO
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

THAY ĐỔI TRONG HỘ KHẨU – Ghi tất cả những thành viên mới trong hộ khẩu của quý vị, kể cả trẻ em mới sinh. Đồng thời ghi tên những người đã dọn tới, dọn ra hoặc đã qua đời.

TÊN	TUỔI	QUAN HỆ	THAY ĐỔI (ĐÁNH DẤU MỘT Ô)	NGÀY	SỐ TIỀN LỢI TỨC	NGUỒN
1.			<input type="checkbox"/> NHẬP VÀO HỘ KHẨU <input type="checkbox"/> ĐI KHỎI HỘ KHẨU		\$	
2.			<input type="checkbox"/> NHẬP VÀO HỘ KHẨU <input type="checkbox"/> ĐI KHỎI HỘ KHẨU		\$	
3.			<input type="checkbox"/> NHẬP VÀO HỘ KHẨU <input type="checkbox"/> ĐI KHỎI HỘ KHẨU		\$	
4.			<input type="checkbox"/> NHẬP VÀO HỘ KHẨU <input type="checkbox"/> ĐI KHỎI HỘ KHẨU		\$	

THAY ĐỔI VỀ ĐỊA CHỈ

ĐỊA CHỈ GIỮ THƯ MỚI THÀNH PHỐ TIỂU BANG BƯU CHÍNH (Zip Code)

NEU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG, XIN CHO BIẾT ĐƯỜNG ĐI TỚI NHÀ CỦA QUÝ VỊ (Nếu quý vị là người vô gia cư, xin để trống) SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC VỚI QUÝ VỊ
()
MÃ VÙNG (Area Code)

THAY ĐỔI VỀ CHI PHÍ CƯ NGỤ – Nếu đã dọn nhà, quý vị phải ghi các khoản chi phí mới dưới đây. Ngay cả khi không dọn nhà, quý vị có thể sử dụng mục này để cho chúng tôi biết là chi phí thuê nhà, tiền trả nợ mua nhà hoặc các chi phí khác đã thay đổi.

Quý vị có ở chung phòng với người khác hoặc ở trọ không? CÓ KHÔNG Nếu có, các bữa ăn CÓ BAO GỒM KHÔNG BAO GỒM

TIỀN THUÊ NHÀ	CÓ	KHÔNG	NẾU CÓ, CHO BIẾT SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG	THAY ĐỔI (ĐÁNH DẤU MỘT Ô)
Quý vị có phải trả tiền thuê nhà không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nhiều hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn
Quý vị có trả các số tiền sau đây riêng rẽ với tiền thuê nhà không?	CÓ	KHÔNG		
• Tiền sưởi và/hoặc máy điều hòa nhiệt độ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Điện nước (điện, ga nấu v.v...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Điện thoại	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TRẢ TIỀN VAY TÀI TRỢ ĐỊA ỐC (MORTGAGE)	CÓ	KHÔNG	NẾU CÓ, CHO BIẾT SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG	THAY ĐỔI (ĐÁNH DẤU MỘT Ô)
Quý vị có trả tiền vay tài trợ địa ốc không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nhiều hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn
Quý vị có trả các số tiền sau đây riêng rẽ với số tiền trả nợ tài trợ địa ốc không?	CÓ	KHÔNG		
• Thuế nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nhiều hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn
• Bảo hiểm nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nhiều hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn
• Tiền sưởi và/hoặc máy điều hòa nhiệt độ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Điện nước (điện, ga nấu v.v...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Điện thoại	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Quý vị đang cư ngụ trong cư gia trợ cấp theo Mục 8 (Section 8) hay trợ cấp khác?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị đang sống tại gia Chính phủ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

THAY ĐỔI VỀ SỐ XE CỘ – Trong hộ khẩu quý vị có ai mua, bán, hoặc đổi xe hơi, xe tải, thuyền, xe cắm trại, xe máy hoặc xe cộ khác kể từ lần cuối cùng quý vị cho chúng tôi biết về số xe cộ trong gia đình quý vị không?

LOẠI XE	Kiểu xe	NĂM SẢN XUẤT	NẾU ĐÃ BÁN, SỐ TIỀN BÁN ĐƯỢC
1.			\$
2.			\$
3.			\$

THAY ĐỔI VỀ SỐ TIỀN TIẾT KIỆM – Liệt kê **toàn bộ** số tiền mà những người trong hộ khẩu quý vị hiện có. Ghi cả tiền mặt, tài khoản tiết kiệm, tài khoản chi phiếu, cổ phiếu, trái phiếu, hoặc các khoản đầu tư khác. Quý vị phải cho chúng tôi biết nếu số tiền tiết kiệm của hộ khẩu quý vị đã **tăng** hơn \$2,000 (\$3,000 hoặc hơn nếu trong hộ khẩu có một người 60 tuổi hoặc hơn hoặc bị mất năng lực)

\$

THAY ĐỔI VỀ CHI PHÍ GIỮ TRẺ, CHĂM SÓC NGƯỜI THUỘC QUYỀN HOẶC SỐ TIỀN CHU CẤP NUÔI CON – Chi phí giữ trẻ hoặc chăm sóc người phụ thuộc vào quý vị có thay đổi không? Nếu có, thì quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận thêm Trợ cấp Phiếu thực phẩm.

THAY ĐỔI (ĐÁNH DẤU MỘT Ô)	CHO AI?	QUÝ VỊ TRẢ TIỀN CHO AI?	SỐ TIỀN MỚI	QUÝ VỊ TRẢ TIỀN THƯỜNG XUYẾN NHƯ THỂ NÀO?
1. <input type="checkbox"/> KHÔNG CÒN PHẢI TRẢ CHI PHÍ NỮA <input type="checkbox"/> PHẢI TRẢ CHI PHÍ			\$	
2. <input type="checkbox"/> KHÔNG CÒN PHẢI TRẢ CHI PHÍ NỮA <input type="checkbox"/> PHẢI TRẢ CHI PHÍ			\$	
3. <input type="checkbox"/> KHÔNG CÒN PHẢI TRẢ CHI PHÍ NỮA <input type="checkbox"/> PHẢI TRẢ CHI PHÍ			\$	

THAY ĐỔI VỀ CÁC PHÍ TỐN Y TẾ (Bác sĩ, Nha sĩ, Bệnh viện, Tòa thuốc v.v...) - Quý vị chỉ phải báo cáo những thay đổi về phí tổn y tế vào kỳ tái chứng nhận. Tuy nhiên, quý vị có thể tự nguyện báo cáo những thay đổi về phí tổn y tế cho những người trong hộ khẩu:

- 60 tuổi hoặc hơn
- người phổi nặng hoặc con cái bị mất năng lực của một cựu chiến binh đã qua đời
- đang nhận Lợi Tức An Sinh Bổ Sung (SSI)
- đang nhận tiền An Sinh Xã Hội cho người Mất Năng Lực
- đang nhận trợ cấp Mất Năng Lực cho cựu chiến binh
- đang nhận trợ cấp Hưu trí Mất Năng Lực của Chính phủ
- đang nhận trợ cấp Hưu trí Mất Năng Lực của ngành Hỏa xa
- đang nhận trợ cấp y tế cho người Mất Năng Lực.

Nếu quý vị báo cáo và chứng nhận rằng các phí tổn y tế tăng lên, thì quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận thêm Trợ cấp Phiếu thực phẩm.

TÊN	LOẠI CHI PHÍ	SỐ TIỀN	MỖI KHOẢN TIỀN PHẢI TRẢ THƯỜNG XUYẾN NHƯ THỂ NÀO?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

QUÝ VỊ CÓ NGHĨ RẰNG NHỮNG THAY ĐỔI MÀ QUÝ VỊ ĐÃ BÁO CÁO VẪN TIẾP TỤC TRONG THÁNG TỚI KHÔNG?

 CÓ KHÔNG

Nếu "KHÔNG", xin giải thích:

ĐÁNH DẤU VÀO ĐÂY NẾU QUÝ VỊ **KHÔNG CÓ THAY ĐỔI CẦN BÁO CÁO VỀ HỘ KHẨU HƯỞNG PHIẾU THỰC PHẨM CỦA MÌNH**

 KHÔNG THAY ĐỔI

ĐỪNG QUÊN ĐỌC VÀ KÝ TÊN Ở TRANG 6 ➔

THAY ĐỔI VỀ TRỢ CẤP

Chúng tôi sẽ dựa trên những câu trả lời của quý vị trong tờ mẫu này để xem có thay đổi trợ cấp cho hộ khẩu quý vị hay không. Trước khi thay đổi trợ cấp của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích sự thể ra sao cho quý vị. Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có quyền yêu cầu một buổi điều trần công minh để khiếu nại quyết định của chúng tôi.

CẢNH CÁO VỀ PHẠT LIÊN QUAN TỚI TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM (FS)

Bất kỳ dữ kiện nào mà quý vị cung cấp cùng với đơn xin Trợ cấp Phiếu thực phẩm sẽ được các cơ quan địa phương, Tiểu bang và Liên bang kiểm chứng. Nếu có bất kỳ dữ kiện nào không chính xác, thì quý vị có thể sẽ bị từ chối Trợ cấp Phiếu thực phẩm. Quý vị có thể bị truy tố hình sự vì đã cố ý cung cấp tin tức sai.

Quý vị sẽ **không bao giờ** được nhận lại Trợ cấp Phiếu thực phẩm nếu:

- Bị tòa án kết tội lần thứ hai vì đã mua hoặc bán chất bị kiểm soát (các loại ma túy bất hợp pháp hoặc một số loại thuốc phải có toa của bác sĩ) để đổi lấy phiếu thực phẩm; **hoặc**
- Bị tòa án kết tội vì đã bán hoặc có súng, đạn dược hoặc chất nổ để đổi lấy Phiếu thực phẩm; **hoặc**
- Bị tòa án kết tội buôn Phiếu thực phẩm bất hợp pháp có giá trị \$500 hoặc hơn. Việc buôn này bao gồm sử dụng, chuyển nhượng, thu thập, cạo sửa, hoặc sở hữu trái phép Phiếu thực phẩm, thẻ cho phép, hoặc thẻ lấy trợ cấp; **hoặc**
- Bị kết tội Cố Ý Vi Phạm Chương Trình (IPV) lần thứ ba.

Quý vị sẽ không được nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm trong hai năm nếu bị tòa án kết tội lần đầu tiên vì mua bán các chất bị kiểm soát (các loại thuốc bất hợp pháp hoặc cần phải có toa của bác sĩ) để đổi lấy Phiếu thực phẩm.

Nếu quý vị vi phạm:

- IPV lần đầu tiên, quý vị sẽ không được nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm trong một năm.
- IPV lần thứ hai, quý vị sẽ không được nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm trong hai năm.

Tòa cũng có thể cấm quý vị nhận Trợ cấp Phiếu thực phẩm thêm 18 tháng nữa.

Nếu quý vị khai man về danh tánh hoặc nơi cư ngụ để nhận nhiều Trợ cấp Phiếu thực phẩm cùng một lúc, quý vị sẽ không được hưởng Trợ cấp Phiếu thực phẩm trong mười năm (hoặc **vĩnh viễn** nếu đây là cố ý vi phạm chương trình lần thứ ba).

Quý vị có thể bị kết tội Cố Ý Vi Phạm Chương Trình nếu quý vị:

- Khai man hoặc khai lạc đi, hoặc khai không đúng sự thật, che giấu hoặc không cung cấp dữ kiện; **hoặc**
- Có bất kỳ hành động nào bị coi là vi phạm luật pháp Tiểu Bang hoặc Liên Bang với mục đích sử dụng, đưa ra, chuyển nhượng, thu thập, nhận, sở hữu, hoặc buôn bán bất hợp pháp phiếu thực phẩm, trợ cấp, thẻ cho phép, hoặc tài liệu có thể tái sử dụng trong hệ thống Chuyển Trợ Cấp Điện Tử (EBT).

Quý vị cũng có thể bị phạt tới \$250,000, bị bỏ tù tới 20 năm, hoặc cả hai.

CHỨNG NHẬN

Tôi hiểu hình phạt cho tội che giấu tin tức hoặc khai man. Tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ phải hoàn lại số tiền Trợ cấp Phiếu thực phẩm trả thêm mà tôi nhận được vì tôi không báo cáo đầy đủ các thay đổi trong hộ khẩu của tôi. Tôi đồng ý chứng minh bất kỳ thay đổi nào đã báo cáo nếu cần. Các câu trả lời trong tờ mẫu này là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng khi ký tên dưới đây, tôi cho phép các cơ quan địa phương, tiểu bang, và liên bang liên lạc với những người hoặc cơ quan khác để kiểm chứng dữ kiện mà tôi cung cấp.

CHỮ KÝ

NGÀY

X

פוד סטעמפ ענדערונג באריכט בויגן

(ביטע שרייבט קלאר)

זייט 1

קעיס נומער									

דאטום:

איר מוזט באריכטן סיי וועלכע ענדערונגען אין אייערע אומשטענדן לויט די רעגולאציעס וועלכע זענען אויסגערעכנט דא אויבן:

פילט אויס דעם בויגן און שיקט עס דורך די פאסט צו:
לאקאלע דיסטריקט נאמען, אדרעס און טעלעפאן נומער:

צו:

אדרעס:

אייער פאראנטווארטליכקייט צו באריכטן ענדערונגען

ביטע ליינט פארזיכטיג איבער די פראגעס און רעגולאציעס. אויב איר פארפעלט צו באריכטן סיי וועלכע ענדערונגען וואס איר דארפט באריכטן לויט די רעגולאציעס, וועלן מיר מעגליך דארפן מאכן א קלאגע פאר איבער-צאלונג פון פוד סטעמפ בענעפיטן און איינקאסירן פון אייך די סומע וואס מיר האבן אייך איבערגעצאלט.

די ענדערונגען וואס איר מוזט באריכטן זענען ערקלערט דא אונטן. איר קענט נאך אלץ פרייוויליג באריכטן סיי וועלכע ענדערונג וועגן אייער פוד סטעמפ הויזגעזונד און, איב די ענדערונג וועט פארגרעסערן אייער בענעפיט שטאפל און איר וועט באשטעטיגן דעם ענדערונג, וועלן מיר פארגרעסערן אייער בענעפיט.

זענט איר א "זעקס-מאנאט באריכטער" אדער אן "ענדערונג באריכטער"? איר קענט ענטפערן די פראגן אויסצוגעפונען אויב איר זענט א "זעקס-מאנאט באריכטער" אדער אן "ענדערונג באריכטער".

1. צי באקומט איר דורכאנג פוד סטעמפ בענעפיטן (TBA)?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "TBA" אויף זייט 3 (היפט איבער פראגעס 2 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #2, דא אונטן.
2. צי באקומט איר "ניו יארק סטעיט נוטרישן אומפראווענט פראדזשעקט" (New York State Nutrition Improvement Project) (NYSNIP) בענעפיטן?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "NYSNIP" אויף זייט 3 (היפט איבער פראגעס 3 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #3, דא אונטן.
3. צי ווערט איר סוירטיפיצירט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן פאר פינף מאנאטן אדער ווייניגער אויף א מאל?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "ענדערונג באריכטן" אויף זייט 2 (היפט איבער פראגעס 4 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #4, דא אונטן.
4. צי האט עמיצער אין אייער הויזגעזונד פארדינטע איינקונסט וואס ווערט גערעכנט אין אייער פוד סטעמפ בענעפיט סומע?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "זעקס-מאנאט באריכטן" אויף די אונטערשטע טייל פון דעם בלאט (היפט איבער פראגעס 5 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #5, דא אונטן.
5. צי זענען איינס פון די ערוואקסענע מענטשן אין אייער הויזגעזונד (18 יאר אדער עלטער) דיסעיבלד אדער 60 יאר אדער עלטער?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "ענדערונג באריכטן" אויף זייט 2 (היפט איבער פראגעס 6 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #6, דא אונטן.
6. צו באקומט אייער הויזגעזונד \$0 איינקונסט (אריינגערעכנט \$0 צייטוויליגע הילף)?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "ענדערונג באריכטן" אויף זייט 2 (היפט איבער פראגעס 7 ביז 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו פראגע #7, דא אונטן.
7. צו זענט איר אן קיין שעלטער (אן קיין וואוינונג), אדער א צייטנױז'ער/וואנדערדער פארם-ארבעטער?	<input type="checkbox"/> יא - גייט צו "ענדערונג באריכטן" אויף זייט 2 (היפט איבער פראגע 8).	<input type="checkbox"/> ניין - גייט צו #8, דא אונטן.
8. איר האט געענטפערט "ניין" אויף אלע 7 פראגן דא אויבן	<input type="checkbox"/> גייט צו "זעקס-מאנאט באריכטן" אויף די אויבערשטע טייל פון זייט 2.	

זעקס-מאנאט באריכטן רעגולאציעס: אלס א פוד-סטעמפ הויזגעזונד אונטער די "זעקס-מאנאט באריכטן" רעגולאציעס, ווערט נאר פארלאנגט פון אייך צו באריכטן ענדערונגען אין די צייט פון אייער קומענדיגע ווידער-סוירטיפיצירונג, אויסער אין די פאלגענדע דריי מצבים:

1. **אויב אייער הויזגעזונד'ס מאנאטליכע איינקונפט בעפאר שטייערן איז מער ווי 130% פון די ארימקייט שטאפל, מוזט איר באריכטן די מאנאטליכע סומע צו אייער סאשל סערוויסעס דיסטריקט דורכ'ן טעלעפאן, שריפטליך, אדער פערזענליך אין פארלויף פון 10 טעג נאך די ענדע פונעם קאלענדער מאנאט אין וועלכע איר גייט איבער די 130% שטאפל.** איינקונפט בעפאר שטייערן איז די סומע פון איינקונפט בעפאר שטייערן און אנדערע אפ-רעכענונגען ווערן ארויסגענומען, נישט די סומע וואס איר באקומט ווען איר קעש'ט אייער טשעק. מיר מוזן נוצן די איינקונפט בעפאר שטייערן ביים אויסרעכענען אייער בארעכטיגונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן. אייער ארבעטער וועט ערקלערן וואס 130% פון די ארימקייט שטאפל מיינט פאר א פאמיליע וואס איז אזוי גרויס ווי אייערס. סיי וועלכע אנדערע סארט איינקונפט וואס איר באקומט אויסער פארדינסטן מוז ווערן צוגערעכנט צו אייער פארדינטע איינקונפט בעפאר שטייערן כדי צו וויסן אויב איר זענט העכער 130% פון די ארימקייט שטאפל. ביישפילן פון אנדערע איינקונפט קוואלן וואס ווערן גערעכנט שליסן איין טשיילד-סופארט צאלונגען וואס איר באקומט, אן-עמפלוימענט אינשורענס, צייטווייליגע הילף (TA) צאלונגען, ארבעטער'ס קאמפנסאציע, סאשל סעקיוויטי בענעפיטן, סופלעמענטל סעקיוויטי איינקונפט (SSI) און פריוואטע דיסעביליטי צאלונגען.
2. **אויב איר פארפעלט צו באריכטן אז אייער איינקונפט בעפאר שטייערן איז מער ווי 130% פון די ארעמקייט שטאפל אין סיי וועלכע קאלענדער מאנאט, קענען אלע בענעפיטן וואס מען באקומט נאך יענעם מאנאט ווערן פאררעכנט אלס אן איבער-צאלונג. דאס איז אמת אפילו אויב אייער איינקונפט פאלט אונטער 130% פונעם ארעמקייט שטאפל אין א קומענדיגן מאנאט.**

אויב אייער הויזגעזונד'ס סוירטיפיקאציע טערמין איז לענגער ווי 6 מאנאטן: ביי א זעקס-מאנאט'יגן אפשטעל-פונקט אין אייער סוירטיפיקאציע טערמין, וועט איר באקומען א באריכט בויגן וואס איר מוזט צוריקשיקן אין פארלויף פון צען טעג נאכדעם וואס איר באקומט דעם בויגן. אויב האט אייער הויזגעזונד סיי וועלכע פון די ענדערונגען וואס זענען אויסגערעכנט דא אונטן, מוזט איר זי באריכטן אויף דעם באריכט בויגן וואס ווערט געשיקט צו אייך ביי דעם זעקס-מאנאט'יגן אפשטעל-פונקט.

ליסטע פון ענדערונגען וואס איר מוזט באריכטן ביי דעם זעקס-מאנאט'יגן אפשטעל-פונקט:

- ענדערונגען אין סיי וועלכע קוואל פון איינקונפט פאר סיי וועמען אין אייער הויזגעזונד
 - ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל פארדינטע איינקונפט, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$100 א מאנאט
 - ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון א פאבליק מקור, אזוי ווי סאשל סעקיוויטי בענעפיטן אדער אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$50 א מאנאט
 - ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון א פריוואטן מקור, אזוי ווי טשיילד-סופארט צאלונגען אדער פריוואטע דיסעביליטי אינשורענס, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$100 א מאנאט
 - ענדערונגען אין די סומע פון געריכט-פארארדענטע טשיילד-סופארט וואס איר צאלט פאר א קינד אינדרויסן פון אייער פוד סטעמפ הויזגעזונד
 - ענדערונגען אין ווער עס וואוינט מיט אייך
 - אויב איר ציעט זיך אוועק, אייער נייע אדרעס און אייער נייע רענט אדער מארטגעדזש קאסטן, הייצונג קאסטן און יוטייליטי קאסטן
 - א נייע אדער אן אנדערע קאר, אדער אנדערע אויטא
 - העכערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס קעש, סטאקס, באנדס, געלט אין די באנק אדער אין א סעווינגס אינסטיטוציע, אויב דער סך-הכל קעש און אפשפארונגען פון אלע מיטגלידער פון הויזגעזונד איז יעצט מער פון \$2000 (מער פון \$3000 אויב איינער אין אייער הויזגעזונד איז דיסעבילד אדער 60 יאר אלט אדער עלטער).
 - סיי וועלכע ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד וואס וואלטן גורם געווען א שטראף אזוי ווי עס איז באשריבן אויף זייט 6
3. **אויב עמיצער אין אייער פוד סטעמפ הויזגעזונד איז א געזונטער דערוואקסענער אן קיין דעפענדענט ("ABAWD"), מוזט איר אונז זאגן אויב אייערע ארבעטס שטונדען גייען אונטער 80 שטונדען א מאנאט אין פארלויף פון 10 טעג נאך די ענדע פון יענעם מאנאט.**

ענדערונג באריכטן רעגולאציעס:

אלס א פוד סטעמפ הויזגעזונד אונטער די "ענדערונג באריכטן" רעגולאציעס, מוזט איר באריכטן די פאלגענדע ענדערונגען אין פארלויף פון 10 טעג פונעם ענדערונג:

- ענדערונגען אין סיי וועלכע קוואל פון איינקונפט פאר סיי וועמען אין אייער הויזגעזונד
- ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל פארדינטע איינקונפט, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$100 א מאנאט
- ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון א פאבליק מקור, אזוי ווי סאשל סעקיוויטי בענעפיטן אדער אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$50 א מאנאט
- ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון א פריוואטן מקור, אזוי ווי טשיילד-סופארט צאלונגען אדער פריוואטע דיסעביליטי אינשורענס, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון \$100 א מאנאט
- ענדערונגען אין די סומע פון געריכט-פארארדענטע טשיילד-סופארט וואס איר צאלט פאר א קינד אינדרויסן פון אייער פוד סטעמפ הויזגעזונד
- ענדערונגען אין ווער עס וואוינט מיט אייך
- אויב איר ציעט זיך אוועק, אייער נייע אדרעס און אייער נייע רענט אדער מארטגעדזש קאסטן, הייצונג קאסטן און יוטייליטי קאסטן
- א נייע אדער אן אנדערע קאר, אדער אנדערע אויטא
- העכערונגען אין אייער הויזגעזונד'ס קעש, סטאקס, באנדס, געלט אין די באנק אדער אין א סעווינגס אינסטיטוציע, אויב דער סך-הכל קעש און אפשפארונגען פון אלע מיטגלידער פון הויזגעזונד איז יעצט מער פון \$2000 (מער פון \$3000 אויב איינער אין אייער הויזגעזונד איז דיסעבילד אדער 60 יאר אלט אדער עלטער).
- אויב עמיצער אין אייער הויזגעזונד איז א געזונטער דערוואקסענער אן קיין דעפענדענט ("ABAWD"), מוזט איר אונז זאגן אויב אייערע ארבעטס שטונדען גייען אונטער 80 שטונדען א מאנאט אין פארלויף פון 10 טעג נאך די ענדע פון יענעם מאנאט
- סיי וועלכע ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד וואס וואלטן גורם געווען א שטראף אזוי ווי עס איז באשריבן אויף זייט 6

TBA ענדערונג באריכטן פאר א הויזגעזונד וואס באקומט דורכגאנג בענעפיטן:

- דורכגאנג פוד סטעמפ בענעפיטן קענען ווייטער אנהאלטן פאר ביז פינף מאנאטן נאכדעם וואס אייער צייטווייליגע הילף קעיס ווערט געשלאסן.
- מען פארלאנגט נישט פון אייך צו באריכטן ענדערונגען בשעת אייער דורכגאנג טערמין. אויב איר האט ענדערונגען וועלכע קענען פארגרעסערן אייערע בענעפיטן זאלט איר זיך פארבינדן מיט אייער ארבעטער כדי איינצוגעבן א פריע ווידער-סוירטיפיצירונג אפליקאציע סיי ווען בשעת אייער דורכגאנג טערמין צו באקומען דעם פארגרעסערונג. מען קען נישט מאכן די פארגרעסערונג ווילאנג מען גיט נישט איין אן אונטערגעשריבענע אפליקאציע פאר ווידער-סוירטיפיצירונג, און די גאנצע ווידער-סוירטיפיצירונג פראצעדור ווערט פולקאם פארענדיגט.
- איר מוזט זיך ווידער-סוירטיפיצירן נאענט צו די ענדע פון אייער דורכגאנג טערמין צו זען אויב איר קענט ווייטער פארזעצן צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן נאכדעם וואס אייער דורכגאנג טערמין ענדיגט זיך. מיר וועלן אייך שיקן א מעלדונג וואס וועט אייך דערמאנען פון די פאדערונג זיך ווידער צו סוירטיפיצירן. אויב איר וועט זיך נישט ווידער-סוירטיפיצירן, וועלן מיר אייך נישט שיקן קיין שום אנדערע מעלדונג, און וועלן מוזן שליסן אייער פוד סטעמפ קעיס.

NYSNIP ענדערונג באריכטן פאר אנטוויילנעמער אין NYSNIP:

- איר וועט באקומען א פארבינדונגס-בריוו 24 מאנאטן נאכדעם וואס איר הייבט אן אנטוויילנעמען אין NYSNIP, וואס איר דארפט אויספילן און צוריקשיקן.
- מען פארלאנגט נישט פון אייך צו באריכטן ענדערונגען אין אייער סוירטיפיצירונג טערמין אויסער די 24-מאנאט פארבינדונגס-בריוו. איר קענט פרייוויליג באריכטן ענדערונגען אין אייערע מעדיצינישע אויסגאבן, רענט אדער יוטיליטי קאסטן, אדער פארקלענערונגען אין אייער איינקומסט. אויב איר טוט באריכטן און באשטעטיגן די ענדערונגען, קענט איר זיין בארעכטיגט פאר מער פוד סטעמפ בענעפיטן. איר קענט אויך באריכטן אייער נייע אדרעס אויב איר ציעט זיך אוועק, כדי איר זאלט ווייטער קענען באקומען סיי וועלכע מעלדונגען וואס מיר שיקן אייך.

מעדיצינישע אויסגאבן: מען פארלאנגט נישט פון אייך צו באריכטן ענדערונגען אין אייערע מעדיצינישע אויסגאבן דורכאויס אייער סוירטיפיצירונג טערמין. פונדעסטוועגן, קענט איר פרייוויליג באריכטן ענדערונגען אין אייערע מעדיצינישע אויסגאבן פאר הויזגעזונד מיטגלידער וועלכע זענען:

- 60 יאר אלט אדער עלטער
- דיסעמילד מענער/ווייבער אדער קינדער פון א געשטארבענעם וועטעראן
- באקומט "סופלעמענטל סעקיוירטי אינקאם" (SSI)
- באקומט סאשעל סעקיוירטי דיסעביליטי צאלונגען
- באקומט וועטעראנען'ס דיסעביליטי בענעפיטן
- באקומט רעגירונג דיסעביליטי רעטייערמענט בענעפיטן
- באקומט "רעילראוד" רעטייערמענט דיסעביליטי בענעפיטן
- באקומט דיסעביליטי-באזירטע מעדיצינישע הילף

אויב איר באריכטעט און באשטעטיגט א העכערונג אין אייערע מעדיצינישע אויסגאבן, איז מעגליך אז איר זענט בארעכטיגט פאר מער פוד סטעמפ בענעפיטן. ענדערונגען אין אייערע מעדיצינישע אויסגאבן מוזן ווערן באריכטעט ביי אייערע קומענדיגע ווידער-סוירטיפיצירונג.

צייטווייליגע הילף (TA) באריכטונג רעגולאציעס: די רעגולאציעס וועלכע זענען אויסגערעכנט דא אויבן זענען נאר שייך צו דעם פוד סטעמפ פראגראם. אויב איר באקומט אויך TA, ווערט איר נאך אלץ אויפגעפאדערט צו באריכטן ענדערונגען פאר TA אין פארלויף פון 10 טעג פון די ענדערונג, אויף רעגלמעסיגע פאסט באריכט פאפירן. TA בארעכטיגט אויספרעג-בויגנס און ביים ווידער-סוירטיפיצירונג.

ווען צו נוצן דעם בויגן:

דער בויגן קען באנוצט ווערן צו באריכטן סיי וועלכע געפאדערטע אדער פרייוויליגע ענדערונגען. איר קענט אויך נוצן דעם בויגן צו באריכטן ענדערונגען אין די קאסטן פון אכט-געבן אויף קינדער אדער דיסעמילד ערוואקסענע, אדער ענדערונגען אין וואוינונג קאסטן אפילו אויב איר האט זיך נישט אוועקגעצויגן. אויב די אויסגאבן שטייגן, קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר מער פוד סטעמפ בענעפיטן.

אויב עס זענען דא באווייזן פון די ענדערונגען וואס איר באריכטעט, ביטע לייגט עס צו אינאיינעם מיט דעם בויגן. דאס וועט העלפן צו פארזיכערן אז איר באקומט די ריכטיגע סומע פון פוד סטעמפ בענעפיטן. די ענדערונגען וואס מען באריכטעט מוזן באשטעטיגט ווערן בעפאר מיר קענען העכערן אייערע בענעפיטן.

דער בויגן זאל געשיקט ווערן דורך די פאסט אדער געברענגט ווערן צו די אגענטור וואס איז אויסגערעכנט דא אויבן. אויב צוליב עפעס א סיבה קענט איר נישט שיקן דורך די פאסט אדער אריינברענגען דעם בויגן, קענט איר באריכטן די ענדערונגען דורך אונד אנרופן אויף דעם טעלעפאן נומער וואס איז אויסגערעכנט אויף זייט 1.

אויב איר ווילט מער נישט באקומען קיין פוד סטעמפ בענעפיטן, שרייבט דא אונטער צוריק-צו-ציען אייער אנטוויילנעמען אין דעם פוד סטעמפ פראגראם. אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן וועלן זיך אפשטעלן. איר האט די רעכט זיך קעגנצושטעלן די צוריקצואונג אויב איר שפירט אז מען האט אייך געגעבן נישט ריכטיגע אדער נישט פולקאמע אינפארמאציע וועגן אייער בארעכטיגונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, דורך פארלאנגען א יושר'דיגע פארהער אין פארלויף פון 90 טעג. איר קענט זיך ווידער-איינגעבן פאר פוד סטעמפ בענעפיטן סיי ווען נאכדעם וואס איר ציט צוריק.

X

אויב איר האלט צוריק אינפארמאציע וועגן ענדערונגען אין אייער הויזגעזונד וואס ווערט פארלאנגט פון אייך צו באריכטן, וועט איר אונד שולדיג זיין די ווערט פון סיי וועלכע איבריגע פוד סטעמפ בענעפיטן וואס איר באקומט אלס א רעזולטאט. אויב איר טוט ווילענדיג צוריק האלטן אינפארמאציע ווען איר דארפט עס באריכטן, קענט איר אויך ווערן די-קוואליפיצירט פונעם פוד סטעמפ פראגראם און איר קענט זיין אויסגעשטעלט צו קרימינאלע פראצעסירונג. (זעט די בייגעלייגטע "פוד סטעמפ שטראף ווארענונג" אויף זייט 6).

נוצט דעם בויגן דא אונטן צו באריכטן ענדערונגען

ענדערונג אין איינקומפט אדער אינעם קוואל פון איינקומפט – אויב זענט איר א זעקס-מאנאט באריכטער, דאן ווערן אייערע באריכטן רעגולאציעס ערקלערט אנגעהויבן אויף זייט 2. אויב זענט איר אן ענדערונג באריכטער, דאן ווערן אייערע באריכטן רעגולאציעס אויך ערקלערט אויף זייט 2.

1.	נאמען פון מענטש וואס באקומט דעם איינקומפט	קוואל פון איינקומפט	נייע סומע	ווי אפט באקומט מען עס
2.			\$	
3.			\$	

ענדערונג אין הויזגעזונד – רעכנט אויס דא אונטן אלע נייע מיטגלידער אין אייער הויזגעזונד, אריינגערעכנט ניי-געבוירענע קינדער. רעכנט אויך אויס מיטגלידער וואס האבן זיך אוועקגעצויגן אדער זענען געשטארבן.

נאמען	עלטער	פארבינדונג	ענדערונג (שטעק'ס איינס)	דאטום	איינקומפט סומע	קוואל
1.			<input type="checkbox"/> איז אריינגעקומען אין הויזגעזונד <input type="checkbox"/> איז אוועקגעגאנגען פון הויזגעזונד		\$	
2.			<input type="checkbox"/> איז אריינגעקומען אין הויזגעזונד <input type="checkbox"/> איז אוועקגעגאנגען פון הויזגעזונד		\$	
3.			<input type="checkbox"/> איז אריינגעקומען אין הויזגעזונד <input type="checkbox"/> איז אוועקגעגאנגען פון הויזגעזונד		\$	
4.			<input type="checkbox"/> איז אריינגעקומען אין הויזגעזונד <input type="checkbox"/> איז אוועקגעגאנגען פון הויזגעזונד		\$	

ענדערונג פון אדרעס
 נייע סאסט אדרעס: סטיי סטעיט זיכ קארד

אויב איר האט נישט קיין סטריט אדרעס, גיט אנווייזונגען צו אייער היים (אויב איר זענט היימלאז, לאזט עס ליידיג)
 טעלעפאן נומער וואו מען קען אייך טרעפן
 עריע קארד ()

ענדערונג אין האווינג קאסטן – אויב איר האט זיך אוועקגעצויגן, מוזט איר אויסרעכענען אייערע נייע קאסטן דא אונטן. אפילו אויב איר האט זיך נישט אוועקגעצויגן, קענט איר נוצן דעם סעקשאן אונד צו אינפארמירן אז אייער רענט, מארטגעדזש צאלונג, אדער אנדערע קאסטן האבן זיך געענדערט.

זענט איר א גאסט-פאר-באצאלט?	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין	אויב יא, זענען סעודות <input type="checkbox"/> אריינגערעכנט <input type="checkbox"/> נישט אריינגערעכנט
רענט	יא	ניין	אויב יא, גיט די מאנאטליכע סומע
צאלט איר רענט?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ זעלבע <input type="checkbox"/> מער <input type="checkbox"/> ווייניגער <input type="checkbox"/>
צאלט איר פאר די פאלגענדע אויסער אייער רענט?	יא	ניין	אויב יא, גיט די חדש'ליכע סומע
• הייצונג און/אדער עיר קאנדישן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• יוטיליטיס (עלעקטריק, געז פאר קאכן, א.ד.ג.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• טעלעפאן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
מארטגעדזש צאלונג	יא	ניין	אויב יא, גיט די חדש'ליכע סומע
האט איר א מארטגעדזש צאלונג?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ זעלבע <input type="checkbox"/> מער <input type="checkbox"/> ווייניגער <input type="checkbox"/>
צאלט איר פאר די פאלגענדע אויסער אייער מארטגעדזש?	יא	ניין	אויב יא, גיט די חדש'ליכע סומע
• פראפערטי שטייערן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ זעלבע <input type="checkbox"/> מער <input type="checkbox"/> ווייניגער <input type="checkbox"/>
• הויז אינשורענס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ זעלבע <input type="checkbox"/> מער <input type="checkbox"/> ווייניגער <input type="checkbox"/>
• הייצונג און/אדער עיר קאנדישן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• יוטיליטיס (עלעקטריק, געז פאר קאכן, א.ד.ג.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• טעלעפאן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
וואוינט איר אין סעקשאן 8 אדער אנדערע סובסידירטע האווינג?	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין	וואוינט איר אין פאבליק האווינג? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין

9 סוגי הוצאות נוספות או אחרות

הוצאות נוספות שיש להן קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר, אשר אינו קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר. כן לא

הוצאות נוספות:

תיאור הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה

הוצאות נוספות שיש להן קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר, אשר אינו קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר.

- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות
- הוצאות נוספות - הוצאות נוספות

הוצאות נוספות שיש להן קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר, אשר אינו קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר.

תיאור הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה
1. הוצאות נוספות	\$		
2. הוצאות נוספות	\$		
3. הוצאות נוספות	\$		
הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה

הוצאות נוספות שיש להן קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר, אשר אינו קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר.

תיאור הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה
1. הוצאות נוספות	\$		
2. הוצאות נוספות	\$		
3. הוצאות נוספות	\$		
הוצאה	סכום	מס' הוצאה	מס' הוצאה

הוצאות נוספות שיש להן קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר, אשר אינו קוד מס' הוצאה או קוד מס' הוצאה אחר.