



گزارش وضعیت تعیین صلاحیت SAR 7

ماه گزارش

برای اینکه به دریافت بموقع مزایای خود ادامه دهید، لطفاً این فرم را بعد از 1 ماه ارسال امضاء کرده و تا قبل از 5 ماه ارسال برگردانید.

به کمک نیاز دارید؟ (County Specific instructions w/county url)

شماره پرونده اینجا قید شود

(DIST. ID HERE)

نام کارگر یا کارمند:

شماره تلفن کارگر یا کارمند:

کانتی:

آدرس:

شهر، ایالت، کدپستی

بارکد:

☐ توقف دریافت CalFresh☐ توقف دریافت CalWORKs☐ توقف دریافت Medi-Cal

1. آیا از آخرین باری که گزارش کرده اید، هیچ شخصی وارد خانه شما شده یا از آن خارج شده است (شامل نوزادان) و یا شما به خانه شخص دیگری نقل مکان کرده اید؟
☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید)

تاریخ نقل مکان (سال/روز/ماه)	نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد	نسبت شخص با شما	آیا بطور مرتب با هم مواد غذایی خریداری و آماده می کنید؟
☐ ورود ☐ خروج / /		/ /		☐ بله ☐ خیر
☐ ورود ☐ خروج / /		/ /		☐ بله ☐ خیر
☐ ورود ☐ خروج / /		/ /		☐ بله ☐ خیر

2. آیا از آخرین باری که گزارش کرده اید، آدرس شما تغییر کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید)

آدرس جدید: _____

آدرس پستی (در صورتی که با آدرس فوق فرق دارد): _____

3. اگر از آخرین باری که گزارش کرده اید نقل مکان نموده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید:

کرایه یا قسط وام مسکن ماهیانه شما در حال حاضر چقدر است؟ \$	اگر جداگانه پرداخت می شود، مالیات ملک و بیمه منزل ماهیانه شما در حال حاضر چقدر است؟ \$
---	---

آیا هیچگونه هزینه ای بابت خدمات همگانی پرداخت می کنید که جزو کرایه یا قسط وام مسکن شما نباشد؟ اگر اینطور است، کدامیک:

☐ تلفن ☐ دفع زباله ☐ آب ☐ برق/گاز ☐ سایر مخارج گرمایش و سرمایش

4. فقط CalWORKs: آیا هیچ شخصی در منزل شما:

A. بخاطر یک قرار توقیف معوقه فراری است؟

B. به تشخیص دادگاه شرایط تعلیق مجازات یا آزادی مشروط خود را نقض کرده است؟

☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کنید)

نام شخص	A یا B از قسمت بالا	در کدام ایالت قرار توقیف صادر شده، یا نقض شرایط روی داده است؟	تاریخ قرار توقیف یا نقض شرایط

5. هزینه های درمانی: اگر یک دریافت کننده CalFresh وجود دارد که سن وی 60 سال یا بیشتر است، یا ناتوان و معلول می باشد، و هزینه درمانی وی افزایش یافته است، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید:

تغییر مربوط به چه شخصی بوده است؟

میزان افزایش:

6. مبالغ پشتیبانی کودک: آیا یک دریافت کننده CalFresh وجود دارد که میزان مبالغ پشتیبانی کودک که پرداخت می کند از آخرین باری که گزارش کرده اند تغییر کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید.

آیا مبلغ در ماه گزارش پرداخت شده است؟ \$ _____

مبلغ پشتیبانی توسط چه شخصی پرداخت شده است؟ _____

7. مراقبت از وابستگان: اگر یک دریافت کننده CalFresh وجود دارد که مشغول کار است، به دنبال کار بوده و یا مشغول تحصیل می باشد و از آخرین باری که گزارش کرده است، میزان هزینه های مخارج مراقبت های وابستگان که شخصاً پرداخت می کند افزایش یافته است، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید:

آیا مبلغی که شخصاً پرداخت می شود در ماه گزارش بوده است؟ \$ _____

چه کسی پرداخت کرده است؟ _____ فهرست وابستگان:

8. آیا هیچکس: هرنوع ملک و دارائی، زمین، خانه، ماشین، حساب بانکی، وجوه نقد، پرداخت ها (مانند جوایز لاتاری/کازینو، مزایای قدیمی سوشال سکیوریتی) و یا هرگونه دارائی دیگری را از آخرین باری که گزارش شده است، دریافت کرده، خریده، فروخته، معامله کرده یا واگذار کرده است؟

☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگ کاغذ اضافی ضمیمه نمایید).

کدام شخص؟	نوع ملک یا دارائی؟	در چه موقعی؟	میزان/ارزش؟	خریداری شده است؟ فروخته شده است؟ وگنتر شده است؟ برده شده است؟ سایر

9. آیا هیچکس در ماه گزارش درآمد حاصل از اشتغال داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید). ماه گزارش در بالای صفحه اول نوشته شده است. هر شغل مربوط به هر شخصی که کار می کند را ذکر کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگ کاغذ اضافی ضمیمه نمایید. مثال ها شامل نگهداری از کودکان، دریافت حقوق، خوداشتغالی، مرخصی استعلاجی، انعام ها و غیره می باشند. اگر شغل خود را از دست داده اید، لطفاً مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید.

شغل 1	شغل 2	شغل 3
نام شخص دریافت کننده درآمد:		
منبع درآمد/نام کارفرما:		
در مورد خوداشتغالی، اینجا را علامت بزنید ☐	در مورد خوداشتغالی، اینجا را علامت بزنید ☐	در مورد خوداشتغالی، اینجا را علامت بزنید ☐
هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ سایر ☐	هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ سایر ☐	هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ سایر ☐
ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐	ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐	ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐
\$	\$	\$
تاریخ (های) دریافت:	تاریخ (های) دریافت:	تاریخ (های) دریافت:
تعداد ساعت کار در ماه:		

10. آیا در شش ماه آینده درآمد حاصل از اشتغال شما تغییر خواهد کرد (شامل درآمد ذکر شده در #9)؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً در اینجا توضیح داده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید). مثال ها: توقف یا شروع یک شغل؛ افزایش یا کاهش درآمد؛ تغییر در ساعات کاری؛ استعفا دادن از یک شغل یا اعصاب؛ تغییر در دفعات پرداخت.

11. آیا هیچکس در ماه گزارش هیچگونه پولی از منابع دیگر دریافت کرده است: ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت زیر را تکمیل کرده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید). ماه گزارش در بالای صفحه اول نوشته شده است. نمونه ها عبارتند از: سوشال سکیوریتی، حق بیکاری، مزایای بازنشستگی نیروهای مسلح، بیمه از کارافتادگی ایالتی (SDI، State Disability Insurance)، پشتیبانی کودک/همسر، غرامت کارگران و کارکنان، وام ها/هدایا، مسکن تحصیل شده/تحصیل نشده، خدمات همگانی، غذا و غیره. اگر دیگر از منابعی که قبلاً گزارش کرده اید پولی دریافت نمی کنید، مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید.

نام	منبع درآمد	یک بار پرداخت یا ماهیانه	مبلغ
			\$
			\$
			\$

12. آیا در شش ماه آینده، پولی که از منابع دیگر دریافت می کنید تغییر خواهد کرد (شامل مبالغ ذکر شده در #11)؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً در اینجا توضیح داده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید). نمونه تغییرات: افزایش یا کاهش درآمد یا مزایا، یا شروع یا توقف دریافت درآمد یا مزایا.

13. فقط CalWORKs: آیا از آخرین باری که گزارش کرده اید هیچکدام از موارد زیر برای هیچیک از اشخاصی که در منزل شما زندگی می کنند رخ داده است؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر پاسخ بله داده اید، در کادر مربوطه زیر علامت زده و مدارک را ضمیمه نمایید):

☐ تغییرات خانوادگی (ازدواج، طلاق، جدایی، اختیار کردن شریک زندگی عرفی رسمی در کالیفرنیا (RDP)، اختیار کردن شریک زندگی عرفی در ایالت های دیگر غیر از کالیفرنیا (DP)، پایان یک DP یا RDP، باردار شدن، یا خاتمه بارداری؟)

☐ کار/اشتغال (شروع، توقف، استعفا دادن از یک شغل، راه اندازی یک کسب و کار یا اعصاب؟)

☐ ناتوانی یا معلولیت (وقوع ناتوانی یا معلولیت یا برطرف شدن یک ناتوانی یا معلولیت و یا بیماری سخت؟)

☐ مهاجرت (تغییر وضعیت سیتیzeni یا مهاجرت، یا گرفتن کارت، فرم یا نامه جدید از USCIS (INS)؟)

☐ بیمه (شروع، توقف، یا تغییر مزایای بیمه پزشکی، دندانپزشکی، یا عمر، شامل MEDICARE؟)

☐ سرپرستی (هرگونه تغییر در مدت زمانی که مراقب کودکان خود هستید/یا سرپرستی آنها را بر عهده دارید؟)

☐ خدمات حمایتی خانگی (شروع یا توقف دریافت خدمات؟)

☐ حضور در مدرسه

☐ شروع یا توقف مدرسه/کالج برای دانش آموزان 18 ساله و بزرگتر؟ (شاید بتوانید هزینه کتاب، رفت و آمد به مدرسه و غیره را مطالبه کنید)

☐ یک نفر تمام هزینه های مسکن، غذا، پوشاک و یا مخارج خدمات همگانی من را پرداخت کرده ایت. (لطفاً توضیح دهید)

☐ سایر

لطفاً با دقت مطالعه کرده و سپس امضاء نموده و تاریخ بزنید.

- با امضای این فرم:
- من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ، می دانم و گواهی می دهم که تمام پاسخ های من در این گزارش بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من صحیح و کامل می باشند.
 - من می دانم که مجازات های تقلب بشرخ زیر می باشند: ممکن است تا مدت 20 سال زندانی شده و تا مبلغ 250,000\$ جریمه شوم. اگر واجد شرایط دریافت مزایایی نبوده باشم، ممکن است مجبور شوم آنها را پس بدهم. در اولین باری که آگاهانه و عمدتاً مقررات را زیر پا بگذارم، ممکن است تا مدت یک سال نتوانم CalFresh دریافت کنم؛ در بار دوم دو سال؛ و بعد از بار سوم دیگر هرگز نخواهم توانست CalFresh دریافت کنم.
 - من می دانم و موافقت می کنم که کپی تمام مدارک لازم برای تکمیل گزارش نیمسال خود را ارائه نمایم.
 - من می دانم که در بعضی موارد ممکن است از من خواسته شوم به کانتی اجازه دهم تا هرگونه تماس لازم را برای تعیین صلاحیت من برقرار نمایند.

گواهی - اخطار در مورد تقلب و دروغ گویی

من می دانم که: اگر به منظور دریافت یا حفظ کمک مالی یا مزایا عمدتاً تمام مسائل را گزارش نکنم یا اطلاعات درآمد، ملک و دارایی، یا وضعیت خانوادگی خود را اشتباه گزارش کنم، مورد تعقیب و پیگرد قانونی قرار خواهم گرفت. اگر مبلغ کمک هزینه نقدی بیش از 950\$ باشد، و/یا CalFresh در نتیجه اینگونه اقدامات اشتباه پرداخت شوند، مرتکب تخلف و جرم می شوم. من یک نسخه از دستورالعمل ها و مجازات های گزارش تعیین صلاحیت 7 SAR برای کمک هزینه نقدی و CalFresh را دریافت کرده ام.

شما باید این گزارش را بعد از آخرین روز ماه گزارش امضاء کرده و تاریخ بزنید وگرنه فرم شما ناقص خواهد بود. من با اطلاع کامل از مجازات شهادت دروغ در ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات درج شده در این گزارش درست، صحیح و کامل هستند.

شخصی که می بایست قسمت زیر را امضاء کند:	برای کمک هزینه نقدی: شما و همسر، شریک زندگی عرفی رسمی، و والد دیگر (کودکانی که کمک هزینه نقدی دریافت می کنند) در صورت زندگی در این خانه و دریافت کمک هزینه های نقدی. برای CalFresh: سرپرست خانوار، یک عضو مسئول خانوار، یا نماینده رسمی خانوار..
امضاء یا مهر	امضاء همسر، شریک زندگی عرفی رسمی، یا والد دیگر (کودک (ان) دریافت کننده کمک هزینه های نقدی)
تاریخ امضاء	تاریخ امضاء
تلفن منزل	تلفن منزل
شماره (تلفن) موبایل	شماره (تلفن) موبایل
امضاء یا مهر	امضاء یا مهر