

Statement of Understanding: (Declarație de înțelegere:) Mid-Certification Review (Evaluare Intermediară)



Pentru a continua să primiți bani în numerar sau asistență alimentară, trebuie să finalizați o Mid-Certification Review (evaluare intermediară). Există trei moduri prin care puteți finaliza recenzia:

1. La telefon sunând la 1-877-501-2233.
2. Prin completarea formularului DSHS 14-467 și
 - Trimițându-ne-l prin fax la 1-888-338-7410; sau
 - Trimiteți-l prin poștă la PO BOX 11699, TACOMA WA 98411.
3. Trecând peste circumstanțele dvs. actuale cu noi la biroul local, semnând și datând acest formular.

Ce trebuie să raportați în evaluare intermediară:

- O schimbare de adresă și costurile de adăpost la o nouă adresă.
- Schimbări ale celor care locuiesc în gospodăria ta.
- Modificări ale veniturilor gospodăriei dvs. din **orice sursă**. Acestea includ venituri din muncă, compensații pentru șomaj, asigurări sociale, Muncă și industrie și întreținere pentru copii.
- Modificări în orice întreținere pentru copii pe care sunteți obligat legal să o plătiți pentru un copil cu care nu locuiți.
- Dacă nu aveți copii în gospodărie și orele de lucru ale unei persoane apte de muncă coboară sub 20 de ore pe săptămână.

Citiți cu atenție și semnați înainte de a returna acest formular:

- Înțeleg că regulile DSHS îmi cer să finalizez această revizuire la evaluare intermediară și să-i informez pe DSHS despre schimbările în circumstanțele familiei mele, conform WAC 388-418-0005 și WAC 388-418-0011.
- Înțeleg că este o crimă pentru mine să spun o minciună pentru a obține beneficii în numerar sau alimente. Înțeleg, de asemenea, că este o crimă dacă nu spun DSHS ceva ce știu că trebuie să raportez.
- Înțeleg că, dacă ofer informații despre care știu că sunt greșite, aș putea fi acuzat de o infracțiune.
- Înțeleg că sancțiunile pentru încălcarea regulilor privind asistența alimentară includ descalificarea de a primi asistență alimentară, amenzi sau închisoare.
- Înțeleg că, dacă nu ofer dovada modificărilor care ar putea duce la creșterea beneficiilor mele, DSHS nu va folosi aceste modificări pentru a-mi determina beneficiile.
- Înțeleg că ceea ce i-am spus departamentului în acest raport poate afecta beneficiile mele.
- Declar, sub pedeapsa de sperjur, că informațiile pe care le-am transmis DSHS în acest raport sunt adevărate și corecte din câte știu.

SEMNĂTURA	DATA	NUME TIPARAT	NUMĂR ID CLIENT

