

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE
Sozialamt

FORMULAR FÜR MELDUNG VON ÄNDERUNGEN

Name:
Adresse:

Datum: _____

Fallnummer: _____

Sehr geehrte/r,

Änderungen, die Sie melden müssen:

1. Sie müssen nur melden, wenn Ihr Einkommen die maximale Bruttoeinkommensgrenze für Ihre Haushaltsgröße für Lebensmittelleistungen übersteigt. Ihre Haushaltsgröße ist _____. (Siehe Tabelle zu Einkommensgrenzen und Arbeitsblatt auf der Rückseite des Formulars.) Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, rufen Sie bitte Ihren Sachbearbeiter an.

Wenn das Gesamtbruttoeinkommen Ihres Haushalts für Lebensmittelleistungen (vor Abzügen und Steuern) den in der Tabelle genannten Betrag übersteigt, müssen Sie die Änderung melden. Addieren Sie alle Einkommensquellen, um den Gesamtbetrag des monatlichen Einkommens zu ermitteln (Löhne, Familienunterstützung Work First, Unterhaltszahlungen für Kinder, zusätzliche Sozialhilfeleistungen, Arbeitslosenhilfe, Sozialversicherung, Kriegsveteranzahlungen, Behinderungszahlungen, Einkommen eines neuen Haushaltsmitglieds usw.)

Nutzen Sie im Falle einer Einkommensänderung die Tabelle auf der Rückseite, um zu ermitteln, ob Sie auch weiterhin Anspruch auf Lebensmittelleistungen haben. Wenn das Gesamtmonatseinkommen Ihres Lebensmittelleistungshaushalts den Betrag für die in Ihrem Lebensmittelleistungsfall berücksichtigte Anzahl Personen übersteigt, rufen Sie Ihren Sachbearbeiter bis zum 10. des Monats, der auf den Monat der Erhöhung des Einkommens folgt, an.

JEDLICHE Änderungen der Informationen, die Sie auf dem Antrag angegeben haben, die nach dem Interview (aber bevor Sie eine Mitteilung über Ihre Anspruchsberechtigung erhalten) auftreten, müssen bis zum 10. des Monats gemeldet werden, der auf den Monat folgt, in dem die Mitteilung über Anspruchsberechtigung erhalten wird.

Sie müssen zum jetzigen Zeitpunkt bis zu Ihrer nächsten Re-Zertifizierung keine Einkommensänderungen melden.

2. Wenn Ihr Haushalt für Lebensmittelleistungen einen nicht-behinderten Erwachsenen ohne unterhaltsberechtigten Angehörigen umfasst, müssen Sie melden, ob die Arbeitsstunden dieser Person auf weniger als 80 Stunden pro Monat reduziert sind.
3. Wenn Sie an Ihrem jetzigen Wohnort nicht ins Wählerverzeichnis eingetragen sind, möchten Sie hier und heute eine Eintragung ins Wählerverzeichnis beantragen? Ja Nein **WENN SIE KEINES DER KONTROLLKÄSTCHEN MARKIEREN, BEDEUTET DIES, DASS SIE SICH ENTSCHEIDEN HABEN, SICH ZUM JETZIGEN ZEITPUNKT NICHT INS WÄHLERVERZEICHNIS EINTRAGEN ZU LASSEN.**

Melden Sie die Änderungen, indem Sie uns unter folgender Nummer anrufen: _____. Wenn Sie die Änderung nicht melden können, kann dies jemand tun, der über die Änderung Bescheid weiß.

HINWEIS: Die Meldung von Adressänderungen ermöglicht es uns, Briefe und/oder Mitteilungen an Ihre korrekte Adresse zu senden.

Wenn Sie keine wahrheitsgemäßen Angaben über Änderungen in Ihrem Haushalt machen, müssen Sie die Lebensmittelleistungen, die Sie erhalten, möglicherweise zurückzahlen. Außerdem können Sie für einen Zeitraum von 12 Monaten, 24 Monaten oder permanent, vom Erhalt von Lebensmittelleistungen ausgeschlossen werden, Geldbußen erhalten, oder beides.

Mit freundlichen Grüßen

Ermitteln Sie mithilfe dieser Tabelle, ob Ihr Haushaltseinkommen zu hoch ist, um weiterhin Lebensmittelleistungen zu erhalten:

MAXIMALE EINKOMMENSRENZEN

Anzahl der Haushaltsmitglieder:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.265 USD	1.705 USD	2.144 USD	2.584 USD	3.024 USD	3.464 USD	3.904 USD	4.344 USD	4.784 USD	5.224 USD

Hinweis: Wenn es mehr als zehn (10) Haushaltsmitglieder gibt, addieren Sie für jedes 440 USD bis 5.224 USD.

Addieren Sie in diesem Bereich alles Einkommen aus allen Quellen (Löhne - vor Steuern und Abzügen, Familienunterstützung Work First, Unterhaltszahlungen für Kinder, zusätzliche Sozialhilfeleistungen, Arbeitslosenhilfe, Sozialversicherung, Kriegsveteranenzahlungen, Behindertenzahlungen usw.)

ART DES EINKOMMENS	1. MONAT	2. MONAT	3. MONAT	4. MONAT
Löhne	\$	\$	\$	\$
Familienunterstützung Work First	\$	\$	\$	\$
Unterhaltszahlungen für Kinder	\$	\$	\$	\$
Zusätzliche Sozialhilfeleistungen	\$	\$	\$	\$
Arbeitslosenversicherungsleistungen	\$	\$	\$	\$
Sozialversicherung	\$	\$	\$	\$
Sonstiges	\$	\$	\$	\$
Gesamt	\$	\$	\$	\$

VERGLEICHEN SIE DAS GESAMTE MONATSEINKOMMEN IHRES LEBENSMITTELLEISTUNGSHAUSHALTS MIT DEN EINKOMMENSRENZEN FÜR DIE ENTSPRECHENDE HAUSHALTSGRÖSSE. WENN DAS BRUTTOEINKOMMEN DIE MAXIMALE EINKOMMENSRENZE FÜR DIE HAUSHALTSGRÖSSE IHRER LEBENSMITTELLEISTUNGEN ÜBERSTEIGT, RUFEN SIE BITTE IHREN SACHBEARBEITER AN, UM DIE ÄNDERUNG ZU BESPRECHEN. WENN SIE SICH UNSICHER SIND ODER WENN SIE FRAGEN HABEN, RUFEN SIE BITTEN IHREN SACHBEARBEITER AN. WENN SIE HILFE BENÖTIGEN, KÖNNEN SIE AUCH DEN KUNDENDIENST DES MINISTERIUMS FÜR GESUNDHEITSPFLEGE UND SOZIALE DIENSTE UNTER +1 800 662 7030 KONTAKTIEREN.

Ich verstehe die Strafen für das Verbergen von Informationen oder die Angabe falscher Informationen. Wenn Sie vorsätzlich gegen die Regeln verstoßen, können Sie möglicherweise permanent keine Lebensmittelleistungen mehr erhalten und es können Strafen in Höhe von bis zu 250.000 USD und/oder Haftstrafen von bis zu 20 Jahren gegen Sie verhängt werden. Auf gerichtliche Anordnung können Sie Ihren Anspruch auf Lebensmittelleistungen auch für weitere 18 Monate verlieren.

Ferner verstehe ich, dass ich den Betrag für zusätzliche Lebensmittelleistungen, die ich erhalte, schulde und dass ich möglicherweise disqualifiziert werde, wenn ich Einkommensänderungen in meinem Haushalt, die zum Erlöschen der Anspruchsberechtigung führen würden, nicht melde. Ich verpflichte mich, auf Anfrage Änderungen zu melden. Meine Antworten auf diesem Formular sind nach meinem besten Wissen korrekt und vollständig. Wir nutzen Ihre Antworten auf diesem Formular, um festzustellen, ob sich die Leistungen Ihres Haushalts ändern.

Ich verstehe, dass meine Unterschrift Bundes-, bundesstaatliche und lokale Beamte befugt, andere Personen oder Organisationen zu kontaktieren, um die von mir gemachten Angaben zu überprüfen.

Alle Anspruchsverfahren werden streng durch die Richtlinien für Lebensmitteldienste unterstützt. Die Fristen oder Anforderungen der anderen Programme haben keinen Einfluss auf Ihre Lebensmittelleistungen. Ihrem Haushalt darf keine Lebensmittelunterstützung verweigert werden, weil Ihrem Haushalt Leistungen von anderen Programmen verweigert wurden. Bevor wir Ihre Leistungen reduzieren oder einstellen, senden wir Ihnen eine Mitteilung, in der wir erläutern, was passieren wird. Wenn sich Ihre Leistungen erhöhen, senden wir Ihnen eine Mitteilung, wann wir die Änderung vornehmen. Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie eine faire Anhörung erhalten. Ein Anhörungsbeamter entscheidet, ob Sie Recht haben.

Ihre Unterschrift:	Telefonnummer:	Heutiges Datum:
--------------------	----------------	-----------------

TANF Finanzierte Leistungen

Für Informationen zur Initiative zur Verhinderung von Schwangerschaften bei Teenagern, kontaktieren Sie bitte Ihr lokales Gesundheitsamt. Für Informationen zu Eheberatungsdiensten kontaktieren Sie bitte die Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks.

Eintragung ins Wählerverzeichnis für North Carolina

Die Eintragung ins Wählerverzeichnis für North Carolina ist ganz einfach. Gemäß den Gesetzen des Bundesstaates müssen sich Wähler 25 Tage vor einer Wahl in das Wählerverzeichnis eintragen. Die Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks kann Ihnen mit den entsprechenden Papieren behilflich sein. Wenn Sie sich in das Wählerverzeichnis für North Carolina eintragen möchten, bitten Sie Ihren Sachbearbeiter um ein Formular für den Eintrag ins Wählerverzeichnis und bitten Sie ihn, Ihnen beim Ausfüllen des Formulars zu helfen, wenn Sie Hilfe benötigen. **Die Beantragung der Eintragung oder die Ablehnung der Eintragung ins Wählerverzeichnis hat keinen Einfluss auf die Höhe der Unterstützung, die Ihnen diese Behörde bereitstellen wird.** Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars für den Eintrag ins Wählerverzeichnis benötigen, helfen wir Ihnen gern. Die Entscheidung, um Hilfe zu bitten oder Hilfe anzunehmen, liegt bei Ihnen. Sie können das Antragsformular zu Hause ausfüllen. Wenn Sie glauben, dass jemand Ihr Recht auf die Eintragung in das Wählerverzeichnis oder der Ablehnung einer solchen Eintragung, Ihr Recht auf Privatsphäre bei der Entscheidung, ob Sie sich eintragen möchten oder die Eintragung ins Wählerverzeichnis beantragen möchte oder Ihr Recht, Ihre eigene politische Partei oder eine andere politische Präferenz auszuwählen, beeinträchtigt hat, können Sie beim North Carolina State Board of Elections, PO Box 27255, Raleigh NC 27611-7255 oder unter der gebührenfreien Telefonnummer +1 866 522 4723 eine Beschwerde einreichen.