

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия
Программа дополнительной помощи в питании (SNAP)**

УВЕДОМЛЕНИЕ О ТРЕБОВАНИЯХ К УПРОЩЕННОЙ ОТЧЕТНОСТИ (SRR)

Требования к упрощенной отчетности (Simplified Reporting Requirements, SRR) применяются ко всем домохозяйствам SNAP штата Джорджия. Вы должны сообщать, когда общий валовой ежемесячный доход вашей семьи превышает сумму, указанную в таблице ниже или предоставленную на бланке, приведенном ниже, для размера вашей семьи.

Домохозяйства должны сообщать, если член домохозяйства получает **выигрыш в лотерею или азартные игры** в общей сумме 4500 долларов США или более (до удержания налогов и других сумм). Это денежный приз, выигранный за одну игру. О выигрышах необходимо сообщать не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором член домохозяйства получил выигрыш.

Трудоспособные взрослые без иждивенцев (Able Bodied Adults without Dependents, ABAWD) должны отчитываться, если их рабочее время сократилось до 20 часов в неделю, 80 часов в месяц.

Каждый месяц вам нужно будет **суммировать все доходы, которые** ваша семья получает в течение месяца, до вычета налогов и других вычетов. Вы должны учитывать все доходы, такие как зарплата, социальное обеспечение, SSI, пособие по безработице, алименты, пенсия и пособие по инвалидности; деньги, которые вам дают люди, и любые другие доходы, которые получает ваша семья.

Когда вы сложите все эти суммы, если их величина **превышает** сумму, указанную в таблице ниже **или** в бланке ниже для размера вашей семьи, вы **ДОЛЖНЫ** сообщить об изменении дохода до **10-го числа следующего месяца**.

Позвоните в информационный центр DFCS по телефону 1-877-423-4746 или посетите сайт Georgia Gateway www.gateway.ga.gov, чтобы сообщить о своем изменении.

SNAP Размер домашнего хозяйства	1	2	3	4	5	6	7	8	Каждый дополнительный член
Ежемесячная сумма всего валового дохода	\$1632	\$2215	\$2798	\$3380	\$3963	\$4546	\$5129	\$5712	+583

Если у вас более 8 членов семьи, ниже приводится сумма вашего валового ежемесячного дохода.

Размер домохозяйства _____ **Ежемесячная сумма** _____

Если вы не сообщите об этом изменении, ваша семья может получить больше пособий, чем ей положено, и вам, возможно, придется вернуть эти пособия. **Если у вас есть какие-либо задолженности, возврат подоходного налога может быть использован для их погашения.**

Если вы получаете пособия TANF, пособия по уходу за ребенком или медицинскую помощь, вы должны сообщить обо всех изменениях в ваших семейных обстоятельствах в течение 10 дней.

Сообщайте о смене адреса и любых расходах на жилье и коммунальные услуги, чтобы вы могли получать важные уведомления относительно ваших пособий. Вы можете сообщить об этих изменениях на веб-сайте Georgia Gateway по адресу www.gateway.ga.gov.

Социальный работник: _____

Дата: _____