



Oregon Department of Human Services
Supplemental Nutrition Assistance Program

Á	Ú[*!æ ÍÁ ÁÁÁÁÁ	Ó!æ &@Á ÁÁÁÁÁ	Ôæ^Á~ { à^!ÍÁ ÁÁÁÁÁ
Á	Ôæ^Á æ ^ÍÁ ÁÁÁÁÁ		
Á	Ôæ^Á -Á [cæ^ÍÁ ÁÁÁÁÁ	Ô~^ &cæ^ Áæ^ÍÁ ÁÁÁÁÁ	

Notice of Proof Needed for Self-Employment Income

Á
Á
Á

Ý[~ Áæ^Á^|É{]|| ^áÁæ áÁ[Á [Óæ^Á![[-Á -Á[~!Á & { ^ÉÝ[~ Á ~ • Ó! [çæ^Á
]![[-Á -Á[~!Á^|É{]|| ^ { ^ } Ó & { ^Á@Á^cæ^ ÁÁ[~ Áæ]|^Á!Á[áÁ^] ^~ Á
[!Á@Á~]|^ { ^ } cæ^ Á dæ^ } ÁÖ • ã cæ &^Á! [*!æ ÁÚPÓÉÚÁ[Á[Á@Á[~ Á ç!Á
} ^áÁ[Á^] Á^ & !á • ÉÁ

Á
V^] ^• Á -Á & !á • Á [~ Áæ Á æ^Á[Á@Á^] æç ^} Ó! -Á~ { æ Á^!çæ^ • ÁÖPÚÁ[!Á
]![[-Á -Á[~!Á & { ^Áæ^ÍÁ

- Á Q& { ^Áæ^Á^c!} Á Á cæ^Áæ áÁ^á!æ!Á
- Á Ô@& Áč à^Á!Á[] á • Á -Á[] dæ• Á ã@æ { ^} Ó & @ á^ |Á
- Á Š^á^! • Áæ áÁ[[\ \ ^ ^] á * Á^ & !á • LÁ
- Á Ôæ^ } áæ • Á ã@æ] ^ • Á -Á^!çæ^ Á! [çæ^áÁæ áÁæ [~] • Áç!^á!Á
- Á Ú![[-Á -Á^æ^ ÉÁ ç!^] áÉÁ[, æ & ÉÁ] æç } • Á!Á ã • Á^ & æ^á!Á
- Á Úæ^ { ^ } Ó! [{ Á! [~] Á!Á ~ á • Á c] æç á * Á [\ Á!æç] • @ É & ~ áá * Á
æ&^ • Á[Á& &] ~ } • ÉÁ

Á
If you do not have proof of your income when you reapply, you will not qualify for food benefits.

U!^* [] Ó! { á ã dæ^ ÁÜ~ | • ÍÁ Í FÉFÍ ÉÍ FÉÁ Í FÉFÍ ÉÍ Í FÁ
Á
GÁ[~ Á@æ^Á~ ^ • ç! } • Áæ [~ Ó@Á [cæ^ ÉÁ Á[~ !Á [\ \ ^!ÉÁ
Á

ÁÁÁÁÁÁ ÁÁÁÁÁÁÁÁÁÁÁÁ
Y [\ \ ^!çÁæ ^Á Ú@]^Á

V@ Á[& { ^ } Ó & Á^Á! [çæ^áÁ] [] Á^ ~ ^ • Ó! Áæç! } æç^Á! [{ æ Á! Áæ ãæ æ Á ã@
áã æãã • ÉÚ@!Á! [{ æ Á æ Á & ^ á^Á (but are not limited to) Áæ^Á! á dÉÓ æ! Éæ áá Á
!^ & !áá * • ÉÝ ^áÉæ^ áÁ & { { ~ } æç } • Áæ áÁ @!Á^ & c [] æÁ! [{ æ ÉÓ(æ!Á
ÚPÓÉÚ[] æ • cæ^ É! É • ÉÁ Á É-ÉÍ Í É Í ÉÁ (voice) Á! Á Á É-ÉÍ Í É Í JÍ Á (TTY) Á
æ!æ * ^Á! Á@ Áæç! } æç^Á! [{ æ Á@Á ç!Á [\ \ Á^ • Ó! Á! [~ ÉÁ