# 增添人員事實聲明表

*(申請糧食券及求取現金補助附表)*

**聲明：** 請填寫這份表格告訴我們你家中新來的人員。假如你需要更多篇幅來回答問題的話，請另附紙張。對你所請求福利的各項問題都須填寫回答。 列在每一項問題左邊代表現金補助的"CA"及代表糧食券的"FS"告訴你，哪些問題是針對哪項計劃的。

**假如你領取現金補助，** 你要為新來人員請求補助，這份表格必須由現在正領取現金補助的成人照看親屬填寫，或者假如這位新來人員不是孩子，則由新來人員填寫。

**對糧食券家庭，** 如不領取現金補助或者不需要為新來人員請求現金補助的話，這份表格可以由家庭人員，授權代表或新來人員填妥。

*請用墨水筆正楷填寫*

**郡政府專欄**

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

| VERIFIED: | YES | NO |
|---|---|---|
| SSN | | |
| FS ID | | |
| Blind/Deaf/Disabled | | |
| Residency | | |
| DFA 285-C Comp. | | |
| Referred to Cal-Learn | | |
| CW 25 Completed | | |
| CW 25 A Completed | | |
| Referred to WTW | | |
| Citizen | | |
| Eligible Non-citizen | | |
| Sponsored | | |
| SAVE | | |

Date of Entry to U.S._____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

CA FS ① 填寫表格人姓名（名，中間名，姓）

CA FS ② 列出家中新來人員，包括新生兒。

| 人名 (名 中間名 姓) | | 公民／非公民身份(✓) ☐ 美國公民／國民<br>☐ 非公民：受擔保 ☐ 是 ☐ 否 | |
|---|---|---|---|
| 社會保險號碼<br>- - | 出生日期<br>- - | 懷孕<br>☐ 是 ☐ 否 | 他／她是父母嗎？<br>☐ 是 ☐ 否 |
| 出生地點（市/州/國家） | 性別(✓)<br>☐ 男 ☐ 女 | 學歷(✓)<br>☐ 有中學畢業文憑<br>☐ 有一般教育發展（GED）<br>☐ 目前在上學<br>☐ 不在上學（請說明）： | |
| 婚姻狀況<br>☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 分居<br>☐ 離婚 ☐ 事實形成的婚姻 ☐ 寡居 | 瞎眼／耳聾／殘障<br>☐ 是 ☐ 否 | | |
| 是否和申請者／照看者／戶主有親屬關係？<br>假如"是"的話，請說明關係： ☐ 是 ☐ 否 | | 用過的任何其他姓名，列於下面：<br>（娘家姓名，被收養的姓名等） | |

CA FS ③ 他／她在過去曾否申請或領取福利，如：現金補助，糧食券，無家可歸補助，加州醫藥補助計劃（Medi-Cal），難民現金補助？ ☐是 ☐ 否

假如"是"的話，請說明：

| 何時 | 何處（郡，州，或國家） | 福利類型 |
|---|---|---|
| | | |

CA ④ 他／她是 19 歲以下的孩子嗎？假如"是"的話，請填寫下列： ☐ 是 ☐ 否

| 母親姓名<br>(✔) 住在家中 | 父親姓名<br>(✔) 住在家中 | 另外那位家長不住家中的原因 | 孩子需要補助是因為家長的<br>(對所有適用的格子作記號) |
|---|---|---|---|
| | | | ☐ 不在家<br>☐ 失業<br>☐ 沒有工作能力<br>☐ 死亡 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | ☐ 是<br>☐ 否 | | |

VERIFIED: Deprivation ☐ YES ☐ NO

CA FS ⑤ 他／她曾否在美國軍隊服役，或者是曾在軍隊服役人的配偶，家長或孩子？ ☐ 是 ☐ 否

假如"是"的話，請說明：

| 請列出姓名，服役部門等 | 光榮退伍<br>☐ 是 ☐ 否 |
|---|---|

CW 5 ☐ YES ☐ NO

Date Initiated _____

CA ⑥ 他／她現在是否住在加州並且打算繼續住在這裡？ ☐ 是 ☐ 否

假如"否"的話，請說明：

| | | 郡政府專欄 |
|---|---|---|
| CA FS ⑦ A. 他／她是住在家中的寄養孩子（們）嗎？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses: Child: ☐ CalWORKs ☐ FC CR: ☐ CalWORKs ☐ None |
| FS B. 你需要把寄養孩子**以及**他們的寄養照看收入包括在糧食券案件中嗎？ | ☐ 是 ☐ 否 | |
| CA FS ⑧ A. 他／她是16 歲或超過16 歲並在學校，大學或訓練計劃登記上課嗎？<br>假如"是"的話，請填寫下列： | ☐ 是 ☐ 否 | VERIFIED:<br>School Enrollment ☐ Yes ☐ No<br>FS Eligible Student ☐ Yes ☐ No |

| 學校／大學／訓練計劃名稱 | 學分／時數<br>每週 | 預期畢業日期 | 在工作嗎？ |
|---|---|---|---|
| 假如登記上課，對以下狀況劃(✔)<br>☐ 全時間 ☐ 半時間<br>☐ 其他（請指明）： | | | ☐ 是<br>☐ 否 |

CA FS B. 假如他／她登記上大學或者參加類似的教育機構，請填寫下列。

| 學期 | 每學期學費／費用 | 書籍，設備等，每學期 |
|---|---|---|
| ☐ 半學年<br>☐ 年度<br>☐ 季度 | $ | $ |
| 每天去學校／托兒照看的來回路程（哩數） | 每週上課天數 | 使用的交通工具 |
| 每週交通費用<br>$ | 合乘車人支付的金額<br>$ | 公共交通（巴士等）每天<br>$ |

VERIFIED:
Expenses ☐ Yes ☐ No
Financial Aid ☐ Yes ☐ No

CA FS ⑨ 他／她是否有一段時期或永遠被停止現金補助或糧食券因為：在品質管理審核時不合作，工作或訓練制裁，或者由於福利欺詐或蓄意觸犯福利計劃條例？假如"是"的話，請填寫下列： ☐ 是 ☐ 否

| 為何 | 何時 | 什麼郡／州 |
|---|---|---|
| | | |

CA FS ⑩ **這家是否有任何成員躲避或逃脫法律以逃避重罪審判，被捕或判決後被囚禁，或者違犯假釋或緩刑的規定？** 假如〞是〞的話，這人的姓名是： ☐ 是 ☐ 否

CA FS ⑪ 這家有任何成員因擁有，使用，或販賣管制藥品被判跟毒品有關的重罪嗎？ ☐ 是 ☐ 否
領取現金補助的，呈報在98年1月1日或之後的判決的實情；至於領糧食券的，呈報在96年8月22日之後的所犯的罪和判決的實情。假如〞是〞的話，請填下列項目：

| 被判決人士姓名 | 判決日期 | 罪案發生日期 |
|---|---|---|
| | | |

FS ⑫ 他／她和家中其他人分開買食物和準備餐食嗎？ ☐ 是 ☐ 否 — Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS ⑬ 他／她是否是60歲或超過60歲，並且因為殘障不能夠分開買食物和準備餐食？ ☐ 是 ☐ 否 — Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS ⑭ 他／她支付你餐費和／或房費嗎？ ☐ 是 ☐ 否

| 請劃 (✔) | 多少錢 | 多久一次 | 每天餐數 |
|---|---|---|---|
| ☐ 餐食 ☐ 房間 ☐ 兩者 | $ | | |

Household Elects

| BOARDER | HH MEMBER | ROOMER |
|---|---|---|
| | | |

FS ⑮ 他／她從下列任何計劃中得到食物嗎？ ☐ 是 ☐ 否

- 老人或殘障者的公共膳食所
- 由美洲土著保留處辦理的糧食分配計劃
- 其他糧食計劃

假如"是"的話，請填寫下列：

計劃名稱：

郡政府專欄

CA FS ⑯ 他／她現在是否在工作或預期在未來兩個月中工作？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列。請附上薪金存根或其他收入證明。
（註：假如自己是僱主的話，請在另一頁紙上列出業務花銷並和這份表格附在一起）。

| 僱主姓名 | 自己是僱主 ☐是 ☐否 | 職業 | 每月工作的天數／時數 |
|---|---|---|---|
| 發薪日期 | 扣除前的工資 $ 每 | 小費或傭金 ☐ 是， 金額 $ ☐ 否 | |

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ FS Adult
☐ FS Child

FS S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA FS ⑰ A. 他／她是否付錢請人照看孩子，殘障成人，或其他眷屬， ☐ 是 ☐ 否
使他／她能參加工作或訓練或尋找工作？
假如"是"的話，請填寫下列：

| 得到照看人姓名 | 提供照看人姓名 | 每月支付金額 $ |
|---|---|---|
| 得到照看人姓名 | 提供照看人姓名 | 每月支付金額 $ |

Child Care Informing Given to Client:

| Trustline Informing (CCP 2) | Health & Safety Certification (CCP 5) |
|---|---|
| ☐ Yes ☐ No | ☐ Yes ☐ No |

Dependent Care Eligible

| CA | FS |
|---|---|
| ☐ Yes ☐ No | ☐ Yes ☐ No |

CA FS B. 他／她是否得到代他們支付的托兒照顧費？ ☐ 是 ☐ 否
包括由親戚或朋友，教育處，學生補助金，補助分發款，加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn)，過度期托兒照顧(TCC)，非GAIN教育和訓練計劃(NET)，引至工作的福利計畫(WTW)，增補托兒照顧計劃(SCC)，加州選擇性補助計劃(CAAP)等。假如"是"的話，請填寫下列：

| 孩子姓名 | 誰支付 | 每月支付金額 $ |
|---|---|---|
| 孩子姓名 | 誰支付 | 每月支付金額 |

CA FS ⑱ 他／她在過去這60天中曾否停止或者拒絕工作或訓練？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 僱主／訓練計劃的名稱和地址 | 這人在本月得到過或預期得到工資或福利金嗎？假如"是"的話，請填寫下列： ☐ 是 ☐ 否 | |
|---|---|---|
| | 上次收到薪金（日期） | 扣除前金額 $ |
| | 預期收到薪金（日期） | 扣除前金額 $ |
| 工作／訓練的時數<br>上個月_____<br>這個月_____ | 工作／訓練的最後一天 | 小費或傭金 ☐ 是，金額 $ ☐ 否 |
| | 離職／離開訓練的原因 | |

| | YES | NO |
|---|---|---|
| Emp. Statement | | |
| Good Cause Determ | | |
| Voluntary Quit | | |

☐ CA: 30 days

☐ FS: 60 days

CA FS ⑲ 他／她在罷工嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 僱主／訓練計劃的名稱和地址 | 工會名稱 |
|---|---|
| | 進行罷工日期 |
| | 罷工前在此工作得到的每月總收入 $ |

Striker Regs Apply

| CA | FS |
|---|---|
| ☐ Yes ☐ No | ☐ Yes ☐ No |

CA FS ⑳ 他／她支付子女或配偶撫養費嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 子女或配偶姓名 | 每月金額 $ | 法庭判決 ☐ 是 ☐ 否 |
|---|---|---|

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered
$

CA FS ㉑ 他／她在過去這12個月中曾否申請或領取任何其他的福利，如：社會保險金，失業金／殘障保險金，現金補助，子女／配偶撫養費，退役軍人福利，免費住房，免費水電雜費等？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 福利類型 | 金額 | 申請日期 | 哪裡（郡／州） | 上次收到日期 | 多久一次（每週，每月等） | 預期開始和停止日期 | (✓) If Exempt CA | FS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | | | | | 開始：<br>停止： | | |

CA FS (22) 他／她是否在任何地方，包括美國之外的地方，擁有或在購買不動產，如：土地和／或建築物？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 類型（土地，房屋，公寓等） | 使用（住房，出租等） | 地址或地點 | 估計價值 | 所欠金額 |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |

**郡政府專欄**

Home Exempt ☐ Yes ☐ No

Other Real Property

Market Value $_____

Amount Owed $_____

Net Value $_____

Lien Applicable ☐ Yes ☐ No

CA FS (23) A. 他／她有任何下列的資產嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"有"的話，請在每一項項目劃 (✓) 並且在下面加以說明：

| 資產 | 是 | 否 | 資產 | 是 | 否 |
|---|---|---|---|---|---|
| 支票或錢（在家中或其他地方） | | | 信托基金 | | |
| 支票／儲蓄／信用公會帳戶 | | | 股票，債券，證券，個人退休帳戶（IRAs），退休基金 | | |
| 期票，房屋貸款，信托基金，銷售合同 | | | 其他（請列在下面） | | |

| 資產類型 | 擁有者 | 帳戶／保險單號碼 | 銀行的名稱和地址，等等 | 目前價值 | (✓) if Exempt CA | FS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | $ | | |
| | | | | $ | | |

CA FS B. 他／她是否從其他的資產中得到收入，如：利息，股息等？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 金錢來源 | 多少 | 多久一次 |
|---|---|---|
| | $ | |
| | $ | |

CA FS (24) 他／她是否擁有，租賃，或使用任何機動車，如：汽車，卡車，船隻，拖車，客車，活動房屋，非道路用車輛（ATVs），摩托車，Seadoos 牌水上摩托車，水上摩托車等？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 擁有者姓名 若租賃，請劃(✔) | 如何使用 | 年份，廠家，車型 | 執照號碼和登記所在州 | 持執照 (✔) | 估計價值 | 結欠餘額 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ 租賃 | | | | ☐ 是 ☐ 否 | $ | $ |

(✓) If Exempt Leased ☐ Exempt ☐ Leased

Vehicle Valuation

CA FS (25) 他／她是否擁有或使用動產，其價值每一件至少是$100，或者每一件現在至少值$100，如：首飾，設備，器材，牲畜等？請勿列出衣服，結婚戒子，地毯，傢俱，家用電器，或其他家用設備。 ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 擁有者 | 物名 | 購買日期 | 購買價目或目前價值 | 結欠金額 |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately

Net Market Value

$ _____

CA FS (26) 領取現金補助者在過去這2年，對領取糧食券者，過去這3個月內，他／她曾否出售，轉讓或贈送任何不動產或動產？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請在下面說明：

Closed Bank Accounts:
☐ Food Stamps in last 3 months

CA (27) 他／她是否有任何以下的保險額：人壽，喪葬，殘障或房屋貸款？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 保險公司名稱 | 保險單號碼 | 支付保險費者(姓名) | 支付金額 |
|---|---|---|---|
| | | | $ |

Total CSV
(1) _____
(2) _____

Total Countable Property:
Items 22-27
CA $ _____
FS $ _____

CA FS (28) 他／她是否有健康或住院保險，包括由僱主或不在家家長支付的保險，如：Blue Cross, Kaiser, 提供前軍人，軍屬相同服務的健康醫療計劃（CHAMPUS），聯邦醫藥保健計劃(Medicare)等？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 保險公司名稱 | 期滿日期 | 保險費金額 | 多久付一次 |
|---|---|---|---|
| | | $ | |

☐ Health Care Options Explanation Given
Referral _____
NA _____
☐ DHS 6155
☐ DFA 285-C

Medicare Gross Premium
$_____

| | 郡政府專欄 |
|---|---|
| Retro Medi-Cal<br>Requested ☐ Yes ☐ No<br>Approved ☐ Yes ☐ No | |

CA 29 他／她是否在本月或本月前的三個月中接受醫藥治療/懷孕保健? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 接受治療者姓名 | 治療月份 | 是否付了醫療費？ | | 對那些月份需要MEDI-CAL嗎？ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 是 | 否 | 是 | 否 |
| | | | | | |
| | | | | | |

CA 30 他／她是否有從家長，僱主或不在家家長處可以得到的，但未申請的健康保險? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

☐ DHS 6155

| 保險公司名稱 | 保險費金額 | 多久付一次 |
|---|---|---|
| | $ | |
| | $ | |

CA FS 31 他／她是否因受傷或車禍而造成殘障，以致很困難工作或照看自己的一切需要？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，請填寫下列：

| 病狀類型 | 病狀發生日期 | 預期康復日期 |
|---|---|---|
| | | |

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS 32 A. 他／她是否有病況或狀況需要下列的醫療？
請在每一項項目是或否劃 (✓):

| | 是 | 否 | | 是 | 否 |
|---|---|---|---|---|---|
| 特殊飲食-由醫生處方 | | | 高度使用水電雜費 | | |
| 特殊的交通需要 | | | 特殊洗衣服務 | | |
| 特殊的電話或其他裝置 | | | 其他（請說明）： | | |
| 家務（家中無人能做） | | | | | |

假如"是"的話，請說明：

CA Special Need ☐ Yes ☐ No
Amount $_____
VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
FS ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS B. 他／她是否得到家中協助性服務(IHSS)? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"的話，他／她每月付多少錢？ $_____

☐ DFA 285-C

CA 33 你可以得到下列的服務。 為自己或其他家人回答這些問題是不會影響你資格的。
請在每一項項目是或否劃 (✓)。

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____
☐ Referral

| | 是 | 否 |
|---|---|---|
| A. 你可以通過兒童健康和殘障預防計劃 (CHDP)，為你家中21歲以下的合格成員要求得到定期健康檢查，以幫助保護你家人的健康。 | | |
| • 你是否需要有關CHDP服務的更多資料？ | | |
| • 你是否需要CHDP的醫療服務？ | | |
| • 你是否需要CHDP的牙醫服務？ | | |
| • 你是否需要幫助預約時間或需要交通工具去接受CHDP服務？ | | |
| B. 假如你家中有人懷孕，你可以得到幫助尋找醫生，取得健康食品以及其他的幫助。你需要找人談論這類幫助嗎？ | | |
| C. 你家中是否有人給孩子餵奶？ | | |
| 假如"是"的話，孩子是否在過去這12個月之內出生的？ | | |
| 假如33 B 或 C, 你的回答是"是"的話，你可能合格接受由婦女，嬰孩，兒童 (WIC) 補充營養品計劃所提供的服務。 | | |
| D. 你或任何家人需要免費或收費低的家庭計劃服務嗎？ | | |
| 假如"是"的話，請打電話給你的健康保健計劃或你固定看病的醫生。<br>或者，若要知道保密性家庭計劃門診部的情況和地點，請打免費電話 1-800-942-1054 。 | | |

☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding
☐ Postpartum
☐ WIC referral
☐ Family Planning Information Given
☐ Referred Date _____

# 證明

**我瞭解：**

- 我填寫的任何資料，包括福利和收入的資料，會被拿來跟當地的，州和聯邦的記錄諸如雇主，社會安全局，稅收，福利以及失業服務機構，學校出席記錄，等等相對照。而現金補助和糧食券計畫，這些記錄會跟執法機構核對是否有逮捕令。
- 我填寫的所有資料，包括福利和收入的資料，可以被郡，州，和聯邦政府的工作人員審閱及查核，並且如果我填下錯誤的資料，我的現金補助，糧食券，和 Medi-Cal 會被拒絕或停止。
- 我的案件可能會被抽到覆查以確保我的資格審核正確無誤，並且在郡，州，和聯邦政府的工作人員調查或審查時，包括品質管制審核，我必須和他們全力合作。
- 郡政府將把資料送交移民歸化局(INS)，核實移民身份，郡政府從 INS 得到的資料會影響我領取現金補助，糧食券，和全Medi-Cal的資格。但是郡政府不會將資料送交 INS，如果我僅僅申請 Medi-Cal **並且**我不是 (a) 合法的永久居留外國人(LPR)，(b) 得大赦的外國人持有效還沒有過期的I-688，(c) 根據法律制訂的特殊條例(PRUCOL)居留於美國的外國人。
- 我必須申請並保留任何可得到的健康保險假如不牽涉費用的話；我若不這樣做，我的 Medi-Cal 就會被拒絕或停止。
- 我或其他家庭成員會被要求償還任何我不該領取的現金補助。
- 領糧食券家庭，任何領糧食券家庭的成人成員（甚至他／她搬出去之後），非公民家庭的贊助者或合格機構居民的授權代表可能被要求償還任何這個家庭不該領取的福利。
- 我家庭中的任何成員躲避或逃脫法律以避開重罪審判，判決之後的被捕或囚禁，或觸犯了假釋或緩刑規定，都不能領現金補助或糧食券。
- 任何人在1996年8月22日之後，因擁有，使用，或販賣管制藥品而犯了並且被判為跟毒品有關的罪，就不能領糧食券，或者如果宣判是在1998年1月1日或那之後，就不能領現金補助。
- 關於現金補助和糧食券，郡政府會要求我和某些家庭成員打手指紋印及照像。若是我們不合作，所有的福利會被拒絕或停止。

**我也瞭解：**

我會被去除資格和／或被處以詐取福利的懲罰假如我故意提供錯誤的資料或不報告所有影響我領取現金補助，糧食券或Medi-Cal的資格或福利的資料或情況。

**現金補助：**

- 假如我故意不遵守現金補助的規則，我可以被處高達$10,000的罰金和／或坐牢／監獄三年。並且我的現金補助可以被停止：
  - 不呈報所有的事實或提供錯誤的資料：初犯六個月，第二次十二個月，或第三次永遠停止；至於難民現金補助，初犯者三個月，任何以後的違犯是六個月。
  - 填交一份或多於一份的申請表以同時領取多於一個案件的補助：初次被判兩年，第二次四年，或第三次永遠停止。
  - 被宣判為拿取補助的重大竊盜：竊取金額在$2,000以下兩年；竊取金額在$2,000到$4,999.99五年；金額在$5,000或更多的永遠停止。
  - 提供郡政府錯誤的居所證據好同時從兩個或更多的郡或州拿到補助；提供郡政府不合格的孩童或不存在的孩童的錯誤證據；以詐騙拿到多於$10,000的現金福利；在法庭或州行政聽證第三次被判詐欺：永遠停止。

**糧食券：**

- 假如我故意不遵守糧食券規則，我的糧食券會停止12個月若是初犯，24個月若是第二次，第三次就永遠停止。並且我可能被罰款高達$250,000和/或送監/牢20年。
- 假如任何法庭判我有罪，因為：
  - 我售賣或交易糧食券以得到武器，軍火，或爆炸物，我的糧食券可以在第一次違犯就永久被停止。
  - 我售賣或交易糧食券以得到管制藥物，第一次違犯我的糧食券可以被停止24個月，第二次違犯就永久被停止。
  - 我售賣或交易糧食券價值$500或更多，我的糧食券可以永久被停止。
  - 我同時填交兩份或多於兩份的糧食券申請表並且提供郡政府假的身份證明或居所資料，我的糧食券可以被停止十年。

**我在願意承受美國及加州法律對偽證作懲罰下聲明，在這份事實聲明中所有的資料正確無誤並且是全面的。**

簽名（家長或看護親屬，Medi-Cal申請人，糧食券家庭成人成員或授權代表）

| 簽名 (假如申請現金補助，住在家中的另一位家長) | 日期 | 作記號證人，翻譯員或申請者／受惠人的代表簽名 | 日期 |
|---|---|---|---|
| | | | |