اظهاریه اطلاعات شخصی

این فرم برای مأمور تعیین مشمولیت طراحی شده تا در طول مصاحبه رو در رو با متقاضی پر شود. با این وجود، در موقعیت های خاص ممکن است توسط متقاضی پر شود، از قبیل تصدیق دوباره خانوار کوپن غذایی ویا تقاضا از طریق پست.

A. آیا همه افراد در خانوار شهروند ایالات متحده می باشند؟ ☐ بله ☐ خیر (اگر بله، به E بروید)

متقاضیان لازم نیست که اطلاعات ویا اسنادی را در رابطه با وضعیت مهاجرتی برای اعضای خانواده فراهم کنند که به خاطر وضعیت مهاجرتی واجد شرایط نیستند و برای مزایا درخواست نمی کنند.

اسم فرد:	ضمانت شده؟	هر فردی در خانوار شما برای چند سال در ایالات متحده بوده است؟	در طی آن سالها، شما، همسرتان و/یا والدین شما (قبل از سن 18 سالگی) برای چند سال از طریق کار کردن در ایالات متحده درآمد داشتید؟	برای چند سال، شما، همسرتان و/یا والدین شما (قبل از سن 18 سالگی) در حالیکه در ایالات متحده زندگی می کردید در ایالات متحده ویا برای یك شرکت مربوط به ایالات متحده کار می کرده اید؟
.1	☐ بله ☐ خیر			
.2	☐ بله ☐ خیر			
.3	☐ بله ☐ خیر			
.4	☐ بله ☐ خیر			
.5	☐ بله ☐ خیر			
.6	☐ بله ☐ خیر			
.7	☐ بله ☐ خیر			
.8	☐ بله ☐ خیر			
.9	☐ بله ☐ خیر			
.10	☐ بله ☐ خیر			

B. آیا فرد غیرشهروندی در خانه هست که در ارتش ایالات متحده مشغول انجام وظیفه، یك سرباز بازنشسته ویا همسر ویا کودك وابسته شخصی باشد که مشغول انجام خوظیفه بوده ویا یك سرباز بازنشسته باشد؟ اگر بله، توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم فرد:	شعبه خدمت:	تاریخ خدمت:

C. آیا فردی در خانه یك فرد غیرشهروند خشونت دیده است؟ ☐ بله ☐ خیر

D. آیا فردی حداقل 40 ربع سال ویا 10 سال تجربه کاری در ایالات متحده آمریکا دارد؟ اگر بله، اسم (های) آنها را در زیر ذکر کنید: ☐ بله ☐ خیر

اسم فرد (افرادی) که حداقل 40 ربع سال کار کرده اند:

فقط برای استفاده بخشداری

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert
☐ Residency verified
☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified
☐ Received food stamps
Where? _____
When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified
☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?
☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified
☐ Own Quarters
☐ Spouse's Quarters
☐ Spouses' Combined Quarters
☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO
Person #:_____

اظهاریه اطلاعات شخصی

E. آیا فردی در خانه 60 سال ویا بیشتر سن دارد و قادر به خرید و تهیه غذا نیست؟ آیا فردی در خانه هست که نابینا، ناشنوا، معلول ویا حامله باشد؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم	توضیح دهید	اسم	توضیح دهید

F. آیا فردی در یکی از انواع تسهیلات زیر زندگی می کند ویا در یك برنامه غذایی شرکت می کند که شامل انهایی می شود که در زیر ذکر شده اند؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

- پناهگاه بی خانمان ها
- پناهگاه زنان خشونت دیده
- منطقه آمریکایی های بومی
- مرکز توانبخشی معتادان به مواد مخدر/الکل
- مسکن سوبسید شده فدرال
- تسهیلات غذاخوری عمومی برای اشخاص مسن / معلول
- ترتیبات زندگی گروهی برای افراد نابینا/معلول
- برنامه توزیع غذا
- اماکن تأدیبی/موسسات کیفری
- بیمارستان روان درمانی
- موسسات روانی

اسم	اسم مرکز/پناهگاه/برنامه غذایی/غیره	تاریخ ورود	تاریخی که انتظار می رود ترك کند

G. آیا به فردی وجهی پرداخت می کنید ویا فردی برای غذا و/یا اتاق به شما وجهی پرداخت می کند؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم فردی که هزینه غذا/خوراك را پرداخت می کند	اسم فردی که غذا/خوراك را تأمین می کند	تیك بزنید: √ ☐ خوراك ☐ اتاق ☐ هر دو	چقدر؟	چند وقت یکبار؟	تعداد وعده های غذایی در روز؟

H. آیا هیچیك از اعضای خانوار شما برای اجتناب یك مجازات کیفری، بازداشت ویا حبس بعد از محکومیت ویا تخلف از آزادی مشروط ویا التزامی در حال فرار از قانون هستند؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم	توضیح دهید	اسم	توضیح دهید

I. از 22 اوت 1996، آیا شما ویا یکی از اعضاء خانوار شما برای جرمی که مربوط به مواد مخدر می شود محکوم شده است؟
☐ بله ☐ خیر (اگر خیر، به سوال K بروید)

اگر بله: _____ اسم _____ تاریخ محکومیت

آیا محکومیت برای یکی از موارد زیر بود:

- حمل و نقل، واردات به ایالت، فروش، فراهم کردن، اداره و مدیریت، ارائه مجانی، کسب کردن برای فروش، خریداری به منظورات فروش، تولید ویا فرایند مواد اولیه به منظور تولید یك ماده کنترل شده ویا کشت، برداشت ویا فرایند ماری جوانا. ☐ بله ☐ خیر
- تشویق، وادار کردن، وسوسه ویا تهدید یك شخص صغیر به شرکت در هریك از فعالیت های فوق. ☐ بله ☐ خیر

J.آیا شما:

a)یك برنامه مداوای اعتیاد به مواد مخدر که از طرف دولت تأیید شده را تکمیل کرده اید . ☐ بله ☐ خیر

b)در یك برنامه مداوا که از طرف دولت تأیید شده شرکت کرده اید . ☐ بله ☐ خیر

b)در یك برنامه مداوا که از طرف دولت تأیید شده ثبت نام کرده اید . ☐ بله ☐ خیر

d)در فهرست انتظار برای یك برنامه مداوای اعتیاد به مواد مخدر که از طرف دولت تأیید شده قرار گرفته اید . ☐ بله ☐ خیر

e)استفاده از مواد کنترل شده را ترك کرده اید و مدرکی دارید که نشان بدهد ترك کرده اید. ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: _____

فقط برای استفاده بخشداری

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Fellony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

اظهاریه اطلاعات شخصی

K. آیا مزایای کوپن غذایی به خاطر مجازات در رابطه با کار یا کارآموزی ویا قصور در برآورده کردن شرایط کار بزرگسالان سالم و توانا که وابسته ای ندارند (ABAWD) ویا برای تخلف در یك برنامه بین المللی ویا تقلب در برنامه رفاه برای شخصی متوقف شده است؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

اسم	چه تخلفی؟	چرا؟	چه موقع؟	برای چه مدت؟	کدام شهرستان/ایالت؟

L. آیا شخصی که 16 سال ویا بیشتر سن دارد مشغول تحصیل در مدرسه، کالج ویا برنامه کارآموزی است؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

اسم فرد	اسم مدرسه			
		☐ تمام وقت ☐ نیم وقت ☐ دیگر	تعداد واحدها در سمستر/ترم	کار می کند؟ ☐ بله ☐ خیر تعداد ساعات: _____
اسم فرد	اسم مدرسه	☐ تمام وقت ☐ نیم وقت ☐ دیگر	تعداد واحدها در سمستر/ترم	کار می کند؟ ☐ بله ☐ خیر تعداد ساعات: _____

M. آیا شخصی در 60 روز گذشته دست از کار کشید/کار ویا کارآموزی را قبول نکرد؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا شخصی در حال اعتصاب است؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر بله، در زیر توضیح دهید:

اسم فرد	در حال اعتصاب از کار دست کشید/ممانعت کرد	آخرین روزی که کار کرد	آخرین روزی که حقوق گرفت
اسم/نشانی کارفرما/کارآموزی		اگر از کار/کارآموزی دست کشید ویا ممانعت کرد، توضیح دهید.	

N. آیا شخصی دارایی حقیقی ویا شخصی را در ظرف 3 ماه گذشته فروخته، مصرف کرده ویا به طور مجانی ارائه کرده از قبیل یك خانه، حساب بانکی، پول از یك تسویه حساب قانونی ویا حادثه ویا چیز دیگري؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

اسم	توضیح دهید

0. آیا شخصی در هر کجا صاحب مستغلاتی می باشد ویا آنرا خریداری می کند (در داخل و خارج ایالات متحده)؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

نوع	نشانی محل	مورد استفاده: ☐ خانه ☐ اجاره	دارنده:	ارزش تخمینی: مقداری که مقروض است:
نوع	نشانی محل	مورد استفاده: ☐ خانه ☐ اجاره	دارنده:	ارزش تخمینی: مقداری که مقروض است:

فقط برای استفاده بخشداری

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

اظهاریه اطلاعات شخصی

P. آیا هیچ شخصی که شامل کودکان می شود، هر یك از منابع مالی که در زیر می آید را دارد؟ اگر بله، لطفاً در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

- پول نقد ویا چك
- صندوق بازنشستگی
- قراردادهای فروش
- سهام، اوراق قرضه، گواهی پس انداز
- رهن
- حساب های بازار پول
- حساب امانی
- حساب بانك تعاونی
- پرداخت پاداش عقب افتاده به کارمند
- حساب جاری ویا پس انداز
- طرح های IRA ویا Keogh
- حقوق استخراج نفت ویا مواد معدنی
- دیگر

نوع منبع مالی	دارنده	ارزش کنونی	مقداری که مقروض است (اگر وجود دارد)	اسم و نشانی بانك/سازمان	شماره حساب

Q. آیا هیچ شخصی که شامل کودکان می شود، از منابعی که در زیر ذکر شده وجهی دریافت می کند ویا انتظار دارد که دریافت کند؟

☐ بله ☐ خیر

- کمك نقدی (CalWORKs، کمك به پناهندگان، CAPI، کمك/امداد عمومی، TANF قبیله ای)
- مزایای ایالتی (مزایای بیمه بیکاری ویا معلولیت)
- وجوه پرداختی به سربازان بازنشسته (معلولیت، آموزش، امداد و حضوریابی و غیره)
- مزایای تأمین اجتماعی ویا SSI/SSP
- هیئت مدیره بازنشستگی در راه آهن (معلولیت ویا بازنشستگی)
- معلویت، بازنشستگی، بازماندگان دیگر
- حمایت از کودك/همسر
- کمك هزینه، وام و/یا بورسیه تحصیلي
- وجوه پرداختی سرانه
- بردها (بینگو، بخت آزمایی، جوائز و غیره)
- مزایای اعتصاب
- سهمیه های کارآموزی
- دیگر

اسم	منبع مالی	چقدر؟	چند وقت یکبار؟

R. آیا شخصی در خانه که شامل کودکان می شود، کار می کند ویا انتظار دارد که در ظرف دو ماه آینده کار کند؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

اسم	کارفرما/نشاني	تعداد ساعات در ماه که کار می کند	درآمد خالص ماهانه

S. آیا شخصی برای مراقبت از یك کودك ویا بزرگسال معلول وجهی پرداخت می کند تا بتواند به سر کار، کارآموزی، مدرسه برود ویا دنبال کار بگردد؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید:

☐ بله ☐ خیر

اسم فرد (افرادی) که مراقبت دریافت می کند	اسم فردی که می پردازد	چقدر؟	چند وقت یکبار؟
		$	
		$	

فقط برای استفاده بخشداری

Total Value = _____

SSI pending ☐ YES ☐ NO

Interim Assistance ☐ YES ☐ NO

GA ☐ YES ☐ NO

CAPI ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

☐ Self -employed?

☐ Actual ☐ 40%

Is the caretaker a household member?

☐ YES ☐ NO

اظهاریه اطلاعات شخصی

فقط برای استفاده بخشداری

T. آیا فرد دیگری همه ویا بخشی از مخارج مراقبت از کودك را می پردازد؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم فردی که می پردازد	چه مقداری می پردازد؟
	_____ $ در هر _____

U. آیا فردی در خانه حمایت از کودك می پردازد؟ اگر بله، در زیر توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

اسم فردی که می پردازد	اسم کودك (کودکانی) که حمایت از کودك دریافت می کنند	مقدار پرداخت شده در ماه	به حکم دادگاه؟
		$	☐ بله ☐ خیر
		$	☐ بله ☐ خیر

V. آیا شما ویا فردی که در خانه زندگی می کند مخارج مسکونی دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

	اسم	هزینه کل	مقداری که می پردازید	مقداری که خانواده ویا اعضاء دیگر خانوار می پردازند	چند وقت یکبار مطالبه می شود
وجوه پرداختی برای اجاره ویا مسکن		$	$	$	
مالیات و بیمه مسکن (اگر جداست)		$	$	$	
گاز، برق ویا سوخت دیگری که برای گرم ویا سرد کردن استفاده می شود		$	$	$	
آب، فاضلاب، زباله		$	$	$	
تلفن		$	$	$	
مخارج دیگر		$	$	$	

W. می توانید به فرد دیگری در خانوار خود ویا به شخصی در خارج خانوار خود اختیار دهید تا کوپن های غذایی شما را دریافت کند. **اگر می خواهید به شخص دیگری اختیار دهید، قسمت زیر را پر کنید:**

اسم نماینده مجاز	نشانی نماینده مجاز	شماره تلفن

X. آیا علاقمند به دریافت اطلاعات ویا مراجعه برای پوشش پزشکی هستید؟ (Medi-Cal ویا خانواده های سالم)؟ ☐ بله ☐ خیر

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Utility Allowance?
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA

اظهاریه اطلاعات شخصی

گواهی نامه

- اینجانب سوالات در این فرم را درك می کنم.
- اینجانب توجه دارم که هرگونه اطلاعاتی که ارائه می کنم که شامل اطلاعات در مورد مزایا و درآمد می شود، با پرونده های محلی، ایالتی و فدرال از قبیل کارفرماها، اداره تأمین اجتماعی، مالیات، رفاه و سازمان های اشتغال و غیره مقایسه می شود.
- اینجانب توجه داردم که بخشداری اطلاعات را برای تأیید وضعیت غیرشهروندی به خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده(USCIS) و اداره تأمین اجتماعی خواهد فرستاد تا اطلاعات ربع سال کاری برای اشخاص غیرشهروندی که برای مزایای کوپن غذایی درخواست می کنند کنترل شود.
- اینجانب توجه دارم که اطلاعاتی که بخشداری از USCIS و/یا تأمین اجتماعی دریافت می کنند ممکن است بر روی واجد شرایط بودن من برای مزایای کوپن غذایی تأثیر بگذارد.
- اینجانب توجه دارم اطلاعاتی که شامل اطلاعات مزایا و درآمد می شود که در این فرم ارائه کرده ام مشمول تحقیق و مرور توسط کادر اداری بخشداری، ایالت و فدرال خواهد شد و اگر اطلاعات نادرستی را ارائه کنم مزایای کوپن غذایی من ممکن است رد شده ویا متوقف شود.
- اینجانب از حقوق و مسئولیت های خود (DFA 285 A3) آگاهی داشته و قبول می کنم که از مسئولیت هایم پیروی کنم.
- اینجانب از مجازات هایی آگاهی دارم که شامل مجازات های محرومیت خاص برای مزایای کوپن غذایی می شود که برای ارائه اطلاعات ناکامل، قصور در گزارش اطلاعات ویا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واجد شرایط بودن ویا مزایایم برای مزایای کوپن غذایی تأثیر بگذارد در DFA 285 A3 توضیح داده شده است.
- اینجانب توجه دارم خانوار کوپن غذایی، هر عضو بزرگسال خانوار کوپن غذایی (حتی اگر خانه را ترك کرده است)، ضامن یك عضو غیرشهروند خانوار ویا نماینده مجاز ساکنین در یك موسسه واجد شرایط ممکن است لازم باشد که هرگونه مزایایی که خانوار نبایستی دریافت می کرد را بازپرداخت کنند.
- اینجانب توجه دارم پرونده ام ممکن است برای مرور انتخاب شود تا اطمینان حاصل شود که واجد شرایط بودنم به طور صحیح محاسبه شده و بایستی به طور کامل با کادر اداری بخشداری، ایالت ویا فدرال در تحقیق ویا مرور همکاری کنم که شامل مرور کنترل کیفیت می شود.
- اینجانب توجه دارم هر عضو خانوار که برای اجتناب از یك مجازات کیفری، بازداشت ویا حبس بعد از محکومیت ویا تخلف از آزادی به قید الزام ویا مشروط در حال اجتناب ویا گریختن از قانون است نمی تواند کوپن غذا دریافت کند.
- اینجانب توجه دارم که هر شخصی که از 22 اوت 1996 برای یك تخلف مربوط به مواد مخدر در رابطه با تولید، فروش ویا توزیع مواد کنترل شده ویا هر فعالیتی در رابطه با این اقدامات غیرقانونی ویا کشت، برداشت ویا فرایند ماری جوانا ویا درگیر کردن یك فرد صغیر در فعالیت های فوق محکوم شده باشد، نمی تواند مزایای کوپن غذایی دریافت کند.

اینجانب توجه دارم که اگر بخشداری این فرم را براساس پاسخ های من پر کرده باشد، اینجانب اطلاعات را مرور کرده و قبول می کنم که به طور صحیح وارد شده اند. اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این اظهاریه اطلاعات شخصی آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

امضاء (عضو بزرگسال خانوار ویا نماینده مجاز)	تاریخ
امضاء شاهد ویا مترجم	تاریخ
امضاء مأمور تعیین مشمولیت	تاریخ