WORK PAYS IN SO MANY WAYS

بيان الوقائع للحصول على الإعانة المالية، كوبونات الطعام وبرنامج خدمات الرعاية الطبية تحت إدارة MEDI-CAL والولاية (CMSP).

- أجب على كافة الأسئلة المتعلقة بالمنفعة/المنافع التي تطلبها. أجب على كافة الأسئلة باستعمال قلم حبر. تدلك المختصرات «CA» المشير إلى المبلغ النقدي و «FS» المشير إلى كوبونات الطعام و Medi-Cal/34-County CMSP المبينة على يسار كل سؤال على الأسئلة المتعلقة بكل برنامج.
- قدم أي إثباتات (مثل فواتير، إيصالات وسجلات) لدعم إجاباتك. أعلم الموظف المسئول عن قضيتك إن احتجت للمساعدة في تكملة هذا النموذج. إذا احتجت لمجال أوسع للإجابة على الأسئلة، رجاء إرفاق صفحة ورق أخرى.
- إذا كنت تطلب كوبونات طعام ولم تكن عضو بالغ في الأسرة، عليك تزويد تفويض خطي موقع من قبل رأس الأسرة أو عضو بالغ آخر.

لاستعمال الكاونتي فقط

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

1 A. الشخص المتقدم بالطلب، أو قريب يتولى رعاية طفل/أطفال الذي يتم طلب الإعانة من أجله/أجلهم. CA FS MC

الاسم:

رقم المنزل ( )

عنوان المنزل (الرقم والشارع)

العنوان البريدي (إذا اختلف عن عنوان المنزل)

رقم الهاتف أثناء النهار ( )

المدينة الولاية الرمز البريدي

المدينة الولاية الرمز البريدي

FS هل أنت شخص مشرد؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، هل تقيم مؤقتاً في منزل شخص آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، أذكر تاريخ بدء الإقامة في هذا المنزل:

2 أذكر كافة الحقائق عن كل شخص بالغ مقيم في المنزل.

(A) CA FS MC

اسم الشخص البالغ (الأول، الوسط، العائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✓) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ لا يحمل جنسية مكفول ☐ نعم ☐ لا

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل/الأطفال

تاريخ الولادة (شهر يوم سنة) رقم الضمان الاجتماعي

الجنس (✓) ☐ ذكر ☐ أنثى

ضرير، أصم أو معوق ☐ نعم ☐ لا

حامل ☐ نعم ☐ لا

مكان الولادة المدينة الولاية الدولة

نوع المساعدة المطلوبة (✓) ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ لا شيء ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

الوضع العائلي (✓) ☐ متزوج ☐ غير متزوج سابقا ☐ منفصل ☐ مطلق ☐ متزوج بالاتفاق ☐ أرمل

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK	FS	ABAWD

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

(B) CA FS MC

اسم الشخص البالغ (الأول، الوسط، العائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✓) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ لا يحمل جنسية مكفول ☐ نعم ☐ لا

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل/الأطفال

تاريخ الولادة (شهر يوم سنة) رقم الضمان الاجتماعي

الجنس (✓) ☐ ذكر ☐ أنثى

ضرير، أصم أو معوق ☐ نعم ☐ لا

حامل ☐ نعم ☐ لا

مكان الولادة المدينة الولاية الدولة

نوع المساعدة المطلوبة (✓) ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ لا شيء ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

الوضع العائلي (✓) ☐ متزوج ☐ غير متزوج سابقا ☐ منفصل ☐ مطلق ☐ متزوج بالاتفاق ☐ أرمل

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK	FS	ABAWD

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

(C) CA FS MC

اسم الشخص البالغ (الأول، الوسط، العائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✓) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ لا يحمل جنسية مكفول ☐ نعم ☐ لا

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل/الأطفال

تاريخ الولادة (شهر يوم سنة) رقم الضمان الاجتماعي

الجنس (✓) ☐ ذكر ☐ أنثى

ضرير، أصم أو معوق ☐ نعم ☐ لا

حامل ☐ نعم ☐ لا

مكان الولادة المدينة الولاية الدولة

نوع المساعدة المطلوبة (✓) ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ لا شيء ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

الوضع العائلي (✓) ☐ متزوج ☐ غير متزوج سابقا ☐ منفصل ☐ مطلق ☐ متزوج بالاتفاق ☐ أرمل

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK	FS	ABAWD

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

Alien Reg. # D.O.E.

لاستعمال الكاونتي فقط

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)

Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

لاستعمال الكاونتي فقط

3 **قم بتزويد كافة الحقائق عن كل طفل مقيم في المنزل، طفل موجود خارج المنزل لفترة وجيزة، أو طفل تشمله لغرض احتساب الضريبة بأنه شخص تعيله. إذا كنت حامل، يرجى ذكر زطفل غير مولودس واذكري التاريخ المتوقع للولادة.**

CA FS MC (A) اسم الطفل (أول، وسط، عائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✔) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ بدون جنسية: مكفول ☐ نعم ☐ لا

رقم الضمان الاجتماعي — الجنس (✔) ☐ ذكر ☐ أنثى — تاريخ الولادة أو التاريخ المتوقع للولادة (شهر، يوم، سنة) — عمر الطفل

مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة) — حامل ☐ نعم ☐ لا — هل حصلت على التطعيم اللازم حتى الوقت الحاضر؟ ☐ نعم ☐ لا — ضرير، أصم أو معوق؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يداوم هذا الطفل حاليا في المدرسة؟ (✔) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نهم، ما هو اسم المدرسة:

نوع الإعانة المطلوبة ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ Medi-Cal ☐ لا شيء — اسم الأم

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل — هل يعيش الطفل في منزلك الآن؟ ☐ نعم ☐ لا — اسم الأب

يحتاج الطفل للإعانة بسبب وضع ولي الأمور (أشر (✔) أدناه): متوفي | معاق | متغيب | عاطل عن العمل

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) اسم الطفل (أول، وسط، عائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✔) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ بدون جنسية: مكفول ☐ نعم ☐ لا

رقم الضمان الاجتماعي — الجنس (✔) ☐ ذكر ☐ أنثى — تاريخ الولادة أو التاريخ المتوقع للولادة (شهر، يوم، سنة) — عمر الطفل

مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة) — حامل ☐ نعم ☐ لا — هل حصلت على التطعيم اللازم حتى الوقت الحاضر؟ ☐ نعم ☐ لا — ضرير، أصم أو معوق؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يداوم هذا الطفل حاليا في المدرسة؟ (✔) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نهم، ما هو اسم المدرسة:

نوع الإعانة المطلوبة ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ Medi-Cal ☐ لا شيء — اسم الأم

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل — هل يعيش الطفل في منزلك الآن؟ ☐ نعم ☐ لا — اسم الأب

يحتاج الطفل للإعانة بسبب وضع ولي الأمور (أشر (✔) أدناه): متوفي | معاق | متغيب | عاطل عن العمل

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) اسم الطفل (أول، وسط، عائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✔) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ بدون جنسية: مكفول ☐ نعم ☐ لا

رقم الضمان الاجتماعي — الجنس (✔) ☐ ذكر ☐ أنثى — تاريخ الولادة أو التاريخ المتوقع للولادة (شهر، يوم، سنة) — عمر الطفل

مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة) — حامل ☐ نعم ☐ لا — هل حصلت على التطعيم اللازم حتى الوقت الحاضر؟ ☐ نعم ☐ لا — ضرير، أصم أو معوق؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يداوم هذا الطفل حاليا في المدرسة؟ (✔) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نهم، ما هو اسم المدرسة:

نوع الإعانة المطلوبة ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ Medi-Cal ☐ لا شيء — اسم الأم

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل — هل يعيش الطفل في منزلك الآن؟ ☐ نعم ☐ لا — اسم الأب

يحتاج الطفل للإعانة بسبب وضع ولي الأمور (أشر (✔) أدناه): متوفي | معاق | متغيب | عاطل عن العمل

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) اسم الطفل (أول، وسط، عائلة)

وضع مواطن/غير مواطن (✔) ☐ جنسية/مواطن أميركي ☐ بدون جنسية: مكفول ☐ نعم ☐ لا

رقم الضمان الاجتماعي — الجنس (✔) ☐ ذكر ☐ أنثى — تاريخ الولادة أو التاريخ المتوقع للولادة (شهر، يوم، سنة) — عمر الطفل

مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة) — حامل ☐ نعم ☐ لا — هل حصلت على التطعيم اللازم حتى الوقت الحاضر؟ ☐ نعم ☐ لا — ضرير، أصم أو معوق؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يداوم هذا الطفل حاليا في المدرسة؟ (✔) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نهم، ما هو اسم المدرسة:

نوع الإعانة المطلوبة ☐ إعانة مالية ☐ كوبونات طعام ☐ Medi-Cal ☐ لا شيء — اسم الأم

العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقريب الذي يرعى الطفل — هل يعيش الطفل في منزلك الآن؟ ☐ نعم ☐ لا — اسم الأب

يحتاج الطفل للإعانة بسبب وضع ولي الأمور (أشر (✔) أدناه): متوفي | معاق | متغيب | عاطل عن العمل

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

		لاستعمال الكاونتي فقط
CA	4 أذكر اسم أي ولي، / أولياء أمور طفل / أطفال أو طفل غير مولود لا يعيش في المنزل معك.	☐ Verif. on File ☐ MC 13

اسم ولي الأمر	سبب عدم إقامة ولي الأمور في المنزل

CA FS	5 هل غير أي فرد وضع الجنسية / الهجرة خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:	☐ نعم ☐ لا

الاسم	ماذا تغير	التاريخ	رقم الشخص الأجنبي (إن طبق):

CA FS	6 A. هل يعيش طفل بالتنشئة في المنزل؟ إذا كان الجواب «نعم»، من هو:	☐ نعم ☐ لا	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS	B. هل ترغب في شمل طفل التنشئة و دخله في قضية كوبونات الطعام؟	☐ نعم ☐ لا	
CA FS	7 هل استخدم أي فرد اسم آخر في الماضي (الاسم قبل الزواج، اسم بالتبني، الخ.)؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:	☐ نعم ☐ لا	

الاسم	الاسم/الأسماء التي استعملت
الاسم	الاسم/الأسماء التي استعملت

		نعم	لا	
CA MC	8 A. هل يعيش كافة الأفراد في ولاية كاليفورنيا؟ إذا كان الجواب «لا»، رجاء التوضيح:			Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA	B. هل يعتزم الجميع الإقامة في ولاية كاليفورنيا بشكل دائم؟			☐ Property
CA	C. هل يملك أي شخص أو يحتفظ بمنزل خارج ولاية كاليفورنيا؟			☐ PA
CA MC	D. هل يحصل أي شخص حاليا على المساعدة خارج ولاية كاليفورنيا؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:			
CA	E. هل يعتزم أي شخص مغادرة ولاية كاليفورنيا لأكثر من 30 يوماً؟			

MC	9 هل عمرك بين 18 إلى 21 سنة ويتم شملك كعضو معال لأغراض ضريبة الدخل؟ إذا كان الجواب «نعم»، من هو:	☐ نعم	☐ لا	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS	10 A. هل تم إيقاف الإعانة المالية أو كوبونات الطعام لأي شخص بسبب: عدم التعاون خلال مراجعة مراقبة الجودة أو عقوبات العمل أو التدريب، أو بسبب عدم الإيفاء بمتطلبات كوبونات الطعام لشخص قادر على العمل غير معيل (ABAWD) أو لأي سبب آخر؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:	☐ نعم	☐ لا	

الاسم	لماذا	متى	في أي بلد/ولاية

CA FS	B. هل أوقفت لأي شخص في السابق الإعانات المالية أو كوبونات الطعام لفترة من الزمن أو مؤبدا بسبب الغش في برنامج الإنعاش (welfare) أو الخرق المتعمد لبرنامج كوبونات الطعام؟ إذا كان الجواب «نعم» رجاء التوضيح أدناه:	☐ نعم	☐ لا

الاسم	لماذا	متى	في أي بلد/ولاية

FS	11 هل يشتري أي شخص يعيش معك الطعام والوجبات السابقة التحضير بشكل مستقل عن الأشخاص الآخرين في المنزل؟ إذا كان الجواب «نعم»، من هو:	☐ نعم	☐ لا	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS	12 هل أي شخص يعيش معك عمره 60 سنة أو أكبر وغير قادر على شراء الأطعمة والوجبات السابقة التحضير بشكل مستقل عن الأفراد الآخرين بسبب الإعاقة؟ إذا كان الجواب «نعم»، من هو:	☐ نعم	☐ لا	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

لاستعمال الكاونتي فقط

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (13) A. هل تدفع لشخص آخر لوجبات طعام و/أو غرفة؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص الذي تدفع له	أشر (✔) ☐ وجبات ☐ غرفة ☐ كلاهما	المبلغ الذي تدفعه دولار	مواعيد الدفع	عدد الوجبات اليومية

CA FS B. هل تدفع لشخص آخر لوجبات طعام و/أو غرفة؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص الذي تدفع له	أشر (✔) ☐ وجبات ☐ غرفة ☐ كلاهما	المبلغ الذي تدفعه دولار	مواعيد الدفع	عدد الوجبات اليومية

FS (14) هل يحصل أي شخص على الطعام من أي من البرامج التالية؟ ☐ نعم ☐ لا
- منشأة خيرية لتقديم الطعام للعجزة والمعوقين
- برنامج لتوزيع الطعام تحت إدارة الهنود الأمريكيين الأصليين
- برامج أخرى لتقديم الطعام

الاسم	اسم البرنامج	الاسم	اسم البرنامج

CA FS MC (15) A. هل يقيم أي شخص في أي من الأماكن التالية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:
- مأوى، مركز
- الأراضي المخصصة للهنود الأمريكيين الأصليين
- مستشفى للأمراض النفسية أو العقلية
- ترتيبات سكن جماعية للضريرين والمعوقين
- مستشفى أو مأوى عجزة
- سكن مدعوم للعجزة
- مركز لإعادة تأهيل المدمنين على المخدرات والمشروبات الكحولية
- مسكن للإقامة والعناية
- مؤسسة جزائية أو مرفق لإصلاح المسجونين

الاسم	اسم المركز، المأوى، المستشفى، الخ	تاريخ الدخول	تاريخ المغادرة المتوقع

MC B. هل الشخص الموجود في المستشفى أو مأوى العجزة له زوج/زوجة أو أعضاء عائلة آخرين في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

CA (16) أذكر أسم أي طفل عمره بين 6 - 18 سنة لا يداوم على المدرسة بانتظام ووضح لماذا لا يداوم هو/هي على المدرسة بانتظام. ☐ لا يوجد طفل في سن 6 - 18

الاسم	سبب عدم الدوام على المدرسة بانتظام

CA FS MC (17) A. هل هناك أي طفل عمره 14 سنة أو أكبر وملتحق بمدرسة، كلية أو برنامج تدريب؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	العمر	اسم المدرسة/الكلية/برنامج التدريب	وضع الالتحاق (✔) ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ غير ذلك (حدد):	عدد الوحدات الدراسية/ الساعات بالأسبوع / تاريخ التخرج المتوقع	هل يعمل؟ ☐ نعم ☐ لا

CA FS B. أكمل البيانات المطلوبة أدناه لكل ابن/ابنة يدرس في جامعة أو مؤسسة تعليمية مشابهة.

الاسم	المدة (✔) أشر على الوضع ☐ نصف سنة ☐ سنة ☐ فصل	الرسم الدراسي لكل مدة دراسة دولار	كتب، معدات، الخ لكل مدة دراسة دولار

عدد أميال الرحلة ذهابا وإيابا للمدرسة/رعاية الأطفال (الحضانة)	عدد أيام الحضور بالأسبوع	وسيلة المواصلات المستعملة

تكلفة المواصلات أسبوعيا دولار	المبلغ المدفوع أسبوعياً من قبل الشخص المشترك مع مجموعة أفراد في تكلفة وسيلة النقل دولار	أجرة المواصلات العامة (أوتوبيس، الخ) باليوم دولار

CA (18) A. هل أي شخص عمره أقل من 20 سنة أو حامل؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	العمر	أشر (✔) الوضع ☐ حامل ☐ أم/أب في سن المراهقة

الوضع الدراسي، أشر (✔)
☐ حاصل على شهادة الثانوية (هايسكول) ☐ حاصل على شهادة ثقافة عامة (GED) ☐ غير مداوم بانتظام على المدرسة (أوضح):
☐ مداوم حاليا على المدرسة ☐ غير ذلك (أوضح):

CA B. هل حصل أي شخص على علاوة أو غرامة مالية، أو مساعدة لرعاية طفل، مواصلات، إلى غير ذلك من برنامج Cal-Learn؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: ☐ نعم ☐ لا

الاسم	أين (كاونتي)	تاريخ/تواريخ الاستلام

CA FS (19) هل أي فرد مضرب عن العمل حاليا؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص المضرب	اسم وعنوان صاحب العمل/برنامج التدريب
اسم النقابة	
تاريخ بدء إضراب النقابة	الدخل الإجمالي الشهري (بيل الاقتطاعات) المكتسب من هذا العمل قبل الاضراب دولار

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20)	**هل عمل أو يتوقع عمل أي شخص بما فيهم الأطفال، والعمل بدوام جزئي أو العمل من وقت لآخر؟ يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة:** إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:	**نعم**	**لا**
	هل توقف أي شخص عن العمل أو رفض العمل أو التدريب خلال الـ 60 يوما الماضية؟		
	هل يعمل أو يتدرب حاليا أي شخص؟		
	هل يتوقع أي شخص العمل أو التدريب خلال الشهرين المقبلين؟		

إذا كنت تعمل : لحسابك الخاص

لكوبونات الطعام : يرجى سرد كافة مصاريف العمل على صفحة مستقلة.
للإعانات المالية : أشر (✔) على طريقة احتساب نفقات عملك كل شهر:
☐ اقتطاع عادي بنسبة 40٪ ☐ نفقات العمل الفعلية ☐ معدل شهري (نفقات العمل السنوية مقسومة على 12 شهر). إذا كانت **مصاريف فعلية**، عليك سرد كافة مصاريف العمل على صفحة مستقلة.

(A) الاسم CA FS MC	عدد ساعات العمل/التدريب كل شهر الشهر الماضي _____ هذا الشهر _____	اسم وعنوان صاحب العمل

تاريخ (تواريخ) الدفع	هل تعمل لحسابك ☐ نعم ☐ لا	الأجرة قبل الاقتطاع دولار بـ	تاريخ استلام آخر شيك	استلمت أو تتوقع استلام بقشيش أو عمولة ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: المبلغ الذي استلمته _____ دولار المبلغ المتوقع استلامه _____ دولار
سبب ترك العمل/التدريب			آخر يوم عمل/تدريب	
تاريخ استلام الشيك التالي	المبلغ المتوقع قبل الاقتطاع دولار	نوع العمل		

(B) الاسم CA FS MC	عدد ساعات العمل/التدريب كل شهر الشهر الماضي _____ هذا الشهر _____	اسم وعنوان صاحب العمل

تاريخ (تواريخ) الدفع	هل تعمل لحسابك ☐ نعم ☐ لا	الأجرة قبل الاقتطاع دولار بـ	تاريخ استلام آخر شيك	استلمت أو تتوقع استلام بقشيش أو عمولة ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: المبلغ الذي استلمته _____ دولار المبلغ المتوقع استلامه _____ دولار
سبب ترك العمل/التدريب			آخر يوم عمل/تدريب	
تاريخ استلام الشيك التالي	المبلغ المتوقع قبل الاقتطاع دولار	نوع العمل		

CA FS MC (21) **A. هل يدفع أي شخص لأحد لرعاية طفل أو شخص بالغ معاق أو شخص معال حتى يتسنى له / لها الذهاب للعمل أو التدريب أو البحث عن عمل؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى التكملة والتأشير (✔) أدناه بالنسبة للعمل أو التدريب.

من يحصل على الرعاية	من يدفع	من يقوم بالرعاية	☐ العمل ☐ التدريب	المبلغ المدفوع/مواعيد الدفع دولار كل
من يحصل على الرعاية	من يدفع	من يقوم بالرعاية	☐ العمل ☐ التدريب	المبلغ المدفوع/مواعيد الدفع دولار كل

CA FS MC **B. هل يقوم أي شخص آخر بدفع تكاليف رعاية طفلك كليا أو جزئيا؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**
قم بشمل التكاليف التي يدفعها قريب أو صديق غير مقيم في المنزل أو إدارة التعليم أو المنح الجماعية، الخ. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى التكملة أدناه:

اسم الطفل	من يدفع	المبلغ الشهري المدفوع دولار	هل هناك شخص آخر يدفع	المبلغ الشهري المدفوع دولار
اسم الطفل	من يدفع	المبلغ الشهري المدفوع دولار	هل هناك شخص آخر يدفع	المبلغ الشهري المدفوع دولار

FS MC (22) **هل يدفع أي شخص مساندة مالية لطفل أو زوج/زوجة؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

من يدفع	لمن	المبلغ الشهري دولار

CA FS MC (23) **هل قام أي شخص، بما فيه الأطفال، بالتقدم بطلب أو حصل على منافع تأمين بطالة عن العمل أو إعاقة خلال الـ 12 شهر الماضية أو يتوقع الحصول على هذه المنافع في المستقبل؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	تاريخ التقدم بالطلب	في أي (كاونتي/ولاية)	تاريخ آخر منفعة تم استلامها
الاسم	تاريخ التقدم بالطلب	في أي (كاونتي/ولاية)	تاريخ آخر منفعة تم استلامها

CA (24) **هل استلم أي شخص دفعة مؤقتة لاجتياز حالة طارئة أو خدمات غير مالية من أي كاونتي أو ولاية أخرى؟** إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: ☐ **نعم** ☐ **لا**

الاسم	في أي كاونتي/ولاية	المبلغ الذي تم استلامه دولار	اسرد الخدمات التي حصلت عليها	التكلفة التقديرية لهذه الخدمات دولار	تاريخ استلامها

لاستعمال الكاونتي فقط

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for:
☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days
☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care?
☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

CA FS (25) **هل عمل أي من أولياء الأمر المقيمين في المنزل أو اشترك في التدريب خلال الأشهر الـ 24 السابقة؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب زنعم، رجاء تكملة البيانات أدناه:

- أذكر كافة الأعمال التي قام بها ولي الأمور داخل أو خارج الولايات المتحدة.
- أذكر كافة الأعمال التي قام بها ولي الأمور للحصول على أي شيء آخر عوضا عن المال، مثل الإيجار أو الطعام أو المنافع العامة أو أي شيء آخر.
- أبدأ بذكر أحدث عمل أو تدريب قام به كل فرد.

A. الاسم

هل هو/هي من الهنود الأمريكيين الأصليين؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء ذكر اسم القبيلة:

اسم وعنوان صاحب العمل أو برنامج التدريب يرجى التأشير (✓) لاختيار العمل أو التدريب.	تاريخ الاستخدام الشهر اليوم السنة من إلى	المبلغ المدفوع	اسم وعنوان صاحب العمل أو برنامج التدريب يرجى التأشير (✓) لاختيار العمل أو التدريب.	تاريخ الاستخدام الشهر اليوم السنة من إلى	المبلغ المدفوع
.1 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.4 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً
.2 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.5 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً
.3 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.6 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً

B. الاسم

هل هو/هي من الهنود الأمريكيين الأصليين؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء ذكر اسم القبيلة:

اسم وعنوان صاحب العمل أو برنامج التدريب يرجى التأشير (✓) لاختيار العمل أو التدريب.	تاريخ الاستخدام الشهر اليوم السنة من إلى	المبلغ المدفوع	اسم وعنوان صاحب العمل أو برنامج التدريب يرجى التأشير (✓) لاختيار العمل أو التدريب.	تاريخ الاستخدام الشهر اليوم السنة من إلى	المبلغ المدفوع
.1 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.4 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً
.2 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.5 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً
.3 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً	.6 ☐ العمل ☐ التدريب	من إلى	دولار ☐ أسبوعياً ☐ شهرياً

FS (26) **هل كافة أعضاء الأسرة الحاصلين على كوبونات الطعام مواطنين أمريكيين (ولايات متحدة)؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «لا»، يرجى تكملة البيانات أدناه لكل عضو في الأسرة يحصل على كوبونات طعام **وليس مواطن أمريكي (ولايات متحدة)**.

اسم كل شخص لا يحمل الجنسية الأمريكية	A. ما هو عدد سنوات إقامة هذا الشخص أو زوجته، و/أو أولياء أمره (قبل أن يصل لعمر 18 سنة) في الولايات المتحدة؟	B. أثناء إقامته في الولايات المتحدة ما هو عدد السنوات، كما تم ذكره في العمود A، التي كسب فيها هذا الشخص أو زوجته، و/أو أولياء أموره (قبل أن يصل لعمر 18 سنة) دخلا عن طريق العمل في الولايات المتحدة؟	C. أثناء إقامته خارج الولايات المتحدة، ما هو إجمالي عدد سنوات عمل هذا الشخص أو زوجته، و/أو أولياء أموره (قبل أن يصل لعمر 18 سنة) في الولايات المتحدة؟
.1			
.2			
.3			
.4			

CA FS MC (27) **هل خدم أي شخص في القوات العسكرية أو هل هو/هي زوج، أو ولي أومر أو ابن شخص خدم في القوات العسكرية؟** إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: ☐ نعم ☐ لا

الاسم	مواطن أميركي	(✔) الوضع	إنهاء الخدمة بدرجة امتياز	فرع الخدمة	تاريخ الخدمة
	☐ نعم ☐ لا	☐ خدمة حالية في القوات العسكرية/محارب قديم ☐ زوجة، ولي أمور أو طفل يخدم حاليا في القوات العسكرية/محارب قديم	☐ نعم ☐ لا		
	☐ نعم ☐ لا	☐ خدمة حالية في القوات العسكرية/محارب قديم ☐ زوجة، ولي أمور أو طفل يخدم حاليا في القوات العسكرية/محارب قديم	☐ نعم ☐ لا		

لاستعمال الكاونتي فقط

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

لاستعمال الكاونتي فقط

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: ____________
Earnings from ________ *to* ________

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CW 5*

FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

لاستعمال الكاونتي فقط

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

28 CA FS MC A. هل يتوقع أي فرد، بما فيهم الأطفال، الحصول على المال من أي من المصادر المدرجة أدناه؟

يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة:

	نعم	لا		نعم	لا
العمل أثناء الدراسة، قانون المشاركة والتدريب على العمل Welfare-to-Work أو غيرها من البرامج.			دخل دراسي للمحاربين القدماء (VA)		
علاوات التدريب الأخرى			مساعدات ودوام للمحاربين القدماء (VA)		
منح ثقافية، قروض، و/أو منح دراسية			دخل إعاقة أو تكميلي من الضمان الاجتماعي/دفعات تكميلية من الولاية (SSI/SSP)		
إعانات /CalWORKsمالية من ولاية أخرى			دفعات إعاقة للمحاربين القدماء (VA)		
مساعدة لاجئين (RCA)			دفعات إعاقة لعمال سكة الحديد		
برنامج الإعانة المالية للمهاجرين (CAPI)			دخل تقاعد آخر من الحكومة الفدرالية أو الولاية أو الوكالات الحكومية المحلية.		
GA/GR (المساعدة/الإنعاش العام)			غير ذلك من إعانات الإعاقة أو الإجازات المرضية غير الحكومية		
تعويضات العمال			تقاعد الضمان الاجتماعي أو دفعات الباقين على قيد الحياة		
دعم أو إعانات مالية لطفل/زوجة لدفع فواتير طبية أو أقساط تأمين			تقاعد عمال سكة الحديد		
منافع إضراب عن العمل			دخل إعاقة آخر من الحكومة الفدرالية أو الولاية أو الوكالات الحكومية المحلية		
قروض، هدايا، تبرعات			دخل تقاعد آخر من مصادر غير حكومية		
تسويات قانونية أو تأمين/بانتظار قرار المحكمة			دفعات لكل شخص		
بيع سندات، عقود، سندات ائتمان، سندات كمبيالات			أرباح (مقامرة، يانصيب، بنجو، جوائز، الخ)		
مخصصات أو تعويضات عسكرية			غير ذلك (أوضح)		

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	المصدر	(المبلغ المحصل قبل الاقتطاعات)	متى	عدد المرات
		دولار		
		دولار		

(✔) if exempt

CA	FS	MC

B. CA FS MC هل يتوقع أي شخص تغيير في المبلغ المحصل حاليا، مثل علاوة غلاء المعيشة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	ماذا	المبلغ	متى
		دولار	

29 CA FS MC هل يحصل أي شخص على السكن أو إيجار أو طعام أو ثياب مجانا مقابل العمل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، يرجى التكملة والتأشير (✔) أدناه في حالة الحصول على منافع مجانية مقابل العمل:

المواد المحصلة	مجانا	مقابل العمل	من يقدم المادة ومن يحصل على	القيمة	من يقدم المادة
سكن أو إيجار				دولار	
منافع عامة				دولار	
طعام				دولار	
ثياب				دولار	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

30 CA FS MC A. هل يملك أي شخص أو سيشتري أي عقار مثل أرض و / أو مباني في أي مكان كان، بما في ذلك خارج الولايات المتحدة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه: أذكر الأراضي أو المساكن التي يشترك فيها بصك الملكية

نوع العقار (أرض، كوندومنيوم، شقة، منزل)	كيف تستخدم هذا الملك؟ أشر (✔)	نعم	لا	صاحب/أصحاب الملك	العنوان أو الموقع	المبلغ المدين به	دخل الإيجار
	أقيم فيه					دولار	دولار
معروض للبيع	ملك إيجار						
☐ نعم ☐ لا	غير ذلك (أوضح):						
نوع العقار (أرض، كوندومنيوم، شقة، منزل)	كيف تستخدم هذا الملك؟ أشر (✔)	نعم	لا	صاحب/أصحاب الملك	العنوان أو الموقع	المبلغ المدين به	دخل الإيجار
	أقيم فيه					دولار	دولار
معروض للبيع	ملك إيجار						
☐ نعم ☐ لا	غير ذلك (أوضح):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

B. CA MC هل يملك أي شخص منزلاً لا يقيم فيه حاليا، إنما يأمل العودة أليه في يوم من الأيام؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

صاحب الملك / العقار	عنوان العقار	تاريخ العودة المتوقع (إذا كان معلوما)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____

لاستعمال الكاونتي فقط

☐ Trust Fund/Not Court Ordered

☐ Court Petitioned
Date _____

☐ Resource Verified:
Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____

☐ Revocable

☐ Irrevocable

☐ Designated Fund
and Current Value
$_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **A.** (31) **هل يملك أي فرد، بما فيهم الأطفال، أي من الموارد الشخصية أو المتعلقة بالمصالح التجارية المدرجة أدناه؟**

يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة:
أذكر كافة الموارد المملوكة، أو المستعملة، أو المتحكم بها، أو المشارك بها أو المملوكة بالتضامن مع أي شخص/أشخاص (حتى إذا كان ذلك لغرض الاستفادة فقط). ستقرر الكاونتي فيما إذا كانت هذه الموارد ستحتسب أم لا.

	نعم	لا		نعم	لا
النقد (المتوفر في اليد أو مكان آخر)			حسابات ائتمان (فيما إذا كانت أو لم تكن متوفرة للصرف)		
الشيكات غير المصروفة (المتوفرة في اليد أو مكان آخر)			سندات، قروض شراء مسكن، سندات ملكية، عقود بيع، الخ.		
حسابات الادخار – بأسماء الأطفال والبالغين			برامج تقاعد IRA أو Keogh، الخ.		
الحسابات المصرفية الجارية – فيما إذا كانت مستعملة أو غير مستعملة			حسابات تقاعد متوفرة إذا توقفت عن العمل (مثل PERS، الخ)		
حسابات اتحادات تسليف			برامج تعويضات موظفين مؤجلة		
الأسهم، السندات، شهادات الإيداع، حسابات سوق العملة، الخ.			تأمين حياة أو معاشات تقاعد		
حقوق بترول أو تعدين أو معادن			منفعة عقارية مدى الحياة في أي عقار		
حسابات أو عقود ائتمان للدفن، تأمين، حسابات/أموال مخصصة للدفن أو لشراء قطعة أرض في المقبرة، أو لشراء تابوت دفن أو غيرها من مواد الدفن			تأمين رعاية صحية طويل المدى		
			رصيد مالي قبل اقتطاع الضرائب من الشهر السابق		
ضريبة دخل مردودة			غير ذلك (أوضح):		

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

المورد	متعلق بالمصلحة التجارية	صاحب المورد	رقم الحساب/البوليصة	اسم وعنوان البنك، الخ	القيمة الحالية
	☐ نعم ☐ لا				دولار
	☐ نعم ☐ لا				دولار
	☐ نعم ☐ لا				دولار

CA FS MC **B.** **هل يحصل أي شخص أو يتوقع الحصول على أي مال من أي من الموارد أعلاه، مثل الفائدة أو أرباح، الخ؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

الاسم	مصدر المال	المبلغ	عدد المرات	متعلق بالمصلحة التجارية
		دولار		☐ نعم ☐ لا
		دولار		☐ نعم ☐ لا

MC (32) **هل هناك أي حجز مسجل أ هل وقعت على اتفاقية ضمان مع أي طبيب أو عيادة أو مستشفى ضد أي عقار تمتلكه بنفسك او من قبل عضو في أسرتك أستعمل كضمان للحصول على خدمات رعاية صحية؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

مبلغ الحجز أو الضمان	نوع العقار وموقعه	تاريخ ونوع الرعاية الصحية التي حصلت أو ستحصل عليها	اسم مزود الخدمات
دولار			
دولار			

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO

Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

MC (33) **A.** **هل يملك أي شخص ممتلكات شخصية مثل:** ☐ نعم ☐ لا

- قوارب بدون محرك، قفص تخييم، مقطورة بدون محرك.
- أسلحة نارية، أدوات، أو أدوات صيد الخ.
- حيوانات أليفة منزلية أو مواشي للاستعمال الشخصي.
- مجوهرات، أعمال فنية، قطع من الطراز القديم، مجموعات ذات قيمة، آلات تصوير، آلات موسيقية (بيانو، جيتار، مكبرات صوت، الخ).

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: لا تشمل خواتم الزواج أو الخطوبة أو قطع منقولة بالأرث. أذكر المجوهرات التي تزيد قيمتها عن 100 دولار والقطع المنزلية أو المواد الشخصية التي تزيد قيمة كل قطعة منها عن 500 دولار.

المادة	معروضة للبيع	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبلغ المدين به	المادة	معروضة للبيع	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبلغ المدين به
	☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار		☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار
	☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار		☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار

☐ Owned Jointly

☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program

☐ Insignificant Value for 1931(b)

☐ Listed for sale
(Specify):

MC **B.** **هل يملك أي شخص ممتلكات مصلحة تجارية بما فيها أدوات أو موجودات و مواد أو معدات عمل أو مواشي، إلخ؟** أذكر أي مادة مملوكة أو مشارك بها بالتضامن مع أي شخص/أشخاص آخرين. إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: ☐ نعم ☐ لا

المادة	معروضة للبيع	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبلغ المدين به	المادة	معروضة للبيع	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبلغ المدين به
	☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار		☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار
	☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار		☐ نعم ☐ لا	دولار	دولار

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)

CA $ _____

FS $ _____

MC $ _____

☐ Listed for sale
(Specify):

34 CA MC

هل قام أي فرد ببيع أو صرف أو تحويل أو وهب أي ممتلكات عقارية مثل منزل أو أرض، أو ممتلكات شخصية مثل المال والسيارات والحسابات المصرفية، أو مبلغ من تسوية من دعوى قانونية أو تأمين نتيجة لحادث أو أي شيء آخر؟ (أسرد أي عقار تم بيعه أو المتاجرة به خلال الأشهر الـ 12 الماضية للحصول على إعانة مالية، كوبونات طعام لمدة 3 أشهر وخلال مدة 2.5 سنة (30 شهر) للحصول على Medi-Cal)

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أين ومتى:

☐ نعم ☐ لا

35 CA FS MC

هل يملك أي شخص أو استعمل في الماضي أو اسمه موجود على بطاقة تسجيل أي عربة، مثل: سيارة، دراجة نارية، دراجة ثلج آلية، قارب مجهز بمحرك، الخ، حتى إذا كانت متعطلة.

إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه. راجع بطاقة التسجيل للحصول على المعلومات الصحيحة عن كل عربة:

☐ نعم ☐ لا

	عربة (١)	عربة (٢)	عربة (٣)
صاحب العربة			
اسم الشخص الذي يستعمل العربة			
سنة/ اسم المنتج/طراز			
رقم الرخصة			
القيمة التقديرية	دولار	دولار	دولار
الرصيد المتبقي المدين به	دولار	دولار	دولار
مرخص	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
مستأجر	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا

كيف تستخدم هذه العربة؟ يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة.	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
كمكان إقامة						
للذهاب للعمل أو التدريب أو للبحث عن عمل						
لاستعمالها في عملك الخاص أو للدعم الذاتي الاستعمال في المصلحة التجارية						
لازمة لعضو الأسرة المعاق						
لتأمين الوقود والماء للأسرة						
للاستجمام فقط.						

لاستعمال الكاونتي فقط

Transfer of Assets:
- ☐ CA in last 12 months
- ☐ FS in last 3 months
- ☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
- ☐ Adequate Consideration
- ☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
- ☐ Verifications viewed
- ☐ Leased vehicle: ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
- ☐ Pickle Program: Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____$_____

(2) Date:_____$_____

(3) Date:_____$_____

لاستعمال الكاونتي - سيارات

CASH AID	VEHICLE (1)	VEHICLE (2)	VEHICLE (3)
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

لاستعمال الكاونتي فقط

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

CA FS (36) **A. هل لدى أي شخص تكاليف سكن؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

تكاليف سكن	الكلفة الإجمالية	كم تدفع	كم يدفع أفراد العائلة الآخرين؟	مواعيد الدفع
إيجار	دولار	دولار	دولار	
دفعة (قرض) المنزل	دولار	دولار	دولار	
ضريبة العقار (إذا لم تكن مشمولة في دفعة المنزل)	دولار	دولار	دولار	
تأمين (إذا لم تكن مشمولة في دفعة المنزل)	دولار	دولار	دولار	
غير ذلك (أوضح)	دولار	دولار	دولار	

CA FS **B. هل يقوم أي شخص آخر بدفع تكاليف المنزل كليا أو جزئيا؟ قم بشمل قريب أو صديق لا يقيم في المنزل أو أي برامج إعانة لدفع الإيجار مثل القسم 8 ,HUD، الخ.** ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

نوع تكاليف المنزل	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع	ما هو المبلغ المدفوع كل مرة	كل كم فترة تستلم فاتورة الدفع
		دولار	
		دولار	

FS (37) **A. هل لدى أي شخص تكاليف منافع عامة؟** ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

تكاليف منافع عامة	الكلفة الإجمالية	كم تدفع	كم يدفع أفراد العائلة/الأسرة الآخرين؟	كل كم فترة تستلم فاتورة الدفع
غاز أو وقود آخر	دولار	دولار	دولار	
كهرباء أو وقود آخر	دولار	دولار	دولار	
هل يستعمل الغاز أو الكهرباء أو الوقود الآخر لتدفئة أو تبريد المنزل؟	☐ نعم ☐ لا			
ماء	دولار	دولار	دولار	
مجاري تصريف	دولار	دولار	دولار	
قمامة أو نفايات	دولار	دولار	دولار	
هاتف (الرسم الأساسي لجهاز واحد مع الضريبة)	دولار	دولار	دولار	
تركيب منافع عامة	دولار	دولار	دولار	
غير ذلك (أوضح)	دولار	دولار	دولار	

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Metered: ☐ YES ☐ NO

Client elects
☐ Actual
If Actual, Total Utilities
$_____

Utility allowance - prorated
☐ SUA ☐ YES ☐ NO
☐ LUA ☐ YES ☐ NO
☐ TUA ☐ YES ☐ NO

FS **B. هل يقوم أي شخص آخر بدفع تكاليف المنافع العامة كليا أو جزئيا؟ قم بشمل قريب أو صديق لا يقيم في المنزل أو أي برامج إعانة لدفع تكاليف الطاقة، الخ.** ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

نوع تكاليف المنافع العامة	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع	ما هو المبلغ الذي يدفعه كل شخص	كل كم فترة تستلم فاتورة الدفع
		دولار	
		دولار	

FS (38) **يمكنك تفويض شخصا آخر في منزلك أو شخصاً آخر من خارج منزلك لاستعمال كوبونات طعامك لشراء طعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص آخر، يرجى تكملة البيانات أدناه:**

اسم الممثل المفوض	العنوان	رقم الهاتف
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

لاستعمال الكاونتي فقط

Retroactive Application
- ☐ Retro Only
- ☐ Retro and Cont.
- ☐ MC 210A

---

39 CA MC

هل حصل أي شخص على المعالجة الطبية / الحمل هذا الشهر أو خلال الأشهر الثلاث السابقة لهذا الشهر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص الحاصل على الرعاية	عدد أشهر الرعاية	الدفعات المسددة للحصول على الرعاية		هل تريد MEDI-CAL عن تلك الأشهر؟	
		نعم	لا	نعم	لا

---

40 CA FS MC

هل لدى أي شخص تغطية MEDICARE؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص المشمول في التغطية	رقم مطالبة MEDICARE	(✔) كيف يتم دفع القسط الشهري			
		لأجل	الاقتطاع من الشيك	مدفوع من الحساب الخاص	غير ذلك
		الجزء A			
		الجزء B			
		الجزء A			
		الجزء B			

- ☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
- ☐ QMB
- ☐ SLMB/QI
- ☐ QDWI

---

41 CA MC

هل يملك أي شخص تأمين صحي، صحة أسنان، معالجة في المستشفى، أو رعاية طويلة الأجل أو برامج تأمين صحي مثل Kaiser، Blue Cross، CHAMPUS، الخ؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

شركة التأمين	الشخص المؤمن	تاريخ انتهاء مدة البوليصة	مبلغ القسط	كل كم مدة يتم الدفع
			دولار	
			دولار	

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO

- ☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

---

42 CA MC

هل لدى أي شخص أي تأمين صحي من ولي الأمور، صاحب العمل، أو ولي الأمور المتغيب لم يتم التقدم بطلب إليها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

شركة التأمين	الشخص الذي سيتم تأمينه	مبلغ القسط	كل كم مدة يتم الدفع
		دولار	
		دولار	

- ☐ DHS 6155

---

43 CA MC

هل يتوقع انتهاء تأمين أي شخص أو هل انتهت مدة التأمين خلال الـ 60 يوم الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

شركة التأمين	الشخص المؤمن	تاريخ انتهاء مدة البوليصة	مبلغ القسط	كل كم مدة يتم الدفع
			دولار	
			دولار	

- ☐ DHS 6155

---

44 CA MC

هل لدى أي شخص أي إعاقة بسبب إصابة أو حادث يجعل من الصعب عليه العمل أو العناية بنفسه؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص	نوع المشكلة	تاريخ بدء المشكلة	تاريخ الشفاء المتوقع

- ☐ Third Party Liability

---

45 CA FS

A. هل يعاني أي شخص من وضع أو أوضاع طبية تتطلب أي من التالي؟

يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة.

	نعم	لا		نعم	لا
حمية غذائية خاصة وصفها الطبيب			استهلاك عالي جدا للمنافع العامة		
حاجة خاصة للتنقل			خدمات خاصة لغسل الملابس		
هاتف أو معدات خاصة أخرى			غير ذلك (أوضح):		
خدمات تنظيف المنزل (لا أحد يمكنه القيام بها)					

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

CA FS MC

B. هل هناك طفل أو شخص معاق في المنزل يتطلب الرعاية من عضو آخر في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:

CA MC

C. هل أي شخص معاق يعمل ولديه نفقات طبية (مقعد بعجلات، الخ) يحتاج إليها لكي يستطيع العمل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:

اسم الشخص	نوع النفقات	المبلغ
		دولار
		دولار

- ☐ Receipts
- ☐ MC 272 ☐ MC 273
- ☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA FS

D. هل يحصل أي شخص على خدمات مساندة في البيت (IHSS)؟ إذا كان الجواب «نعم»، من يحصل على الخدمة: _____ كم تدفع كل شهر؟ _____ دولار ☐ نعم ☐ لا

لاستعمال الكاونتي فقط	YES	NO
Special Need Verified		
Eligible for Special Need		

CA 46 **هل ترغب الأسرة بالتقدم بطلب الحصول على دفعة حاجة خاصة لأجل السكن أو مواد منزلية مفقودة أو متضررة بسبب ظروف مفاجئة وغير عادية / مثل زلزال أو حريق أو طوفان؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

CA FS 47 **هل أي من أفراد العائلة يتجنب أو يتهرب من القانون لتحاشي المقاضاة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإدانة أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط.** إذا كان الجواب «نعم»، يرجى ذكر اسم الشخص: ☐ نعم ☐ لا

CA FS 48 **هل أدنت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بسبب جناية تتعلق بالمخدرات؟ إذا كان الجواب لا، انتقل للسؤال 49.** ☐ نعم ☐ لا

FS convictions after 8/22/96
CW convictions after 1/1/98

إذا كان الجواب نعم، ما اسمه: _____ تاريخ صدور الحكم بالإدانة: _____.

هل كان الحكم لأي سبب من الأسباب التالية:

- نقل أو الاستيراد إلى الولاية أو بيع أو توفير أو إدارة أو منح أو التداول للبيع أو الشراء لأجل البيع أو تصنيع أو معالجة مواد تشكل منها مواد أخرى بقصد تصنيع مادة مخدرة ممنوعة أو زراعة أو حصد المرهوانة المخدرة؟ ☐ نعم ☐ لا
- تشجيع أو حث أو استجداء أو إرغام شخص قاصر بالتهديد للمساهمة في أي من النشاطات أعلاه. ☐ نعم ☐ لا

Qualifying Drug Felon?
☐ Yes ☐ No

هل أنت أو أحد أفراد عائلتك:

a) أكملت برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا

b) اشتركت في برنامج معالجة معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا

c) التحقت ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا

d) وضعت في لائحة انتظار للالتحاق ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا

e) توقفت عن استعمال مخدرات ممنوعة ولديك ما يثبت بأنك توقفت فعلا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، رجاء التوضيح: _____

Meets felony conditions of eligibility?
☐ Yes ☐ No

CA MC 49 **تتوفر الخدمات التالية. إجابتك على هذه الأسئلة لن يؤثر على أهليتك. يرجى التأشير (✔) بـ «نعم» أو «لا» على كل مادة.**

	نعم	لا	
A. مراجعات دورية للمساعدة في حماية صحة عائلتك متوفرة عند الطلب عن طريق برنامج صحة الأطفال ومنع الإعاقة (CHDP) للأعضاء المؤهلين من عائلتك تحت سن 21. • هل ترغب في الحصول على معلومات عن خدمات CHDP؟ ..... • هل تريد الحصول على خدمات CHDP الطبية؟ ..... • هل تريد الحصول على خدمات CHDP لصحة الأسنان؟ ..... • هل تحتاج للمساعدة في تحديد موعد أو لتأمين المواصلات للحصول على خدمات CHDP؟			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ CHDP Referral ☐ Social Services Referral (MCO)
B. هل ترغب في الحصول على معلومات عن خدمات التطعيم؟			☐ Referred for Immuniz.
C. إذا كان أحد أفراد العائلة حامل، يمكنك الحصول على المساعدة لإيجاد طبيب أو الحصول على الأطعمة المغذية وغيرها من أنواع المساعدة. هل تريد التكلم مع شخص بخصوص هذه المساعدات؟			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. هل هناك أي مرضعة لطفل؟ ..... إذا كان الجواب «نعم»، هل حصلت الولادة خلال الـ 12 شهرا الماضية؟ ..... إذا أشرت بـ «نعم» على السؤال 49 C أو D، قد تكون مؤهلا للحصول على الخدمات التي يوفرها برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والمواليد الجدد والأطفال (WIC).			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral
E. هل ترغب أنت أو أي عضو في العائلة في الحصول على خدمات تخطيط عائلي بتكلفة منخفضة أو مجانا للمساعدة في التخطيط لمنع الحمل غير المخطط له و/أو إنجاب طفل ثاني. إذا كان الجواب «نعم»، اتصل بمؤسسة تأمينك الصحي أو طبيبك العادي. أو، للحصول على الوقائع ومواقع عيادات التخطيط العائلي المحتفظة بخصوصية المعلومات، اتصل بالرقم المجاني 1-800-942-1054.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

شـهادة

إني أفهم أن:

- أي وقائع أدلي بها بما فيها وقائع المنافع والدخل سوف يتم مقارنتها مع السجلات المحلية والتابعة للولاية والفدرالية مثل أصحاب العمل، إدارة الضمان الاجتماعي، وكالات الضرائب والإنعاش والبطالة وسجلات الحضور في المدارس، الخ. ولكل إعانة بشكل مبلغ نقدي أو كوبونات طعام سيتم مقارنة السجلات مع وكالات الأمن للتحقق من مذكرات القبض.
- كافة الوقائع التي أدلي بها، بما فيها وقائع المنافع والدخل، يمكن مراجعتها وتدقيقها من قبل موظفي الكاونتي والولاية والحكومة الفدرالية وإذا أدليت بأي وقائع خاطئة قد يتم رفض أو إيقاف المساعدات المالية المقدمة لي بشكل مبالغ نقدية أو كوبونات طعام أو تأمين Medi-Cal.
- قد يتم اختيار قضيتي للمراجعة لضمان تحديد أهليتي لشكل صحيح وعلي أن أتعاون كليا مع موظفي الكاونتي أو الولاية أو الحكومة الفدرالية في أي تحقيق أو مراجعة يقومون بها، بما في ذلك مراجعة مراقبة الجودة.
- ستقوم الكاونتي بإرسال الوقائع لوكالة خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS) (سابقا INS) للتحقق من وضعية الهجرة وإن الوقائع التي ستحصل عليها الكاونتي من وكالة الهجرة والجنسية (USCIS) قد تؤثر على أهليتي للحصول على الإعانة النقدية أو كوبونات الطعام أو تأمين Medi-Cal الكامل. أما إذا كنت أتقدم بطلب للحصول على تأمين Medi-Cal فقط، وإذا لم أكن (a) مقيم أجنبي دائم بشكل قانوني (LPR)، (b) لاجئ أجنبي مقيم بموجب تأشيرة I-688 سارية المفعول حاليا، أو (c) شخص أجنبي مقيم بشكل دائم في الولايات المتحدة تحت سيماء القانون (PRUCOL)، لن تقوم الكاونتي بإرسال وقائعي إلى وكالة خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS).
- علي أن أتقدم وأحتفظ بأي تغطية تأمين صحي إذا لم يترتب علي دفع أي تكلفة وإذا لم أقم بهذا سيتم رفض أو إيقاف تأميني من Medi-Cal.
- سيطلب مني أو من أفراد العائلة الآخرين رد أي إعانة مالية لم أكن مؤهلا للحصول عليها.
- قد يطلب من العائلة التي تحصل على كوبونات طعام، أو أي عضو بالغ في عائلة تحصل على كوبونات طعام (حتى إذا قام هو/هي بترك البيت)، أو من راعي فرد من أفراد العائلة لا يحمل الجنسية أو الممثل المفوض لأشخاص مقيمين في مؤسسة مؤهلة رد قيمة أي منافع لم تكن العائلة مؤهلة للحصول عليها.
- أي عضو من أي عائلة يتجنب أو يتهرب من القانون لتجنب الإدانة بجناية أو الوصاية أو السجن بعد صدور الحكم أو المنتهك للتعهد بعدم محاولة الهرب بعد إطلاق سراحه أو تعليق عقوبته ووضعه تحت المراقبة لا يستطيع أو يحصل على الإعانات المالية أو كوبونات الطعام.
- إذا كان أي شخص في أسرتك حكم عليه بجناية بعد 22 أغسطس (آب) 1996 بسبب تصنيع أو بيع أو توزيع المخدرات أو أي نشاط له علاقة بهذه الأعمال غير القانونية أو قام بزرع أو حصد أو معالجة المرهوانة المخدرة أو الذي يشرك شخص قاصر في هذه النشاطات لا يستطيع الحصول على كوبونات الطعام.
- بالنسبة للإعانات المالية وكوبونات الطعام سوف تتطلب الكاونتي مني ومن بعض أفراد العائلة أخذ بصمات أصابعنا وتصويرنا. يمكن رفض كافة المنافع أو إيقافها إذا رفضنا التعاون.

كما أفهم أيضا:

سيتم تجريدي من الأهلية و/أو صدور عقوبات ضدي للغش في برامج الإنعاش إذا أعطيت الوقائع الخاطئة عن قصد أو إذا فشلت في الكشف عن كافة الحقائق أو الأوضاع التي تؤثر على أهليتي أو حصولي على الإعانات المالية أو كوبونات الطعام أو تأمين Medi-Cal.

للإعانات المالية:

- إذا لم أقم عن قصد بإتباع قواعد الإعانات المالية قد يتم تغريمي حتى 10000 دولار و/أو سجني لمدة 3 سنوات. كما يمكن أن توقف إعانتي المالية:
  - لعدم الإبلاغ عن الحقائق أو لإعطاء وقائع خاطئة. مدة 6 أشهر للانتهاك الأول، 12 شهر للانتهاك الثاني، أو للأبد للانتهاك الثالث. وبالنسبة للإعانات المالية للاجئين، 3 أشهر للانتهاك الأول و 6 أشهر لأي انتهاك لاحق.
  - لتقديم طلب أو أكثر للحصول على المساعدة في أكثر من قضية واحدة في ذات الوقت. سنتين (2) للإدانة الأولى، 4 سنوات للإدانة الثانية، أو للأبد للإدانة الثالثة.
  - للإدانة باقتراف السرقة للحصول على المساعدة. سنتين (2) لسرقة مبلغ يقل عن 2000 دولار، 5 سنوات للمبالغ التي تتراوح من 2000 إلى 4999.99 دولار، وللأبد للمبالغ التي تصل لـ 5000 دولار أو أكثر.
  - لتزويد الكاونتي بإثباتات خاطئة عن الإقامة للحصول على الإعانة في محافظتين (كاونتي) أو ولايتين أو أكثر في ذات الوقت؛ لتزويد الكاونتي بإثباتات خاطئة عن طفل أو عن طفل غير كائن؛ للحصول عن أكثر من 10000 دولار من المساعدات المالية عن طريق الغش؛ للإدانة لثالث مرة بسبب الغش في محكمة قضائية أو جلسة سماع إدارية: للأبد.

لكوبونات الطعام:

- إذا لم أقم عن قصد بإتباع قواعد كوبونات الطعام، سيتم إيقاف تزويدي بكوبونات الطعام لمدة 12 شهرا للانتهاك الأول، ومدة 24 شهرا للانتهاك الثاني وللأبد للانتهاك الثالث. كما يمكن أن أغرم مبلغ 250000 دولار و/أو أسجن لمدة 20 عاما.
- إذا قررت أي محكمة بأني مذنب باقتراف جرم في أي محكمة قضائية:
  - لأني تاجرت أو بعت كوبونات طعام للحصول على أسلحة أو ذخيرة أو متفجرات يمكن إيقاف تزويدي بكوبونات الطعام للأبد عند الانتهاك الأول.
  - لأني تاجرت أو بعت كوبونات طعام للحصول على المخدرات يمكن إيقاف تزويدي بكوبونات الطعام لمدة 24 شهرا للانتهاك الأول وللأبد للانتهاك الثاني.
  - لأني تاجرت أو بعت كوبونات طعام قيمتها 500 دولار أو أكثر يمكن إيقاف تزويدي بكوبونات الطعام للأبد.
  - لأني قمت بتكملة طلبين أو أكثر للحصول على كوبونات الطعام في ذات الوقت وزودت الكاونتي بمعلومات خاطئة عن هويتي أو مكان سكني، يمكن إيقاف تزويدي بكوبونات الطعام لمدة 10 سنوات.

أعلن مع الخضوع لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الوقائع هذا هي حقيقية وصحيحة وكاملة.

توقيع (ولي الأمر أو القريب المسئول عن الرعاية، أو المتقدم بطلب للحصول على Medi-Cal، أو عضو العائلة الحاصل على كوبونات الطعام، أو الممثل المفوض للحصول على كوبونات الطعام)			التاريخ
توقيع (ولي الأمر الآخر المقيم في البيت، في حالة التقدم بطلب للحصول على إعانة مالية)	التاريخ	توقيع شاهد التوقيع أو العلامة أو المترجم أو الشخص الممثل عن المتقدم بالطلب/المستفيد	التاريخ

لاستعمال الكاونتي فقط

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE