

طلب التحقق

اسم الحالة:
رقم الحالة:
اسم العامل:
رقم هاتف/فاكس العامل:
التاريخ:

لقد تقدمت بطلب لـ CalWORKs (CW) CalFresh (CF) Medi-Cal (MC) نحتاج إلى إثبات من قبلك لتحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على (أو الاستمرار في الحصول على) الإعانة النقدية أو مزايا أخرى. وقد أدرجنا أدناه المعلومات التي نحتاج إليها. لن نرفض أو ننهي المزايا الخاصة بك ما دمت تحاول الحصول على الإثبات وتخبرنا إذا كانت لديك أي مشكلات.

تاريخ الاستحقاق	للعنصر #	العنصر	الشخص	البرنامج جرام	ضع علامة (✓) في المربع الذي ينطبق عليك
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> ليس لدي الإثبات <input type="checkbox"/> حاولت ولم أتمكن من الحصول على الإثبات <input type="checkbox"/> أعرف شخصًا يمكنه تأكيد هذه المعلومات <input type="checkbox"/> لقد ملأت نموذج الإصدار هذا للحصول على مساعدة
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> ليس لدي الإثبات <input type="checkbox"/> حاولت ولم أتمكن من الحصول على الإثبات <input type="checkbox"/> أعرف شخصًا يمكنه تأكيد هذه المعلومات <input type="checkbox"/> لقد ملأت نموذج الإصدار هذا للحصول على مساعدة
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> ليس لدي الإثبات <input type="checkbox"/> حاولت ولم أتمكن من الحصول على الإثبات <input type="checkbox"/> أعرف شخصًا يمكنه تأكيد هذه المعلومات <input type="checkbox"/> لقد ملأت نموذج الإصدار هذا للحصول على مساعدة

لقد أدرجنا أنواع الإثبات على ظهر هذا النموذج. أحيانًا يمكننا القبول بإثبات آخر. اتصل بالمقاطعة إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان نوع الإثبات الآخر الذي لديك سيُقبل أم لا.

أخبر العامل الخاص بك أو اتصل بالمقاطعة إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على الإثبات. يمكننا مساعدتك في الحصول على الإثبات.

• قدم لنا الإثبات الذي تملكه أيًا كان.

• حدد المربع أعلاه الذي ينطبق عليك لما لا يمكنك الحصول عليه. وأرسل هذا النموذج أو اتصل بالمقاطعة قبل تاريخ استحقاق الإثبات.

• إذا كنت تحتاج أن تساعدك المقاطعة في الحصول على الإثبات. فاملأ نموذج "تصريح بإصدار المعلومات" وأرسله إلى المقاطعة.

• خاص ببرنامج CalWORKs فقط: إذا كانت هناك تكلفة للحصول على الإثبات. فقد تدفع المقاطعة الرسوم بدلاً منك.

• في حالة عدم وجود إثبات. فربما يمكنك توقيع بيان محلف بدلاً من ذلك. (يسمح ببيان المحلف متاح فقط في أنواع معينة من الإثبات.)

• خاص ببرنامج CalFresh فقط: إذا لم تستطع الحصول على إثبات فقد يتم الاتصال بشخص خارج أسرتك يعرف المعلومات من قبل المقاطعة (جهة اتصال احتياطية). (تكون جهة الاتصال الاحتياطية متاحة فقط لأنواع معينة من الإثبات.)

إذا لم نحصل على إثبات أو جلسة استماع منك بحلول تواريخ الاستحقاق المذكورة أعلاه. فقد نضطر إلى رفض منحك المزايا أو تخفيضها أو إيقافها.

يمكنك الحصول على إيصال مقابل أي وثائق تقدمها إلينا شخصيًا. وبالنسبة لسجلاتك. احتفظ بنسخة من هذا النموذج وأي إثبات ترسله إلينا بالبريد.

أنواع التحقق/مصادر الإثبات

مدرج بالأسفل أنواع الإثبات - لا تحتاج إلى تقديم كل المستندات المدرجة.

إذا كانت لديك أنواع أخرى من الإثبات غير مدرجة، يرجى الاتصال بالعامل.

1 الميلاد/المواطنة

- شهادة ميلاد (يستلزم الحصول على المزايا الطبية "Medi-Cal" أصل المستندات)
- جواز سفر أمريكي
- شهادة الجنسية
- شهادة اعتماد (بها تاريخ ومحل الميلاد)
- بيان الشاهد على الميلاد

6 الهوية

- رخصة قيادة أو بطاقة تعريف الهوية
- بطاقة تعريف هوية بها صورة (من جهة حكومية أو مدرسة أو ما إلى ذلك)
- جواز سفر
- وثائق مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (إدارة الهجرة والتجنيس)

7 العلاقة

- وثيقة زواج
- شهادة الشريك المنزلي
- شهادة الميلاد
- وثائق المحكمة (الطلاق أو الوصاية أو ما إلى ذلك)

2 الدخل

- 30 يومًا من كعب (كعوب) الراتب
- خطاب من صاحب العمل بالراتب الإجمالي. وساعات العمل. وما إلى ذلك
- نسخة من شيك أو كعب دفع لرعاية طفل
- خطاب منح المزايا (التأمين الاجتماعي/ محاربين قدامى/البطالة/الإعاقه وغير ذلك)
- نماذج ضرائب العمل الحر (جدول C في مصلحة الضرائب)
- إيصالات بمصروفات العمل إذا كنت عاملاً حرًا
- بيانات بمنحة مدرسية/قروض/مساعدات المالية
- نموذج بيان الكفيل

8 تكاليف السكن والمرافق

- عقد إيجار أو إيصالات إيجار
- فاتورة الرهن العقاري
- فاتورة المرافق
- بيان ضريبة الملكية
- فواتير تأمين المنزل أو المؤجر
- إيصال الفندق/التزل
- الشيكات الملغاة أو نسخ منها
- بيان يوضح ترتيبات السكن

3 حالة الهجرة (غير المواطنين)

- أوراق/نماذج/إيصالات الهجرة (نسخة من الوجهين)
- إثبات آخر من الهجرة (مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة)، مثل: تصريح العمل. أو خطاب القرار أو أمر المحكمة. وغير ذلك

9 الإقامة

- مظروف مختوم أو طابع بريد موجه إليك
- فاتورة المرافق
- عقد إيجار
- فاتورة أو مستند (مستندات) أخرى بها اسمك وعنوانك
- رخصة قيادة أو بطاقة تعريف الهوية
- إشعار الإخلاء/إشعار لدفع الإيجار أو إخلاء السكن

4 الأملاك/الموارد

- تسجيل المركبات
- إثبات القروض أو الديون/الرهن على الأملاك
- بيان بالملكية المشتركة
- فاتورة (فواتير) الرهن العقاري
- صك الملكية
- كشف حساب بنكي
- بوليصة تأمين على الحياة أو أسهم أو سندات أو حسابات تقاعد فردية
- أحدث بيان (بيانات) بحساب التقاعد
- نموذج بيان الكفيل
- التسويات مثل الدعاوى القضائية وشكاوى التأمين
- المدافن/القبور

10 المصروفات الطبية

- فواتير أو إيصالات طبية
- فواتير أو إيصالات انتقالات طبية
- بوليصة أو أقساط تأمين صحي أو تأمين على الأسنان
- بطاقة Medicare (خاص ببرنامج Medi-Cal فقط)

11 التوثيق الطبي

- إثبات الحمل من الطبيب أو العيادة، مع التاريخ المتوقع للولادة
- بيان الطبيب أو اكتشاف الإعاقة من قبل إحدى الوكالات (SSA/ SDI/VA , وما إلى ذلك).
- نموذج التوثيق الطبي (CW 61)

12 سجلات التطعيم

(الأطفال أقل من 6 سنوات)

- صورة مختومة من سجل/بطاقة التطعيم
- بيان بأن التطعيمات تنافي عقيدتك
- بيان من الوالد أو القريب الراعي يوضح سبب عدم حصولك على التطعيم
- بيان من الطبيب بأن التطعيمات غير متاحة

5 إثبات آخر

- إيصالات رعاية طفل/قاصر
- بيان من موفر رعاية الطفل/القاصر
- إيصالات مصروفات المدرسة
- إيصال/ شيك ملغي بدفعات رعاية الطفل/الزوجة
- شهادة وفاة أو نعي أو بيان من شاهد على الوفاة
- وثائق المحكمة (أمر برعاية طفل أو زوجة)
- سجلات حضور المدرسة

تصريح لإصدار المعلومات
****نموذج اختياري****

إذا كنت لا تستطيع الحصول على الإثبات الذي ترغب فيه، فقد نكون قادرين على الحصول عليه نيابة عنك. املأ هذا النموذج وأرسله إلى العامل الخاص بك عن طريق _____ . كل ما عليك هو ملء هذا النموذج إذا كنت ترغب في أن تتواصل المقاطعة مع أحد الأشخاص نيابة عنك للحصول على الإثبات الذي تحتاج إليه.

إذا كان لديك سؤال بشأن هذا النموذج أو ترغب في الحصول على مساعدة للمنه، فاسأل العامل الخاص بك. ويمكنك أيضًا طلب المزيد من النسخ من العامل الخاص بك. استخدم نموذج "تصريح لإصدار المعلومات" منفصلاً لكل شخص أو وكالة للاتصال بهم.

إلى: _____ ،

أقدم أنا _____ (اكتب الاسم) ، في _____ (العنوان)

لتصريحاً إلى _____ (اسم الوكالة، أو المؤسسة، أو موقر فردي) لكي تعطي _____ (قسم الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة)

معلومات بخصوص _____ .

وينتهي هذا التفويض بحلول _____ (التاريخ) ، أو 60 يوماً من تاريخ التوقيع. إذا لم يكن مذكوراً التاريخ.

(املأ النموذج بالكامل قبل التوقيع)

التاريخ	توقيع المتقدم بالطلب/متلقي المزايا
---------	------------------------------------

إذا كان ذلك بخصوص معلومات قاصر، أو بداية علاقة بقاصر