

加州工作機會與兒童責任計劃申請 (CalWORKs) (撫養親屬寄養兒童的非貧困看顧親屬)

指示：如欲為親屬寄養兒童申請現金援助，請填寫此表。填寫黑色粗線左側的所有問題，然後在「認證」部分簽名。如果空間不夠，可附加一張紙。一張表格只能用於一個兒童。

		限郡政府填寫
		CASE NAME
		CASE NUMBER
		WORKER NAME AND NUMBER
		DATE RECEIVED
1. 看顧親屬的姓名 電話號碼 () 地址		
2. 請提供該兒童的所有資訊。 兒童姓名 (名、中間名、姓) 出生地 (國家、州、城市) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 地址 出生日期 (月、日、年) 失明、失聰或殘疾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 社會安全號碼 如果兒童未滿6周歲，是否按期接受免疫接種？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已滿6周歲 公民/非公民身份 <input type="checkbox"/> 美國公民/國民 <input type="checkbox"/> 非公民： 接受資助 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 兒童與看顧親屬的關係		Verification <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immunization Alien Reg. No. _____ D.O.E.: _____
3. A. 該兒童是否懷孕或者是青少年父母？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如「是」，請核選情況： <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 青少年父母 教育情況： <input type="checkbox"/> 持有高中文憑 <input type="checkbox"/> 持有普通等階文憑 <input type="checkbox"/> 正在上學 <input type="checkbox"/> 沒有上學 (請說： _____) <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)： _____ B. 該兒童是否接受過現金獎勵或制裁， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 或者Cal-Learn計劃的兒童保育、交通等方面的 幫助？ 如「是」，請填寫以下： 地點 (郡) 接受日期		Verified: <input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn Program
4. 該兒童本月是否得到現金援助或 CalFresh？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如「是」，請填寫以下： 援助類型 地點 (州、郡) <input type="checkbox"/> 現金援助 <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> 批准親屬看護人 (ARC)		<input type="checkbox"/> Verification provided
5. 該兒童是否有Medi-Cal或者由父母或父母雇主支付的健康保險， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 例如 Blue Cross、Kaiser、CHAMPUS等？ 如「是」，請列出保單號和公司名稱： _____ _____		<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service

限郡政府填寫					
6. 該兒童是否有或將有任何收入，例如： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 工作收入、保險補助金/州政府補助 (SSI/SSP)、社會安全福利、子女撫養費、寄養照顧費、退伍軍人福利金等如「是」，請填寫以下：					
收入類型	金額 (扣減前，如有) \$	何時	頻率		
該收入會持續下去嗎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如「否」，請說明任何已知的變化 _____					
7. 該兒童的父母是否曾在美國軍隊服役？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如「是」，請填寫以下：					
父母姓名	父母是美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	服役單位	服役日期	光榮退役 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
CW 5 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date Initiated _____					
8. 該名兒童是否擁有任何財產或資源，例如現金、土地、汽車、摩托車、銀行帳戶、信託基金、儲蓄債券、美國土著人均撥款或信託基金、或其他財物？ 如「是」，請填寫以下： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
資源類型	帳戶/保單號碼	銀行的名稱、位址等	當前價值 \$		
<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Restricted account <input type="checkbox"/> Exempt					
9. 該兒童是否有需要以下內容的疾病或情況？ 請核選 (✓) 每一項是或否：					
	是	否		是	否
醫生囑咐的特殊飲食			水電瓦斯用量極高		
特殊交通需求			特殊洗衣服務		
特殊電話或其他設備			其他 (請指出) :		
如「是」請說明： _____					
10. 如果該兒童曾以成人身份被指控犯有重罪，該兒童是否因犯下該重罪或重罪未遂而躲避或逃避法律以免被訴訟、拘留或監禁？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
11. 該兒童是否曾被法庭判定為違反假釋或保釋規定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
12.A. 如果該兒童可以獲得現金援助，他/她也許可以透過兒童健康殘障防治計劃 (CHDP) 獲得一些健康檢查。 您是否需要關於CHDP服務的更多資訊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否想要免費的CHDP醫療或牙科服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 關於預約或將該兒童送到醫生或牙醫處，您是否需要幫助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
B. 您是否需要關於免疫接種的更多資訊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
C. 您是否想為該兒童獲得關於禁止歧視、酗酒/吸毒諮詢、過往醫療費用和其他特殊需求的更多資訊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date referred: _____					

		限郡政府填寫
D. 該名懷孕兒童是否需要醫生、醫療交通接送和/或其他幫助?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
E. 該名兒童是否正母乳餵養她的小孩? 如「是」, 分娩是否在過去12個月內?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
F. 該名兒童是否想要獲得計劃生育診所的資訊或服務, 以幫助計劃家庭人口數量和預防意外懷孕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

認證

我瞭解:

- 如果我故意提供錯誤資訊或沒有報告全部資訊或情況, 導致影響該名兒童的資格和CalWORKs 付款, 我可能被罰款、收監/入獄或同時面臨兩種處罰。我最高可面臨5年收監/入獄。福利可能被停止6個月、12個月、2年、4年、5年或永遠停止。
- 該名兒童的個案可能會被抽取審核, 以證實資格: 我必須在任何品質控制審核中完全配合郡、州和聯邦工作人員。
- 我提供的資訊將接受當地、州和聯邦工作人員的核實。
- 郡政府會將資訊傳送給美國公民及移民服務局 (USCIS), 以證實移民身份。
- 郡政府從USCIS獲得的資訊可能影響該名兒童的CalWORKs資格。
- 我提供的資訊將接受稅務、福利、就業機構、學區、社會安全局的核實, 已證實該名兒童獲得CalWORKs的資格和證實我從CalWORKs得到的款項金額正確。社會安全號碼將與執法機構的逮捕記錄進行匹配。

本人茲聲明本申請中的資訊真實、準確、完整, 若有不實, 願按美國和加州法律以偽證罪論處。

看顧親屬簽名				日期
限郡政府填寫				
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				Immunization <input type="checkbox"/> Informing (CW 101) Regs Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met – Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker				DATE
Signature of Supervisor				DATE