CASE NUMBER

**COUNTY USE ONLY** 

# CALFRESH災害 申請表

<b>中萌衣</b>		WORKER
災害福利期限:	到	DATE RECEIVED

#### 重要資料 -請仔細閱讀

## 你作為申請人或領取者的權利:

- 被提供不分種族, 膚色, 民族, 宗教, 政治聯繫, 性別, 殘疾, 或年齡的服務, 並提出申訴如果你覺得你受到歧視。
- 如果你合資格,在提交申請表之日起一至三個日曆天之 內領取CalFresh災害福利。
- 與郡福利所談論任何關於你的案件的行動,並在申請批准或拒絕後的90天內要求州聽證。
- 如果你的申請被拒,由一個主管立即審查。
- 提出申訴或通過書面形式向你的郡福利所要求州聽證或 通過撥打免費電話 1-800-952-5253。聾人免費電話 號碼 (TDD) 是 1-800-952-8349.
- 在州聽證代表自己或由家庭成員,朋友,律師,或任何其他 人代表。
- 由你另外的家庭成員,或認識你的其他成年人填寫本申請表。如果這是由一個不是你的家庭成員的成年人填寫,請附上由戶主或其他家庭成年成員簽署的書面批准。

#### 作為申請人或領取者的責任:

- 盡你所能如實回答問題。如果你拒絕提供任何所需的資料,你不會得到災害CalFresh災害福利。
- 在你的面試,你必須確認戶主的身份,填寫申請表的人的身份,如果可能的話,在災難發生時家庭的居所和/或工作地址的證明。
- 如果你在災害時期後被選取審查,你必須與相互合作郡, 州和聯邦政府工作人員相互合作。

你可以授權他人領取或使用你的CalFresh災害福利。如果你想授權某人、填寫以下資料:

授權代表姓名	電話號碼
地址,包括城市和郵政編碼	·
僅提取EBT卡	提取EBT卡購買家庭糧食

## 懲罰警告!!

如果你的家庭領取CALFRESH災害福利,你必須遵守下列規則。未有申報資料或虛報重要的事實,可導致法律起訴的罰款, 監禁或兩者都是。懲罰可能導至被取消計劃的資格,罰款可高達25萬元或監禁長達20年。第一次違規被取消資格的處罰是 12個月,第二次違規是24個月,第三次違規將會永久被取消資格。

- 不要提供虛假資料或隱瞞重要事實的信息以得到 CALFRESH 災害福利。
- 不要交易或出售你的 CALFRESH 災害福利,或任何其它 的發放設備
- 不要更改你的EBT卡或任何其它的發放設備以圖得到你無權獲得的CALFRESH災害福利。
- 切勿使用CALFRESH 災害福利購買不合格的物品,如酒精飲品及煙草。
- 切勿使用別人的EBT卡,或任何其它發放設備用在你的家庭上。

說明:有關在上述的災害福利期間你期望的情況,請填寫此表格的問題。			COUNTY USE ONLY  Disaster Application	
姓名(戶主)				Can the identify of the authorized representative be verified?
在災害發生時的永久地址		電話號碼		YES NO Type of verification:
臨時地址		電話號碼		Can the head of household's identity be verified?
通信地址		電話號碼		YES NO Type of verification:
在災害發生時的工作地址		電話號碼		1
 A欄 - 家庭情況。 <i>(</i>	你必須勾劃每一個問題"是"或"否")			Is permanent residence in disaster area?
1. 是否有任何人在 (勾劃適當的方标		战兩者都是? □		YES NO Type of verification:  Is work address in the disaster area?
2. 你無法得到你的	家庭的收入或現金來源嗎?	□ 是	□ 否	YES NO Type of verification:
3. 因為災害你的收	入或現金來源被降低,延遲或停止?	□ 是	□ 否	Can the household's residence be verified?
4. 你會在災害福利	期間購買食品和準備膳食?	□是	□ 否	YES NO Type of verification:
				I

B欄 - 家庭成員 5. 列出所有申請CalFresh災害福利的人的名字。只包括 <b>在災害期間與你生活的</b>	<b>7人。</b> 如果你因災	COUNTY USE ONLY
害暫時住宿在另一個家庭, <b>不要列出這家庭的成員。*顯示你的社會安全號碼</b> 的。 <b>這將是僅用作識別目的</b> 。	(SSN) 是自願性	Household size for the number of
姓名 (戶主) (HH) SSN* a.	生日日期	persons listed in 5
姓名 b. 與 HH的關係 SSN*	生日日期	
姓名 與 HH的關係 SSN* C.	生日日期	
姓名 與 HH的關係 SSN* d.	生日日期	
姓名 與 HH的關係 SSN* e.	生日日期	
姓名 與 HH的關係 SSN* f.	生日日期	
姓名 與 HH的關係 SSN* g.	生日日期	
C欄 - 收入/來源/費用	,	
6. a. 實得收入的總額是多少或上述所有人士在災害福利期間已收到或將得到 \$	削的其它工資?	Computation A. Anticipated
b. 列出你所有的收入來源:		Income (from(6)) \$ B. Accessible Cash
7. 列舉上面列出的人士將能夠在災害福利期間所有取得的現金來源。不包括第 款項。	6行中所列的任何	Resources + (from 7) \$
手頭現金     儲蓄賬戶     支票帳戶       \$     \$	其它 \$	C. Total disaster period income = (A+B) \$
8. 填寫在災害期間你已被支付或期望會支付有關災害的損失或損害賠償金額的列出的人士將會所支付的款項或將發還災害期間支付的款項,請切勿列出。我能包括: a. 修復損壞住戶家裡的開支或對家庭成員的就業或自營職業至關重要的其它財產。 b. 臨時庇護所開支一如果家裡是不適宜居住或住戶無法到達家裡; c. 災害期間被疏散出災區的費用; d. 涉及因災害保護家居或業務而損失的費用; e. 由於個人受傷的醫療費用。 f. 災害有關的殮葬費。 g. 災害有關的競葬費。 g. 災害有關的寵物寄宿費用。 h. 有關取代必要的個人和家庭的物品,如服裝,電器,工具和教育材料等的費用。 i. 燃油為主要供熱來源。 j. 清理物品費用。 k. 災害中受損車輛的費用。 l. 儲存費用。		D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) \$  E. Accessible disaster period income = (C-D) \$  F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$  If E is equal to or less than F, the household is eligible.  Eligible:
如果是的話,是誰?	走 □ 音 	2. Regular Allotment Already – Received \$
你的認證 我證明,我明白申請表上的問題和我的家庭是需要CalFresh災害福利。本人已閱讀上述讀給我)。本人授權發布任何必要資料,以確定我資格的準確性。如果我被選取,我會聯邦政府的工作人員在災害受益期間後進行的審查。我也明白,因為我,其他成年家庭確或不完整的資料報告,我可能被要求償還任何多付的的福利。 我宣告根據美國和加利福尼亞州的法律下作偽證要受懲罰,在我的申請表中的資料是真實	懲罰警告(或由他人問 全力配合郡,州政府和 成員,或授權代表不可	EBT Card Number issued
見證人,如果你用一個 "X" 簽署 日期		SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE