

移民現金補助計劃 (CAPI) 事實聲明書

說明： CAPI 是一項州政府出資單單為非公民設立的計劃。請用藍色或黑色墨水筆清楚地用正楷書寫你的回答。這份申請表必須由申請者和配偶（如適用）簽名和寫上日期。

假如你需要更多的篇幅，請使用第 6 頁的“備註”欄。假如你需要幫助你取得證明或填寫表格，請告訴你的工作人員。

申請類型： 夫婦 單身 子女 有父母的子女

申請人

① a. 名，中間名首字母，姓

出生日期

性別

男

女

社會安全號碼

____-____-____

LINKAGE

Aged

Blind

Disabled

SSN

ID

b. 你曾否用過任何其他姓名（包括娘家姓名）或其他社會安全號碼？ 是 否

c. 曾使用過的其他姓名和社會安全號碼：

d. 居住地址（號碼和街名）

城市

郵遞區號

郵寄地址（如與上不同）

城市

郵遞區號

（地區號碼）家中電話

（地區號碼）工作電話

（地區號碼）留言電話

接受留言的人

e. 你是否打算留在加州？ 是 否

② a. 你是否有任何生理或心理病例或者你是否瞎眼？（例如：高血壓，心臟病，糖尿病，關節炎，骨質疏鬆，視覺問題，憂鬱症等。）假如是，請簡短解說：

你

是 否

你的配偶

是 否

b. 發病日期 描述病情

你

你的配偶

DAPD Referral Completed

Disabled

Sponsored Deeming

SSI Referral Completed

婚姻狀況

Spouse

③ a. 你結婚了嗎？ 是 否
(填寫 #4a.)

b. 配偶姓名（名，中間名首字母，姓）

出生日期

社會安全號碼

____-____-____

c. 你的配偶曾否用過其他姓名（包括娘家姓），或其他社會安全號碼嗎？ 是 否

d. 配偶使用的其他姓名和社會安全號碼：

e. 你和你的配偶住在一起嗎？ 是 否

f. 你們開始分居的日期： 配偶地址：

g. 你的配偶在申請 CAPI 嗎？ 是 否

LINKAGE

Aged

Blind

Disabled

SSN

ID

Spouse eligible?

Yes No

| 移民身份 | | | 郡政府專欄 | |
|--|---|---|---|-------------|
| ④ a. 你是美國公民嗎？ 假如是，請直接到表格末尾，簽署姓名。 | 你 | 你的配偶 | Resident card on file? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SPONSORED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO AFFIDAVIT OF SUPPORT <input type="checkbox"/> Form I-134 <input type="checkbox"/> Form I-864 VERIFIED <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Abused INS Documentation on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| b. 你或你的配偶（或是前人的配偶）曾在美國軍隊服務過嗎？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| ⑤ a. 你是合法入境美國永久居住的嗎？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| b. 提供合法入境永久居住的日期。 | 月 日 年 ____/____/____ | 月 日 年 ____/____/____ | | |
| c. 是否有個人，機構或團體擔保你入境美國？如有，請填寫 #6。如無，請填寫 #7。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| ⑥ a. 提供下列有關你擔保人的資料： | | | | |
| <input type="checkbox"/> 你 <input type="checkbox"/> 配偶 | 擔保人姓名 | 地址 | | 電話號碼 () |
| <input type="checkbox"/> 你 <input type="checkbox"/> 配偶 | 擔保人姓名 | 地址 | | 電話號碼 () |
| <input type="checkbox"/> 你 <input type="checkbox"/> 配偶 | 擔保人姓名 | 地址 | | 電話號碼 () |
| b. 你的擔保人是否已過世？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| c. 你的擔保人是否是殘障？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| d. 你是否受到你擔保人或他 / 她的配偶的虐待？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| ⑦ a. 如果你不是合法入境永久居住，請簡短說明你目前在移民歸化局 (INS) 的移民身份： | | | | |
| 你 | 你的配偶 | | | |
| b. INS 允許你在美國留到哪一天？ (假如是無限期的，請指明。) | 你 | 你的配偶 | | |
| ⑧ 你的外僑登記號碼是什麼？ | | | | |
| ⑨ 你在哪一個港口入境？ | | | | |
| 居 住 | | | | |
| ⑩ 你是否躲避或逃脫法律制裁的重罪，意圖犯的重罪，或是違反假釋期或緩刑？ 假如是，請直接到表格末尾，簽署姓名。 | 你 | 你的配偶 | | |
| | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| ⑪ a. 你在美國何時開始建立家庭？ | 日期： | 日期： | U.S. Resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Passport viewed and copy on file <input type="checkbox"/> Month aid begins: _____ | |
| b. 從那時起你曾否在美國之外的地區住過？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| c. 提供你不在美國的日期。 (月, 日, 年) | 自： 至： | 自： 至： | | |
| ⑫ a. 在你申請 CAPI 前的 30 天內你是否不住在美國？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| b. 提供你離開和返回美國的日期。 | 離開日期： 返回日期： | 離開日期： 返回日期： | | |
| 居 住 安 排 | | | | |
| ⑬ 在有關的格內作記號以顯示你現在住哪裡： | | | | |
| <input type="checkbox"/> 房子 <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 房間 (私人住房) <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 其他 (請指明 _____) | <input type="checkbox"/> 房間 (為商務用) <input type="checkbox"/> 活動房屋 <input type="checkbox"/> 提供看護的住所 <input type="checkbox"/> 無家可歸庇護所 | <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 監獄 <input type="checkbox"/> 被毆打婦女庇護所 <input type="checkbox"/> 其他機構 | | |
| ⑭ a. 你需要人在個人起居或衛生方面幫助你嗎？ (如：幫助吃，穿，洗澡，服藥或四圍走動)？ | 你 | 你的配偶 | <input type="checkbox"/> IHSS Referral <input type="checkbox"/> NMOHC Cooking Facilities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| b. 你是否有足夠的烹煮和存放食品的場所？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |

居住安排 (續)

郡政府專欄

| | | |
|---|---|--|
| <p>15 a. 你和你的配偶 (如適用) 單獨居住嗎?</p> | <p align="center">你</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center">你的配偶</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |
|---|---|--|

b. 若否, 請為每一位和你 (或者和你及你的配偶) 一起住的人提供以下資料:

| 姓名 | 與你或你配偶的關係 | 性別 | | 出生日期 | 領取民眾補助 | | 民眾補助包括: • 印第安事務局(BIA) • 加州工作機會和對孩子負責計劃(CalWORKs) • (CAPI) • 保險補助金 / 州政府補助計劃(SSI/SSP) • 一般補助 / 一般救濟(GA/GR) • 退役軍人退休金 |
|----|-----------|----|---|------|--------|---|---|
| | | 男 | 女 | | 是 | 否 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>16 a. 你是否租用, 擁有房屋, 或是你正在購買你住的地方?</p> | <p align="center">你</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center">你的配偶</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>b. 假如是, 你每月的房租 / 房屋抵押貸款付款多少? \$ _____</p> | | |
| <p>c. 與你同住的是不是有人租用, 擁有房屋, 或者他 / 她正在購買你住的地方?</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |

Rental Liability/
Ownership Verified

SOC 453?

Yes No

資金 / 產業

| <p>17 a. 你擁有車輛 (如: 汽車, 卡車, 船隻, 摩托車, 活動房屋等), 或在車輛產權證上有你的姓名嗎?</p> | <p align="center">你</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center">你的配偶</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>b.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>車主姓名</th> <th>描述 (年份, 車廠和型號)</th> <th>用途 (工作, 醫療, 其他)</th> <th>現在市價</th> <th>結欠金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | 車主姓名 | 描述 (年份, 車廠和型號) | 用途 (工作, 醫療, 其他) | 現在市價 | 結欠金額 | | | | | | | | | | | | |
| 車主姓名 | 描述 (年份, 車廠和型號) | 用途 (工作, 醫療, 其他) | 現在市價 | 結欠金額 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Exempt Vehicle?

Yes No

2nd Vehicle

Market Value: \$ _____

Encumbrances: - \$ _____

Equity Value: = \$ _____

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| <p>18 a. 你擁有或在買人壽保險嗎?</p> | <p align="center">你</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center">你的配偶</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |
|----------------------------------|---|--|

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <p>b. 提供每一份保險單上下列資料:</p> | <p align="center">保險單 #1</p> | <p align="center">保險單 #2</p> |
| 擁有者姓名 | | |
| 被保險人姓名 | | |
| 保險公司名稱 | | |
| 保險單號碼 | | |
| 票面價值 | \$ | \$ |
| 現金讓渡價值 | \$ | \$ |
| 購買日期 | | |
| 以人壽保險借貸 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

CSV?

Yes No

Amount: \$ _____

| | | |
|--|--|--|
| <p>19 你 (你單獨或和別人聯合) 是否擁有以下任何:</p> | <p align="center">你</p> | <p align="center">你的配偶</p> |
| <p>a. 親戚有永久居住權的房地產, 或繼承待法院判給的部分房地產?</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |
| <p>b. 家用或個人物件, 其轉售價值每一件為 \$500 以上?</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> | <p align="center"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> |

c. 假如是, 提供以下資料:

| 物主姓名 | 物件 | 轉售價值 | 該物件的結欠金額 |
|------|----|------|----------|
| | | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ |

| | | 你 | | 你的配偶 | | 郡政府專欄 | | |
|----|----|---|----------------------|---|-----------|---|---|--|
| | | 是 | 否 | 是 | 否 | | | |
| 20 | a. | 你在美國國內或國外是否擁有下面的任何項目，或是在上面有你的名字（單獨或聯合）？ | | | | | | |
| | | 現金（在家中，身邊或任何其他地方） | | | | | | |
| | | 支票帳戶 | | | | | | |
| | | 儲蓄帳戶 | | | | | | |
| | | 信託公會帳戶 | | | | | | |
| | | 定期儲蓄 | | | | | | |
| | | 期票 | | | | | | |
| | | 債券 | | | | | | |
| | | 金融市場帳戶 | | | | | | |
| | | 股票 | | | | | | |
| | | 個人退休帳戶（IRAs） | | | | | | |
| | | 其他可以轉換成現金的項目 | | | | | | |
| | b. | 就 20a 欄內任何回答“是”的項目提供下列資料。 | | | | | Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | 擁有者姓名 | 項目名稱 | 價值 | 銀行或金融機構名稱 | 帳戶號碼 | \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ | |
| | | | | | | | Total: \$ _____ | |
| 21 | a. | 除了你現在居住的地址，你在美國國內或國外是否擁有土地，建築物，或者你的名字在 任何產權證上嗎？ | | 你 | | 你的配偶 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| | b. | 假如是，提供下列資料： | | | | | | Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | 產業類型 | 產業地點 | | 價值 | | \$ _____ \$ _____ | |
| 22 | a. | 在你申請表存檔日期後36個月之內，以及在1999年12月14日以後你曾否出售，讓渡產權證，放棄或贈送任何金錢或產業，包括在國外的錢或產業？ | | 你 | | 你的配偶 | | Sold for less than Market Value? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| | b. | 假如是，提供下列資料： | | | | | | Date and Transfer Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | 產業描述 | 現在市價 | 成交日期 | 交易的原因 | | | Period of Ineligibility: Beginning date: _____ Ending date: _____ |
| | | 購買人或接受產業人的姓名，地址和電話號碼 | | 和申請人的關係 | 銷售價或其他協議 | | | |
| | | | | | | | | |
| 23 | a. | 你是否另外撥開錢作喪葬之用？ | | 你 | | 你的配偶 | | Exempt? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| | b. | 擁有者 | 描述 (財產類型, 組織單位名稱) | 價值 | 撥開日期 | 為誰的喪葬 (關係) | | Amount over \$1,500 _____ |
| | | | | | | | | |
| 24 | a. | 你是否擁有任何墳地，墓穴，棺木，地下墓室，或骨灰缸？ | | 你 | | 你的配偶 | | <input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| | b. | 擁有者 | 描述 | 價值 | 為誰的喪葬（關係） | | | <input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable |
| | | | | | | | | |

收 入

郡政府專欄

25 a. 你曾否取得或預期取得從以下來源的收入？

| 來源 | 你 | | 你的配偶 | |
|-----------------------|---|---|------|---|
| | 是 | 否 | 是 | 否 |
| 禮物 / 贍養費 | | | | |
| 社會保險金 | | | | |
| 退役軍人福利 (VA) | | | | |
| 保險補助金 / 州政府補助計劃 (SSI) | | | | |
| 失業福利金 | | | | |
| 州政府殘障福利 | | | | |
| 員工賠償金 | | | | |
| 其他養老金 / 退休金 | | | | |
| CalWORKs | | | | |
| 一般補助 / 救濟 | | | | |
| 出租房屋收入 | | | | |
| 保險付款 | | | | |
| 利息 / 股息 | | | | |
| 配偶 / 子女贍養費 | | | | |
| 其他收入 | | | | |

Verified?

Yes No

\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
Total: \$ _____

b. 對每一個“是”的回答，提供下列資料：

| 領取人 | 類型 | 總金額 | 多久領取一次 |
|-----|----|----------|--------|
| | | \$ _____ | |
| | | \$ _____ | |
| | | \$ _____ | |
| | | \$ _____ | |

26 a. 你是否領取或預期領取任何工資？

| 你 | 你的配偶 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

Verified?

Yes No

b. 假如是，提供下列資料：

| 作工的人 | 僱主名稱，地址和電話號碼 | 總工資 | | 僱傭日期 |
|------|--------------|----------|-------|----------|
| | | 金額 | 多久付一次 | |
| | | \$ _____ | | 自： 至： |
| | | \$ _____ | | 自： 至： |

Paid:

- Daily
- Weekly
- Bi-Weekly
- Monthly
- Twice Monthly
- Fluctuating

27 a. 本年度你曾否自己作僱主或預期自己作僱主？

| 你 | 你的配偶 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

Tax Return?

Yes No

b. 假如是，提供下列資料：

| 業務類型 | 上年度 | | 本年度 | | 自己作僱主日期 |
|------|-----|----------|-----|----------|---------|
| | 總收入 | 淨收入 (損失) | 總收入 | 淨收入 (損失) | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Year of

Tax Return: _____

28 假如你不滿 65 歲並且殘障，你是否有任何與疾病或受傷有關的，你工作所必須有的特殊花費？假如是，請在第 6 頁“備註”欄描述。

| 你 | 你的配偶 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

IRWE?

Yes No

29 你現在是否在領取糧食券或是最近曾否申請糧食券？

| 你 | 你的配偶 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

備註：（使用下面篇幅來補充你上幾頁上已提供的資料，或者提供其他資料。）

你的授權和證明聲明

我 / 我們許可州政府及郡政府各機構檢查我 / 我們在這份表格上提供的資料，並且向我 / 我們的僱主索取有關我 / 我們工資的資料。我 / 我們瞭解這些機構將把這份表格上提供的資料與得自其他郡，州及聯邦政府機構的記錄作比較以確定所支付的福利金額是正確的。

我 / 我們已閱讀並瞭解我 / 我們的責任。

我 / 我們瞭解任何人故意說謊或錯報實情或安排某人故意說謊或錯報實情，是犯罪行為，會在州政府法律下得到懲罰。

我 / 我們在願意承受對偽誓作懲罰下證明，這份表格上提供的聲明據我 / 我們所知是真實的。

| | | | |
|---------------|---------|-------------|----|
| 你的簽名 | | | 日期 |
| 配偶簽名 | | | 日期 |
| 證人，如用“X”簽署 | | | 日期 |
| 翻譯員或代表你填表人的簽名 | 與申請者的關係 | 電話號碼 () | 日期 |

重要資料 - 請仔細閱讀

呈報責任

你必須在改變發生月份後的10天以內向我們報告。在改變發生的月底後的10天內若不向我們報告會導致處罰。

須呈報的改變

你居住的地方：

- 假如你搬家。
- 假如你離開美國30天或超過30天。
- 假如你在美國不再是合法居民。
- 假如你（或你的配偶）離開你的家整個月或超過一個月。例如：你住進醫院或探望親戚。
- 如果你離開醫院或療養院等。

你居住的情況：

- 假如有人搬入或搬離你家。
- 假如你為家庭花費支付的金額有改變。
- 任何和你同住人的出生或死亡。
- 假如你的婚姻狀況有改變：你結婚，分居，離婚，或你的婚姻被宣告無效，或者你在分居後又開始住一起。

收入：

- 假如你從某人或某處得到的任何金額（或支票或任何其他類型的付款）有增多或減少。
- 假如你開始收取錢（或支票或任何其他類型的付款）。
- 假如你開始或停止工作。
- 假如你的收入增多或減少。

你從別人得到的幫助：

- 假如你收到幫助的金額（錢，食物，衣服，或家庭花費的付款）有增多或減少。
- 假如有人停止或開始幫助你。

你擁有的值錢物品：

- 假如你總共資產的價值超過 \$2,000 (\$3,000，假如你是已婚並且和你的配偶同住)。
- 假如你出售或贈送掉值錢的東西。
- 假如你購買或得到任何值錢的東西。

你是瞎眼或殘障：

- 假如你的病情有好轉或者你的醫生認為你可以回去工作。
- 假如你去工作。
- 假如你停止或拒絕職業復健的服務。

未婚並且不滿22歲：

- 假如你是領取 CAPI 福利的孩子的父母，若是你或你孩子的收入有改變，婚姻狀況有改變，家裡擁有的值錢東西有改變或者住家地址有改變，你須呈報。
- 假如孩子開始或停止上學。

你的移民歸化局(INS)的身份有改變，或者你成為美國公民。

我/我們瞭解我/我們的呈報責任，並且同意合作。

你的簽名

日期

配偶簽名

日期

保留作你的記錄

重要資料 - 請仔細閱讀

| 呈報責任 | |
|---|---|
| 你必須在改變發生月份後的10天以內向我們報告。在改變發生的月底後的10天內若不向我們報告會導致處罰。 | |
| 須呈報的改變 | |
| 你居住的地方： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你搬家。● 假如你離開美國30天或超過30天。● 假如你在美國不再是合法居民。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如你（或你的配偶）離開你的家整個月或超過一個月。例如：你住進醫院或探望親戚。● 如果你離開醫院或療養院等。 |
| 你居住的情況： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如有人搬入或搬離你家。● 假如你為家庭花費支付的金額有改變。● 任何和你同住人的出生或死亡。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如你的婚姻狀況有改變：你結婚，分居，離婚，或你的婚姻被宣告無效，或者你在分居後又開始住一起。 |
| 收入： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你從某人或某處得到的任何金額（或支票或任何其他類型的付款）有增多或減少。● 假如你開始收取錢（或支票或任何其他類型的付款）。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如你開始或停止工作。● 假如你的收入增多或減少。 |
| 你從別人得到的幫助： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你收到幫助的金額（錢，食物，衣服，或家庭花費的付款）有增加或減少。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如有人停止或開始幫助你。 |
| 你擁有值錢的物品： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你總共資產的價值超過 \$2,000 (\$3,000, 假如你是已婚並且和你的配偶同住)。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如你出售或贈送掉值錢的東西。● 假如你購買或得到任何值錢的東西。 |
| 你是瞎眼或殘障： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你的病情有好轉或者你的醫生認為你可以回去工作。● 假如你去工作。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如你停止或拒絕職業復健的服務。 |
| 未婚並且不滿22歲： | |
| <ul style="list-style-type: none">● 假如你是領取 CAPI 福利的孩子的父母，若是你或你孩子的收入有改變，婚姻狀況有改變，家裡擁有的值錢東西有改變或者住家地址有改變，你須呈報。 | <ul style="list-style-type: none">● 假如孩子開始或停止上學。 |
| 你的移民歸化局(INS)的身份有改變，或者你成為美國公民。 | |