

درخواست

Calfresh حادثه

COUNTY USE ONLY
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

مدت مزایای حادثه: _____ تا _____

اطلاعات مهم – با دقت خوانده شود

حقوق شما بعنوان متقاضی یا دریافت کننده:

- ارائه خدمات بدون توجه به نژاد، رنگ، ملیت، مذهب، وابستگی سیاسی، جنس، ناتوانی، یا سن انجام می شود و در صورتیکه احساس می کنید مورد تبعیض واقع شده اید می توانید شکایت کنید.
- گرفتن مزایای حادثه CalFresh ظرف یک تا سه روز پس از انجام درخواست در صورتیکه واجد شرایط باشید.
- در میان گذاشتن مورد مربوط به خود با اداره رفاه استان و تقاضای دادرسی ظرف ۹۰ روز پس از تایید یا رد درخواست.
- بررسی فوری توسط ناظر در صورت رد تقاضا.
- طرح شکایت یا تقاضای دادرسی به اداره رفاه استان یا از طریق تماس رایگان ۱-۸۰۰-۹۵۲-۵۲۵۳. شماره تلفن رایگان برای افراد ناشنوا (TDD) ۱-۸۰۰-۹۵۲-۸۳۴۹.
- معرفی خود در جلسه دادرسی یا معرفی شدن توسط اعضای خانواده، دوست، وکیل، یا شخص دیگر.
- تکمیل این درخواست توسط اعضای دیگر خانواده، دیگر افراد بزرگسالی که شما را می شناسند اگر درخواست توسط فردی تکمیل شده که عضو خانواده شما نیست، تاییدیه کتبی امضا شده توسط سرپرست خانواده یا دیگر افراد بزرگسال خانواده را پیوست کنید.

مسئولیت‌های شما بعنوان متقاضی یا دریافت کننده:

- تا آنجایی که ممکن است به سوالات صادقانه و کامل پاسخ دهید اگر اطلاعات لازم را ارائه ندهید، مزایای CalFresh را دریافت نخواهید کرد.
- در جلسه مصاحبه باید هویت سرپرست خانواده، هویت فرد تکمیل کننده درخواست، و در صورت امکان، مدرک اقامت خانواده و/یا آدرس محل کار خانواده را در زمان حادثه تایید کنید.
- در صورت انتخاب جهت بررسی پس از مدت حادثه، باید با کارمندان فدرال، ایالت و استان همکاری کنید.

- می توانید شخصی را برای دریافت یا استفاده از مزایای حادثه CalFresh تعیین کنید اگر شخصی را جهت این کار تعیین می کنید، اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز	شماره تلفن
آدرس شامل زیپ کد و شهر	
فقط کارت EBT را انتخاب کنید	☐ کارت EBT را برای خرید این موارد انتخاب کنید غذای خانواده

مجازات!!

- در صورتیکه خانواده مزایای حادثه CALFRESH را می گیرد، باید قوانین فهرست شده در زیر را رعایت کنید. عدم گزارش اطلاعات یا عدم ارائه حقایق می تواند سبب اجرای مجازات قانونی جریمه و زندان یا هر دو شود. مجازات ممکن است شامل حذف از این برنامه، اعمال جریمه تا ۲۵۰۰۰۰ دلار یا زندان تا ۲۰ سال شود. مجازات حذف از برنامه برای اولین بار ۱۲ ماه، برای دومین بار ۲۴ ماه، و برای سومین بار همیشگی می باشد.
- برای گرفتن مزایای حادثه CalFresh، اطلاعات غلط ندهید یا از ارائه اطلاعات خودداری نکنید.
- مزایای حادثه CalFresh یا دیگر دستگاه واگذار شده خود را نفروشید یا به کسی ندهید.
- برای گرفتن مزایای حادثه CalFresh در صورتیکه استحقاق دریافت آن را ندارید، کارت EBT یا دستگاه واگذار شده خود را تغییر ندهید.
- برای خرید اقلام غیرمجاز مانند سیگار و مشروبات الکلی از مزایای حادثه CalFresh استفاده نکنید.
- از کارت EBT یا دستگاه واگذار شده دیگران برای خانواده خود استفاده نکنید.

COUNTY USE ONLY	روشن تکمیل: لطفا بسته به شرایط موردنظر خود در مدت مزایای حادثه که در فوق ذکر شده سوالات را جواب دهید.	
☐ Disaster Application	نام (سرپرست خانواده)	
Can the identity of the authorized representative be verified?	آدرس محل سکونت دائم در زمان حادثه	
☐ YES ☐ NO	آدرس محل سکونت موقت	
Type of verification:	آدرس پستی	
Can the head of household's identity be verified?	آدرس محل کار در زمان حادثه	
☐ YES ☐ NO		
Type of verification:		
Is permanent residence in disaster area?	قسمت اول – موقعیت خانواده. (برای هر سوال باید بله یا خیر را علامت بزنید)	
☐ YES ☐ NO	۱. آیا عضو خانواده شما در منطقه حادثه و در زمان حادثه زنده بود کار می کرد یا هر دو (کادر درست را علامت بزنید)	
Type of verification:	کادر صحیح را علامت بزنید؟	
Is work address in the disaster area?	۲. آیا نمی توانید به منابع نقدی یا درآمد خانواده دسترسی داشته باشید؟	
☐ YES ☐ NO	۳. آیا در نتیجه حادثه، منابع نقدی یا درآمد شما کم شده است، با تاخیر مواجه شده است یا قطع شده است؟	
Type of verification:	۴. آیا در مدت مزایای حادثه غذا می خرید یا آماده می کنید؟	
Can the household's residence be verified?		
☐ YES ☐ NO		
Type of verification:		

COUNTY USE ONLY																																																
Household size for the number of persons listed in 5 _____																																																
قسمت ب – اعضای خانواده ۵. نام کلیه اشخاصی که مزایای حادثه CalFresh را درخواست کرده اند ذکر کنید. فقط نام اشخاصی را ذکر کنید که در زمان حادثه با شما زندگی می کرده اند. اگر به دلیل حادثه بطور موقت با خانواده دیگری زندگی می کنید، نام اعضای آن خانواده را ذکر نکنید.*ذکر شماره بیمه اجتماعی (SSN) اختیاری است. <table><thead><tr><th colspan="2">نام (سرپرست خانواده) (HH)</th></tr></thead><tbody><tr><td>*SSN</td><td>تاریخ تولد</td></tr><tr><td colspan="2">الف. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">ب. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">پ. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">ت. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">ث. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">ج. نام</td></tr><tr><td>نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr><tr><td colspan="2">چ. نام</td></tr><tr><td colspan="2">نسبت با سرپرست خانواده</td><td>*SSN</td></tr></tbody></table> قسمت پ – درآمد/منبع درآمد/هزینه زندگی ۶. الف. مقدار کلی درآمد خانه یا درآمدهای دیگر که کلیه اشخاص ذکر شده در بالا در دوره مزایای حادثه دریافت کرده اند یا خواهند گرفت چقدر است؟ دلار ب. کلیه منابع درآمد خود را ذکر کنید: ۷. در دوره مزایای حادثه، کلیه منابع نقدی را که اشخاص لیست شده در بالا دارند ذکر کنید. مقدار پولی که در قسمت ۶ ذکر شده است را درنظر نگیرید. <table><thead><tr><th>مقدار پول نقد موجود</th><th>حسابهای پس انداز</th><th>حسابهای جاری</th><th>سایر حسابها</th></tr></thead><tbody><tr><td>دلار</td><td>دلار</td><td>دلار</td><td>دلار</td></tr></tbody></table> ۸. مقدار هزینه ضرر و زیان مربوط به حادثه را که در زمان حادثه پرداخت کرده اید یا به نظر خود می پردازید وارد کنید. مقادیری را که در زمان حادثه، اشخاصی به غیر از اشخاص لیست شده فوق پرداخت خواهند کرد یا بازپرداخت خواهند کرد، ذکر نکنید. هزینه های قابل قبول شامل موارد زیر می شود: الف. هزینه های جبران خسارت وارد شده به خانه یا دیگر اموال ضروری برای کار یا کار شخصی اعضای خانواده. ب. هزینه های سکونت موقت در صورتیکه خانه غیرقابل سکونت باشد یا خانواده نتواند از آن استفاده کند؛ پ. هزینه های انتقال از محدوده ای که به دلیل حادثه تخلیه شده است؛ ت. هزینه های مربوط به حفاظت از خانه یا کار در برابر خسارت حادثه؛ ث. هزینه های پزشکی آسیبهای بدنی. ج. هزینه های کفن و دفن ناشی از حادثه. چ. هزینه های نگهداری از حیوانات خانگی بر اثر حادثه. ح. هزینه های مربوط به جایگزین کردن اقلام ضروری شخصی و خانوادگی مانند پوشاک، لوازم خانه، ابزار و وسایل تحصیل. خ. سوخت منبع اصلی گرم کننده. د. هزینه تمیزکردن. ذ. هزینه های وارد شده به خودرو در نتیجه حادثه. ر. هزینه نگهداری. ۹. الف. آیا افراد ذکر شده در بالا مزایای CalFresh می گیرند؟ اگر جواب مثبت است، چه کسی؟ استان _____ ایالت _____ دلار سهم ماهانه _____ ب. آیا آنها این ماه تقاضای جایگزین مزایای CalFresh را کرده اند یا آن را دریافت کرده اند؟ در صورت مثبت بودن جواب، چقدر گرفته اند یا خواهند گرفت؟ _____ بله خیر بله خیر مدرس شما بدینوسیله تایید می کنم که سوالات فرم درخواست را متوجه شده ام و خانواده من مزایای حادثه CalFresh را نیاز دارند. مجازاتهای فوق را خوانده ام (برای من خوانده شده است). اجازه می دهم اطلاعات ضروری برای تعیین صحت استحقاق دریافت مزایا منتشر شود. در صورت انتخاب، پس از دوره مزایای حادثه، در انجام بررسی کاملاً با کارمندان فدرال، استان و ایالت همکاری می کنم. همچنین قبول دارم که ممکن است لازم باشد مزایای اضافی در نتیجه گزارش نادرست یا ناقص من، دیگر اعضای بزرگسال خانواده، یا نماینده مجاز را برگردانم. با اطلاع از مجازات گواهی دروغ و قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم اطلاعات گنجاندن شده در فرم درخواست صحت دارد، واقعیت دارد و کامل است. <table><thead><tr><th>امضا (عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز)</th><th>DATE</th><th>WORKER'S SIGNATURE</th></tr></thead><tbody><tr><td>شاهد، در صورتیکه بجای امضا ضربدر زنده آید</td><td>تاریخ</td><td>تاریخ</td></tr></tbody></table>		نام (سرپرست خانواده) (HH)		*SSN	تاریخ تولد	الف. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	ب. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	پ. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	ت. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	ث. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	ج. نام		نسبت با سرپرست خانواده	*SSN	چ. نام		نسبت با سرپرست خانواده		*SSN	مقدار پول نقد موجود	حسابهای پس انداز	حسابهای جاری	سایر حسابها	دلار	دلار	دلار	دلار	امضا (عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز)	DATE	WORKER'S SIGNATURE	شاهد، در صورتیکه بجای امضا ضربدر زنده آید	تاریخ	تاریخ
نام (سرپرست خانواده) (HH)																																																
*SSN	تاریخ تولد																																															
الف. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
ب. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
پ. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
ت. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
ث. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
ج. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده	*SSN																																															
چ. نام																																																
نسبت با سرپرست خانواده		*SSN																																														
مقدار پول نقد موجود	حسابهای پس انداز	حسابهای جاری	سایر حسابها																																													
دلار	دلار	دلار	دلار																																													
امضا (عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز)	DATE	WORKER'S SIGNATURE																																														
شاهد، در صورتیکه بجای امضا ضربدر زنده آید	تاریخ	تاریخ																																														