WORK PAYS IN SO MANY WAYS

اظهاریه مسلمات برای کمك نقدی، کوپن های غذایی و MEDI-CAL/34-COUNTY /برنامه خدمات پزشکی بخشداری که توسط ایالت اداره می شود (CMSP)

- پاسخ به همه سوالات در مورد مزایایی که درخواست می کنید را پر کنید. همه پاسخ ها را با جوهر بنویسید. "CA" برای کمك نقدی، "FS" برای کوپن غذایی و "MC" برای Medi-Cal/34-County CMSP در سمت راست هر سوال به شما می گوید کدام سوال برای کدام برنامه است.
- هرگونه مدرك (از قبیل صورتحساب ها، رسید ها و سیاهه ها) که از پاسخ های شما حمایت می کند را ارائه کنید. هنگامیکه برای دریافت مدرك ویا پر کردن این فرم به کمك نیاز دارید، به مأمور رسیدگی به پرونده خود بگویید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یك برگه دیگر را الصاق کنید.
- اگر برای کوپن های غذایی درخواست می کنید و یك عضو بزرگسال خانوار نیستید، یك اجازه نامه کتبی را الصاق کنید که توسط سرپرست خانوار ویا عضو بزرگسال دیگر امضاء شده باشد.

فقط برای استفاده شهرستان

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC (1) **A. فردی که درخواست می کند ویا خویشاوند مراقبت دهنده به کودکانی که نیاز به کمك دارند.**

اسم: | تلفن منزل ( )

نشانی منزل (شماره، خیابان) | نشانی پستی (اگر متفاوت است) | تلفن در طول روز ( )

کد پستی | ایالت | شهر | کد پستی | ایالت | شهر

FS **B. آیا بی خانمان هستید؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله": آیا به طور موقتی در خانه فرد دیگری اقامت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله": تاریخی که شروع به اقامت در این خانه کردید را قید کنید:

CA **C. ضـ. آیا یدی اوراامیه پـاـزت اوله یدا بـانـپـاـزت ـیدـافـت ـیـه ایدـه؟** ☐ بله ☐ خیر

(2) **برای هر فرد بزرگسالی که در خانه زندگی می کند، همه اطلاعات را به ما بدهید.**

CA FS MC **(A)** اسم فرد بزرگسال (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده ☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

وابستگی به متقاضی ویا خویشاوند مراقبت کننده از کودك (ها) | تاریخ تولد (سال روز ماه) | شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن | نابینا، ناشنوا ویا معلول ☐ بله ☐ خیر | حامله ☐ بله ☐ خیر | محل تولد کشور ایالت شهر

نوع کمك مورد درخواست (√) ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ هیچیك ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

وضعیت تأهل (√) ☐ متأهل ☐ هرگز متأهل نبوده ☐ متارکه کرده ☐ طلاق گرفته ☐ ازدواج عرفی ☐ بیوه

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(B)** اسم فرد بزرگسال (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده ☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

وابستگی به متقاضی ویا خویشاوند مراقبت کننده از کودك (ها) | تاریخ تولد (سال روز ماه) | شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن | نابینا، ناشنوا ویا معلول ☐ بله ☐ خیر | حامله ☐ بله ☐ خیر | محل تولد کشور ایالت شهر

نوع کمك مورد درخواست (√) ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ هیچیك ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

وضعیت تأهل (√) ☐ متأهل ☐ هرگز متأهل نبوده ☐ متارکه کرده ☐ طلاق گرفته ☐ ازدواج عرفی ☐ بیوه

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(C)** اسم فرد بزرگسال (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده ☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

وابستگی به متقاضی ویا خویشاوند مراقبت کننده از کودك (ها) | تاریخ تولد (سال روز ماه) | شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن | نابینا، ناشنوا ویا معلول ☐ بله ☐ خیر | حامله ☐ بله ☐ خیر | محل تولد کشور ایالت شهر

نوع کمك مورد درخواست (√) ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ هیچیك ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

وضعیت تأهل (√) ☐ متأهل ☐ هرگز متأهل نبوده ☐ متارکه کرده ☐ طلاق گرفته ☐ ازدواج عرفی ☐ بیوه

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

فقط برای استفاده شهرستان

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in (13)) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in (13)) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

فقط برای استفاده شهرستان

3 برای هر کودکی که در خانه زندگی می کند، کودکی که برای مدت کوتاهی خانه را ترک کرده ویا کودکی که به عنوان یك وابسته مالیاتی ادعا می کنید، همه اطلاعات را به ما بدهید. اگر حامله هستید، کودك را به عنوان "متولد نشده" فهرست کرده و تاریخ وضع حمل را ذکر کنید.

CA FS MC (A) اسم کودك (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده
☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

کودك به خاطر وضعیت والدین به کمك نیاز دارد (در زیر تیك (√) بزنید)

شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن

تاریخ تولد ویا تاریخ وضع حمل (ماه، روز، سال)

سن کودك

محل تولد (شهر/ایالت/کشور)

حامله ☐ بله ☐ خیر

آیا مایه کوبی ها انجام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

نابینا، ناشنوا ویا معلول؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این کودك در حال حاضر در مدرسه ثبت نام شده است؟ (√) ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، اسم مدرسه:

نوع کمك درخواست شده ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ Medi-Cal ☐ هیچیك

اسم مادر

رابطه خویشاوندی با متقاضی ویا خویشاوند مراقبت دهنده به کودك

آیا کودك در حال حاضر در خانه شما زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم پدر

فوت پدر/مادر | معلولیت پدر/مادر | غیبت پدر/مادر | بیکاری پدر/مادر

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) اسم کودك (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده
☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

کودك به خاطر وضعیت والدین به کمك نیاز دارد (در زیر تیك (√) بزنید)

شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن

تاریخ تولد ویا تاریخ وضع حمل (ماه، روز، سال)

سن کودك

محل تولد (شهر/ایالت/کشور)

حامله ☐ بله ☐ خیر

آیا مایه کوبی ها انجام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

نابینا، ناشنوا ویا معلول؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این کودك در حال حاضر در مدرسه ثبت نام شده است؟ (√) ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، اسم مدرسه:

نوع کمك درخواست شده ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ Medi-Cal ☐ هیچیك

اسم مادر

رابطه خویشاوندی با متقاضی ویا خویشاوند مراقبت دهنده به کودك

آیا کودك در حال حاضر در خانه شما زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم پدر

فوت پدر/مادر | معلولیت پدر/مادر | غیبت پدر/مادر | بیکاری پدر/مادر

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) اسم کودك (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده
☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

کودك به خاطر وضعیت والدین به کمك نیاز دارد (در زیر تیك (√) بزنید)

شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن

تاریخ تولد ویا تاریخ وضع حمل (ماه، روز، سال)

سن کودك

محل تولد (شهر/ایالت/کشور)

حامله ☐ بله ☐ خیر

آیا مایه کوبی ها انجام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

نابینا، ناشنوا ویا معلول؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این کودك در حال حاضر در مدرسه ثبت نام شده است؟ (√) ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، اسم مدرسه:

نوع کمك درخواست شده ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ Medi-Cal ☐ هیچیك

اسم مادر

رابطه خویشاوندی با متقاضی ویا خویشاوند مراقبت دهنده به کودك

آیا کودك در حال حاضر در خانه شما زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم پدر

فوت پدر/مادر | معلولیت پدر/مادر | غیبت پدر/مادر | بیکاری پدر/مادر

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) اسم کودك (اول، وسط، آخر)

وضعیت شهروندی/غیرشهروندی (√) ☐ شهروند/تبعه ایالات متحده
☐ غیرشهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

کودك به خاطر وضعیت والدین به کمك نیاز دارد (در زیر تیك (√) بزنید)

شماره تأمین اجتماعی

جنسیت (√) ☐ M:مرد ☐ F:زن

تاریخ تولد ویا تاریخ وضع حمل (ماه، روز، سال)

سن کودك

محل تولد (شهر/ایالت/کشور)

حامله ☐ بله ☐ خیر

آیا مایه کوبی ها انجام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

نابینا، ناشنوا ویا معلول؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این کودك در حال حاضر در مدرسه ثبت نام شده است؟ (√) ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، اسم مدرسه:

نوع کمك درخواست شده ☐ کمك نقدی ☐ کوپن های غذایی ☐ Medi-Cal ☐ هیچیك

اسم مادر

رابطه خویشاوندی با متقاضی ویا خویشاوند مراقبت دهنده به کودك

آیا کودك در حال حاضر در خانه شما زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم پدر

فوت پدر/مادر | معلولیت پدر/مادر | غیبت پدر/مادر | بیکاری پدر/مادر

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

		فقط برای استفاده شهرستان
CA (4)	**پدر/مادر (های) کودکان ویا کودك متولد نشده ای که در خانه با شما زندگی نمی کند را ذکر کنید.**	☐ Verif. on File ☐ MC 13
	اسم پدر/مادر: ____ دلیلی که پدر/مادر در خانه زندگی نمی کند: ____	
CA FS (5)	**آیا فردی وضعیت شهروندی/مهاجرتش در 12 ماه گذشته تغییر کرده است؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید:	
	اسم: ____ چه چیزی تغییر کرده: ____ تاریخ: ____ شماره بیگانه (اگر مربوط می شود): ____	
CA FS (6)	**A. آیا فرزند خوانده ای در خانه زندگی می کند؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **بله**، چه کسی:	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS	**B. آیا می خواهید که فرزند خوانده (ها) و درآمد مراقبت از فرزند خواندگی در پرونده کوپن غذا منظور شود؟** ☐ بله ☐ خیر	
CA FS (7)	**آیا هرگز فردی از اسم دیگری استفاده کرده است (اسم خانوادگی پدری، اختیار شده و غیره)؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید:	
	اسم: ____ اسم (های) دیگری که استفاده شد: ____	
	اسم: ____ اسم (های) دیگری که استفاده شد: ____	
	بله / خیر	Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA MC (8)	**A. آیا فردی در کالیفرنیا زندگی می کند؟** اگر **"خیر"**، توضیح دهید:	
CA	**B. آیا همه قصد دارند که به طور دائم در کالیفرنیا باقی بمانند؟**	☐ Property
CA	**C. آیا فردی خانه ای را در خارج کالیفرنیا دارد، اجاره ویا نگه داری می کند؟**	☐ PA
CA MC	**D. آیا فردی در حال حاضر امداد دولتی در خارج کالیفرنیا دریافت می کند؟** اگر **"بله"**، توضیح دهید:	
CA	**E. آیا فردی قصد دارد که کالیفرنیا را برای بیش از 30 روز ترك کند؟**	
MC (9)	**آیا 18 تا 21 سال سن دارید و به عنوان یك وابسته برای منظورات مالیات بردرآمد قید شده اید؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **بله**، چه کسی:	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS (10)	**A. آیا کمك نقدی ویا کوپن های غذایی فردی به دلایل زیر قطع شده است: عدم همکاری در طول مرور کنترل کیفیت، محدودیت های کاری ویا کارآموزی ویا قصور در برآورده کردن شرایط کاری بزرگسالان توانا و سالم بدون وابسته (ABAWD) ویا به هر دلیل دیگري؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، در زیر توضیح دهید::	
	اسم: ____ چرا: ____ چه موقع: ____ کدام شهرستان/ایالت: ____	
CA FS	**B. آیا کمك نقدی ویا کوپن های غذایی فردی برای مدتی ویا برای همیشه به خاطر کلاهبرداری رفاهی ویا قصور عمدی از برنامه کوپن غذایی قطع شده است؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، در زیر توضیح دهید:	
	اسم: ____ چرا: ____ چه موقع: ____ کدام شهرستان/ایالت: ____	
FS (11)	**آیا فردی که با شما زندگی می کند به طور جداگانه از دیگران در خانه غذا می خرد ویا آشپزی می کند؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **بله**، چه کسی:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12)	**آیا فردی که با شما زندگی می کند، 60 سال ویا بیشتر سن دارد و به خاطر معلولیت قادر به خرید غذا ویا آشپزی به طور جداگانه نیست؟** ☐ بله ☐ خیر اگر **بله**، چه کسی:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

فقط برای استفاده شهرستان

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (13) A. آیا برای غذا و/یا اتاق به فرد دیگری پرداخت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم فردی که پرداخت می کنید	علامت بزنید (√) ☐ غذا ☐ اتاق ☐ هردو	چقدر $	چند وقت یکبار	تعداد وعده های غذایی در روز

CA FS B. آیا برای غذا و/یا اتاق به فرد دیگری پرداخت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم فردی که پرداخت می کنید	علامت بزنید (√) ☐ غذا ☐ اتاق ☐ هردو	چقدر $	چند وقت یکبار	تعداد وعده های غذایی در روز

FS (14) آیا فردی از یکی از برنامه های زیر خوراك دریافت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

- تسهیلات غذاخوری عمومی برای اشخاص مسن ویا معلول
- برنامه توزیع غذا که توسط ناحیه ویژه آمریکایی های بومی اداره می شود
- برنامه غذایی دیگر

اسم	اسم برنامه	اسم	اسم برنامه

CA FS MC (15) A. آیا فردی در هر یك از محل های زیر زندگی می کند: ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

- پناهگاه، مرکز
- منطقه آمریکایی های بومی
- بیمارستان روانی/تیمارگاه بیماران روانی
- ترتیبات زندگی گروهی برای افراد نابینا/معلول
- بیمارستان ویا آسایشگاه
- مسکن سوبسید شده برای افراد مسن
- مرکز توانبخشی معتادان به مواد مخدر یا الکل
- پانسیون و خانه مراقبت
- سازمان تنبیهی/تسهیلات اصلاحی

اسم	اسم مرکز، پناهگاه، بیمارستان و غیره	تاریخ ورود	تاریخی که انتظار می رود ترك کند

MC B. آیا فردی که در بیمارستان ویا آسایشگاه است، همسر ویا عضو خانواده دیگری دارد که در خانه هستند؟ ☐ بله ☐ خیر

CA (16) هر کودك به سن 6 تا 18 سال که به طور مرتب به مدرسه نمی رود را ذکر کرده و توضیح دهید که چرا به طور مرتب به مدرسه نمی رود.

☐ کودك 6 تا 18 سال نیست

اسم	دلیلی که به طور مرتب به مدرسه نمی رود

CA FS MC (17) A. آیا فردی 14 سال ویا بیشتر سن دارد و در مدرسه، کالج ویا برنامه کارآموزی مشغول به تحصیل است؟ اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید: ☐ بله ☐ خیر

اسم	سن	اسم مدرسه/کالج/برنامه کارآموزي	وضعیت (√) ثبت نام ☐ تمام وقت ☐ نیمه وقت ☐ دیگر (مشخص شود):	تعداد واحدها/ساعات در هفته	تاریخی که انتظار می رود فارغ التحصیل شود	کار می کند ☐ بله ☐ خیر
اسم	سن	اسم مدرسه/کالج/برنامه کارآموزي	وضعیت (√) ثبت نام ☐ تمام وقت ☐ نیمه وقت ☐ دیگر (مشخص شود):	تعداد واحدها/ساعات در هفته	تاریخی که انتظار می رود فارغ التحصیل شود	کار می کند ☐ بله ☐ خیر

CA FS B. قسمت زیر را برای هر فردی که در کالج ثبت نام کرده ویا به موسسه آموزشی مشابهی می رود پر کنید.

اسم	ترم (√) وضعیت را علامت بزنید ☐ نیمسال ☐ سال ☐ سه ماه	شهریه/هزینه هر ترم $	کتاب ها، ابزار و غیره در هر ترم $
رفت و برگشت به مدرسه/مهد کودك در روز به مایل	تعداد روزها در هفته که حضور می یابد	نوع ترابری	
هزینه ترابری در هفته $	مقداری که در هفته توسط اعضای »کار پول« پرداخت می شود $	ترابری عمومی (اتوبوس و غیره) در هفته $	

CA (18) A. آیا فردی زیر 20 سال است که حامله ویا پدر/مادر است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	سن	وضعیت را علامت بزنید (√) ☐ حامله ☐ پدر/مادر نوجوان

وضعیت مدرسه، تیك بزنید (√)

☐ دیپلم دبیرستان دارد ☐ GED: مدرك تحصیلات عمومی دارد ☐ به طور منظم مشغول تحصیل نیست (توضیح دهید):

☐ در حال حاضر مشغول تحصیل به طور منظم است ☐ دیگر (تشریح شود):

CA B. آیا فردی پاداش ویا جریمه نقدی ویا کمك در مراقبت از کودك، ترابری و غیره از برنامه Cal-Learn دریافت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	کجا (شهرستان)	تاریخ (هایی) که دریافت شد

CA FS (19) آیا شخصی در حال اعتصاب است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم اعتصاب کننده	اسم و نشانی کارفرما/برنامه کارآموزي
اسم اتحادیه کارگری	
تاریخ شروع اعتصاب	درآمد ماهانه (قبل از کسر مالیات) که از این کار قبل از اعتصاب کسب می کرد $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO

CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO

☐ MC 210 S-E

Referred to:

☐ Cal-Learn

☐ CW 25

☐ CW 25A

☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:

☐ CA ☐ FS

		بله	خیر
CA FS (20)	**آیا فردی که شامل کودکان می شود کار کرده ویا انتظار می رود کار کند که شامل کار نیمه وقت و غیرمنظم می شود؟** برای هر مورد "بله" ویا "خیر" **را تیك (√)** بزنید. اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:		
	آیا فردی در ظرف 60 روز گذشته از کار دست کشیده ویا از کارکردن ویا کارآموزی امتناع کرده است؟		
	آیا فردی در حال حاضر کار می کند ویا در کارآموزی است؟		
	آیا انتظار می رود که فردی در طول دو ماه آینده کار کند ویا در کارآموزی باشد؟		

اگر کار آزاد دارید: **برای کوپن غذا:** هزینه ها را بر روی یك برگه کاغذ جداگانه ذکر کنید.
برای کمك نقدی: علامت بزنید (√) که می خواهید هزینه های کاسبی شما به چه صورت در هر ماه محاسبه شود:
☐ کسری استاندارد 40٪ ☐ هزینه های حقیقی تجاری ☐ میانگین ماهانه (هزینه های تجاری در ماه تقسیم بر 12 ماه). **در مورد هزینه های حقیقی**، هزینه ها را بر روی یك برگه کاغذ جداگانه ذکر کنید.

CA FS MC (A) اسم | تعداد ساعات کار/کارآموزی در ماه: ماه گذشتهپ _____ این ماهپ_____ | اسم و نشانی کارفرما

تاریخ (های) پرداخت حقوق | شغل آزاد ☐ بله ☐ خیر | دستمزدها قبل از کسر مالیات $ در٦ | تاریخ دریافت آخرین چك | انعام ویا کارمزد دریافت می کند ویا انتظار می رود دریافت کند ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید: مقدار دریافت شده$ مقداری که انتظار می رود دریافت شود$

دلیل ترك کار/کارآموزی | آخرین روز کاری/کارآموزی

تاریخ دریافت چك بعدي | مقدار قبل از کسر مالیات $ | پیشه

CA FS MC (B) اسم | تعداد ساعات کار/کارآموزی در ماه: ماه گذشتهپ_____ این ماهپ_____ | اسم و نشانی کارفرما

تاریخ (های) پرداخت حقوق | شغل آزاد ☐ بله ☐ خیر | دستمزدها قبل از کسر مالیات $ در٦ | تاریخ دریافت آخرین چك | انعام ویا کارمزد دریافت می کند ویا انتظار می رود دریافت کند ☐ بله ☐ خیر اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید: مقدار دریافت شده$ مقداری که انتظار می رود دریافت شود$

دلیل ترك کار/کارآموزی | آخرین روز کاری/کارآموزی

تاریخ دریافت چك بعدي | مقدار قبل از کسر مالیات $ | پیشه

CA FS MC (21) **A. آیا شخصی برای مراقبت از یك کودك، بزرگسال معلول ویا وابسته دیگر پول می دهد تا بتواند سر کار یا مدرسه رفته ویا دنبال کار بگردد؟** ☐ **بله** ☐ **خیر**
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کرده و (√) اگر برای کار ویا کارآموزی.

چه کسی مراقبت دریافت می کند	چه شخصی پرداخت می کند	چه کسی مراقبت می دهد	☐ کار ☐ کارآموزي	مقدار پرداختی/چند وقت یکبار $ هر
چه کسی مراقبت دریافت می کند	چه شخصی پرداخت می کند	چه کسی مراقبت می دهد	☐ کار ☐ کارآموزي	مقدار پرداختی/چند وقت یکبار $ هر

CA FS MC **B. آیا فرد دیگری همه ویا بخشی از مخارج مراقبت از کودك را می پردازد؟** ☐ **بله** ☐ **خیر**
شامل مخارجی می شود که توسط خویشاوند ویا دوستی که در خانه زندگی نمی کند، اداره آموزش، Block Grant و غیره پرداخت می شود. اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید.

اسم کودك	چه شخصی پرداخت می کند	مقدار پرداختی در ماه $	چه شخص دیگری می پردازد	مقدار پرداختی در ماه $
اسم کودك	چه شخصی پرداخت می کند	مقدار پرداختی در ماه $	چه شخص دیگری می پردازد	مقدار پرداختی در ماه $

FS MC (22) **آیا هیچکس مبلغی را برای حمایت از کودك ویا همسر پرداخت می کند؟** ☐ **بله** ☐ **خیر**
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

چه شخصی پرداخت می کند	برای چه شخصي	مقدار ماهانه $

CA FS MC (23) **آیا فردی که شامل کودکان می شود، برای بیمه بیکاری ویا مزایای بیمه معلولیت در طول 12 ماه گذشته درخواست ویا آنرا دریافت کرده است ویا انتظار دارد که در آینده این مزایا را دریافت کند؟** ☐ **بله** ☐ **خیر**
اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	تاریخ درخواست	کجا (شهرستان/ایالت)	آخرین تاریخ دریافت
اسم	تاریخ درخواست	کجا (شهرستان/ایالت)	آخرین تاریخ دریافت

CA (24) **آیا فردی پرداخت نقدی ویا خدمات غیرنقدی Diversion را از هر بخشداری ویا ایالت دیگری دریافت کرده است؟** اگر **"بله"**، قسمت زیر را پر کنید: ☐ **بله** ☐ **خیر**

اسم	بخشداری/ایالت	مقدار دریافت شده $	خدمات دریافتی را فهرست کنید	ارزش تخمینی خدمات $	تاریخ دریافت

فقط برای استفاده شهرستان

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for: ☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care? ☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

تاریخچه اشتغال

CA FS (25) آیا هیچیك از والدین که در خانه زندگی می کند در طول 24 ماه گذشته کار می کرده ویا در کارآموزی بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:
- همه اشتغالی که در داخل و خارج ایالات متحده (U.S.) داشتید را شامل کنید.
- کاری که در مقابل چیزی به غیر از پول، از جمله اجاره، خوراك، تسهیلات شهری ویا هرچیز دیگری انجام دادید را شامل کنید.
- با اخرین کار ویا کارآموزی هر فرد شروع کنید.

A. اسم

آیا یك بومی آمریکایی می باشد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قبیله را ذکر کنید:

	اسم و نشانی کارفرما ویا برنامه کارآموزی در صورتی که کار ویا کارآموزی بود، علامت بزنید (√)	هنگام اشتغال به کار سال روز ماه از تاریخ تا تاریخ	مقدار پرداخت شد	اسم و نشانی کارفرما ویا برنامه کارآموزی در صورتی که کار ویا کارآموزی بود، علامت بزنید (√)	هنگام اشتغال به کار سال روز ماه از تاریخ تا تاریخ	مقدار پرداخت شد
.1	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.4 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه
.2	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.5 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه
.3	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.6 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه

B. اسم

آیا یك بومی آمریکایی می باشد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قبیله را ذکر کنید:

	اسم و نشانی کارفرما ویا برنامه کارآموزی در صورتی که کار ویا کارآموزی بود، علامت بزنید (√)	هنگام اشتغال به کار سال روز ماه از تاریخ تا تاریخ	مقدار پرداخت شد	اسم و نشانی کارفرما ویا برنامه کارآموزی در صورتی که کار ویا کارآموزی بود، علامت بزنید (√)	هنگام اشتغال به کار سال روز ماه از تاریخ تا تاریخ	مقدار پرداخت شد
.1	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.4 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه
.2	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.5 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه
.3	☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه	.6 ☐ کار ☐ کارآموزی	از تاریخ تا تاریخ	$ ☐ هفتگی ☐ ماهانه

FS (26) آیا اعضای خانوار کوپن غذایی، شهروند ایالات متحده (U.S.)هستند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "خیر"، برای هر عضو خانوار کوپن غذایی که شهروند ایالات متحده نیست قسمت زیر را پر کنید.

اسم هر غیرشهروند	A. برای چند سال این فرد، همسرش و/یا والدینش (قبل از 18 سالگی این فرد) در ایالات متحده زندگی می کردند؟	B. در طول اقامت در ایالات متحده، برای چند سال که در ستون A گزارش شد این فرد، همسرش و/یا والدینش (قبل از 18 سالگی این فرد) با کار کردن در ایالات متحده امرار معاش می کردند؟	C. در طول اقامت در خارج ایالات متحده، جمعاً برای چند سال این فرد، همسرش و/یا والدینش (قبل از 18 سالگی این فرد) در ایالات متحده کار می کردند؟
.1			
.2			
.3			
.4			

CA FS MC (27) آیا فردی در خدمت نظام وظیفه ایالات متحده بوده ویا همسر، پدر/مادر ویا فرزند فردی است که در خدمت نظام وظیفه بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	شهروند ایالات متحده	وضعیت (√)	خاتمه خدمت محترمانه	شعبه خدمت	تاریخ خدمت
	☐ بله ☐ خیر	☐ سرباز مشغول به خدمت/سرباز بازنشسته ☐ همسر، والدین ویا فرزند سرباز مشغول به خدمت/سرباز بازنشسته	☐ بله ☐ خیر		
	☐ بله ☐ خیر	☐ سرباز مشغول به خدمت/سرباز بازنشسته ☐ همسر، والدین ویا فرزند سرباز مشغول به خدمت/سرباز بازنشسته	☐ بله ☐ خیر		

فقط برای استفاده شهرستان

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

فقط برای استفاده شهرستان

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: _____
Earnings from _____ to _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		
UIB Ineligible Reason:		

(26)
FS: ☐ 40 Quarters Verif.

(27)
☐ CW 5
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ YES ☐ NO

فقط برای استفاده شهرستان

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

28 A. CA FS MC **آیا هیچ شخصی که شامل کودکان می شود ، از منابعی که در زیر ذکر شده وجهی دریافت می کند ویا انتظار می رود که دریافت کند؟**
برای هر مورد "بله" ویا "خیر" را تیك (√) بزنید.

	بله	خیر		بله	خیر
آموزش کاری، رفاه- به- کار ویا برنامه دیگر			درآمد مربوط به آموزش VA (سربازان بازنشسته)		
سهمیه کارآموزی دیگر			کمك و رسیدگی به سربازان بازنشسته VA		
کمك هزینه، وام و بورسیه تحصیلي			معلولیت تأمین اجتماعی ویا درآمد امنیت تکمیلی/پرداخت تکمیلی ایالتی (SSI/SSP)		
CalWORKs/ کمك نقدی از ایالت دیگر			معلولیت سربازان بازنشسته VA		
امداد پناهنده (RCA)			معلولیت کارمند راه آهن		
برنامه امداد نقدی برای مهاجرین (CAPI)			درآمد بازنشستگی دیگر از سازمان دولتی فدرال، ایالتی ویا محلي		
GA/GR (امداد/کمك عمومی)			مرخصی معلولیت ویا استعلاجی غیردولتی دیگر		
کمك هزینه بیکاري			بازنشستگی ویا بازماندگان تأمین اجتماعي		
حمایت از کودك/همسر ویا پول نقد برای صورتحساب های پزشکی ویا حق بیمه			بازنشستگی از راه آهن		
مزایای اعتصاب			درآمد معلولیت دیگر از سازمان دولتی فدرال، ایالتی ویا محلي		
وام، هدیه، اهدائیه			درآمد بازنشستگی غیردولتی دیگر		
تسویه حساب های قانونی ویا بیمه / احکام دادگاهی در حال رسیدگي			وجوه پرداختی سرانه		
فروش اوراق، قراردادها، اسناد امانی، سفته ها			بردها (قمار/بخت آزمائی/بینگو، جوائز و غیره)		
کسری از حقوق ویا بازنشستگی نظامی			دیگر (تشریح شود):		

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	منبع درآمد	(مقدار دریافتی قبل از کسر مالیات)	چه موقع	چند وقت یکبار
		$		
		$		

(✔) if exempt

CA	FS	MC

B. CA FS MC **آیا کسی انتظار دارد که در مقداری که در حال حاضر دریافت می کند تغییر به وجود بیاید، از قبیل افزایش هزینه زندگي؟** ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	چه موردی	مقدار	چه موقع
		$	

29 CA FS MC **آیا فردی مسکن یا اجاره، تسهیلات شهری ویا پوشاك مجانی در ازای کار دریافت می کند؟** ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کرده و اگر مجانی ویا در ازای کار است (√) را علامت بزنید.

مورد دریافت شده	مجانی	در ازای کار	چه شخصی این مورد را فراهم می کند	ارزش	چه شخصی این مورد را فراهم می کند
مسکن ویا اجاره				$	
تسهیلات شهری				$	
خوراك				$	
پوشاك				$	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

30 A. CA FS MC **آیا کسی مالك مستغلاتی است ویا آنرا خریداری می کند، از قبیل زمین و/یا ساختمان در هرکجا که شامل خارج از ایالات متحده می شود ؟** ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید. زمین و/یا ساختمان هایی که مالکیت آنها مشارکتی است را شامل کنید.

نوع (زمین، کاندو، آپارتمان، خانه)	از این متعلقه چطور استفاده می کنید؟ علامت بزنید (√)	بله	خیر	مالك (ها)	نشانی محل	مبلغ بدهی	درآمد از اجاره
	در آن زندگی می کنید					$	$
برای فروش آگهی شده	محل اجاره ای						
☐ بله ☐ خیر	دیگر (تشریح شود):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

نوع (زمین، کاندو، آپارتمان، خانه)	از این متعلقه چطور استفاده می کنید؟ علامت بزنید (√)	بله	خیر	مالك (ها)	نشانی محل	مبلغ بدهی	درآمد از اجاره
	در آن زندگی می کنید					$	$
برای فروش آگهی شده	محل اجاره ای						
☐ بله ☐ خیر	دیگر (تشریح شود):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

B. CA MC **آیا فردی مالك خانه ای است که در حال حاضر در آن زندگی نمی کند ولی امیدوار است که روزی به آن باز گردد ؟** ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

مالك دارایی	نشانی دارایی	تاریخ احتمالی بازگشت (اگر می دانید)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $
FS $
MC $

فقط برای استفاده شهرستان

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned
Date _____
☐ Resource Verified: Explain how:

Total Value = $_____
☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____
☐ CA Restricted Account

CA FS MC (31) A. **آیا فردی که شامل کودکان می شود، یکی از منابع شخصی ویا بازرگانی زیر را دارد؟** هر مورد را "بله" ویا "خیر" تیك (√) بزنید. هر یك از منابعی که مالك هستید، استفاده یا کنترل می کنید ویا مشترکاً با فرد (افراد) دیگر نگهداری می کنید را شامل کنید (حتی اگر فقط برای آسودگی باشد). بخشداری مشخص خواهد کرد که آیا این منابع به حساب می آیند.

	بله	خیر		بله	خیر
پول نقد (در دسترس ویا جای دیگر)			صندوق حساب امانی (حتی اگر موجود نباشد)		
چك های نقد نشده (در دسترس ویا جای دیگر)			اسناد بهادار، رهن، قباله امانی، قرارداد فروش و غیره		
حساب های پس انداز - کودکان و بزرگسالان			طرح های IRA ویا Keogh و غیره		
حساب های جاری - حتی اگر استفاده نمی شوند			صندوق بازنشستگی که در صورتی که از کار دست بکشید موجود است (از قبیل PERS و غیره)		
حساب های بانك تعاونی			طرح های پرداخت پاداش عقب افتاده به کارمند		
سهام، اوراق قرضه، گواهی سپرده، حساب های بازار پول و غیره.			بیمه عمر ویا مستمری مادام العمر		
حقوق استخراج نفت ویا مواد معدنی			بهره دارایی عمر برای هرگونه مالکیت		
حساب امانی ویا قرارداد تدفین، بیمه، صندوق/پول تدفین تخصیص داده شده برای قطعه زمین در قبرستان، تابوت و اقلام تدفین دیگر			بیمه مراقبت دراز مدت		
			موجودی نقد EBT از ماه گذشته		
بازپرداخت مالیات بردرآمد			دیگر (تشریح شود)		

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

منبع مالی	مربوط به کاسبی	مالك	شماره حساب/بیمه نامه	اسم و نشانی بانك و غیره	ارزش جاری
	☐ بله ☐ خیر				$
	☐ بله ☐ خیر				$
	☐ بله ☐ خیر				$

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC B. **آیا فردی از هر یك از منابع فوق، پولی دریافت می کند ویا انتظار می رود دریافت کند، از قبیل بهره، سود سرمایه و غیره؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	منبع مالی	مقدار	چند وقت یکبار	مربوط به کاسبی
		$		☐ بله ☐ خیر
		$		☐ بله ☐ خیر

MC (32) **آیا ادعایی ثبت شده ویا آیا یك موافقت تضمینی با پزشك، کلینیك ویا بیمارستان در مقابل مایملکی که شما ویا عضوی از خانواده دارد امضاء کردید که به عنوان ضمانت برای خدمات مراقبت بهداشتی استفاده می شود؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

مقدار ادعا ویا تضمین شده	نوع و محل مایملك	تاریخ و نوع مراقبت پزشکی که دریافت شده/قرار است دریافت شود	اسم تأمین کننده
$			
$			

Verified: ☐ YES ☐ NO
Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO
Security Agreement: ☐ YES ☐ NO
MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

MC (33) A. **آیا فردی صاحب هرگونه مایملك شخصی است، از قبیل:** ☐ بله ☐ خیر

- قایق غیرموتوری، اتاقك کمپر، تریلر غیر موتوری
- اسلحه؛ ابزار؛ یا وسایل ورزشی و غیره
- حیوانات خانگی ویا اهلی برای استفاده شخصی
- جواهرات، کارهای هنری، عتیقه، کلکسیون، دوربین، وسایل موسیقی (پیانو، گیتار، آمپلی فایر و غیره).

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید: حلقه های ازدواج و نامزدی ویا یادگار خانوادگی را به شمار نیاورید. جواهری که بیش از 100$ و وسایل خانگی ویا اقلام شخصی که بیش از 500$ برای هر قلم ارزش دارند را ذکر کنید.

قلم	برای فروش آگهی شده	بهای خریداری شده ویا ارزش جاری	مبلغ بدهی	قلم	برای فروش آگهی شده	بهای خریداری شده ویا ارزش جاری	مبلغ بدهی
	☐ بله ☐ خیر	$	$		☐ بله ☐ خیر	$	$
	☐ بله ☐ خیر	$	$		☐ بله ☐ خیر	$	$

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
☐ Personal Property $500 + for Pickle Program
☐ Insignificant Value for 1931(b)
☐ Listed for sale (Specify):

MC B. **آیا فردی دارایی بازرگانی از قبیل ابزار، موجودی و مواد، وسایل بازرگانی، حیوانات اهلی و غیره دارد؟** هر گونه دارایی که با فرد (افراد) دیگر سهیم می شوید ویا مشترکاً نگه می دارید را شامل کنید. اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید: ☐ بله ☐ خیر

قلم	برای فروش آگهی شده	بهای خریداری شده ویا ارزش جاری	مبلغ بدهی	قلم	برای فروش آگهی شده	بهای خریداری شده ویا ارزش جاری	مبلغ بدهی
	☐ بله ☐ خیر	$	$		☐ بله ☐ خیر	$	$
	☐ بله ☐ خیر	$	$		☐ بله ☐ خیر	$	$

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)
CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

(34) CA MC **آیا فردی دارایی واقعی از قبیل خانه ویا زمین؛ ویا دارایی شخصی از قبیل پول، اتومبیل، حساب های بانکی، وجه نقد از تسویه حساب قانونی ویا بیمه حوادث ویا هر چیز دیگری را فروخته، خرج کرده، معادله کرده، انتقال داده ویا واگذار کرده است؟** (هرگونه دارایی که در طول 12 ماه گذشته برای کمك نقدی، 3 ماه برای کوپن های غذایی و در طرف 2 - سال (30 ماه) گذشته برای Medi-Cal فروخته ویا مبادله شده را ذکر کنید).
اگر "بله"، کدام و چه موقع را توضیح دهید:

☐ **بله** ☐ **خیر**

(35) CA FS MC **آیا فردی صاحب یك وسیله نقلیه موتوری است، از آن استفاده می کند ویا اسمش بر روی برگه ثبت آن است، از قبیل: اتومبیل، موتورسیکلت، اسنوموبیل، وسایل نقلیه تفریحی و غیره حتی اگر کار نمی کند؟** اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد هر وسیله نقلیه، به برگه ثبت خود مراجعه کنید:

☐ **بله** ☐ **خیر**

	وسیله نقلیه (1)	وسیله نقلیه (2)	وسیله نقلیه (3)
صاحب وسیله نقلیه			
اسم فردی که از وسیله نقلیه استفاده می کند			
سال/ سازنده/ مدل			
شماره جواز			
ارزش تخمینی	$	$	$
تتمه بدهی	$	$	$
جواز دارد	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
اجاره شده	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر

از این وسیله نقلیه چطور استفاده می کنید؟ هر مورد را "بله" ویا "خیر" تیك (√) بزنید.	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
به عنوان یك خانه						
برای رفتن به سرکار ویا کارآموزی ویا برای جستجو برای کار						
برای شغل آزاد، تکفل مخارج خود ویا استفاده تجاری						
برای عضو معلول خانوار لازم است						
برای دریافت سوخت ویا آب خانوار						
فقط برای استفاده تفریحاتی						

فقط برای استفاده شهرستان

Transfer of Assets:
☐ CA in last 12 months
☐ FS in last 3 months
☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown
Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
☐ Verifications viewed
☐ Leased vehicle:
☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
☐ Pickle Program:
Use Pickle Handbook
(Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____$_____

(2) Date:_____$_____

(3) Date:_____$_____

فقط برای استفاده شهرستان - وسائط نقلیه

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA
Excess Value $ _____
Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

فقط استعمال برای ایالت

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

CA FS (36) **A. آیا کسی هیچ ارزش های مسکونی دارد؟** ☐ **بله** ☐ **نه**

گر "بله"، زیری را پرکنید:

ارزش های مسکونی	ارزش کل	شما چقدر پردازید	چقدر خانوادهٔ دیگر/عضوهای اهل خانه پردازند	کی به کی گواهی نامه
پرداخت	$	$	$	
پرداخت مسکن (وام)	$	$	$	
مالیات املاک (گر در پرداخت مسکن نیست)	$	$	$	
بیمه (گر در پرداخت مسکن نیست)	$	$	$	
دیگر (توضیح دهید)	$	$	$	

CA FS **B. آیا کسی دیگه همه را یا قسمت این ارزشهای مسکونی را می پردازد؟** ☐ **بله** ☐ **نه**
نسبی را یا دوست را که در مسکن اقامت ندارند، هیچ برنامه های کمک پردازی را به حساب می آورید، مانند HUD در بخش 8، وغیره آن. گر "بله" زیری را پر کنید.

نوع ارزش مسکن	اسم مردم که می پردازد	چقدر هریک می پردازد	کی به کی گواهی نامه
		$	
		$	

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

Utility allowance
- ☐ SUA
- ☐ LUA
- ☐ TUA
- ☐ None allowed

FS (37) **A. آیا کسی هیچ ارزش های سود مندی دارد؟** ☐ **بله** ☐ **نه**

گر "بله" لطفاً همه جعبه های زیری را باز دید کنید که به کار می اندازد.

گاز		زباله یا آشغال	
برق		لولهٔ فاضلاب	
سوخت دیگر (مانند پروپان، گاز بوتان، چوب، زغال سنگ وغیره آن)		تلفن/دیگر وسیلهٔ ارتباط مانند انترنت وغیره آن	
آب		دیگر (توضیح دهید)	

FS **B. آیا شما گاز، برق یا سوخت دیگر را برای گرم سازی یا خنک سازی استمعال کنید؟** ☐ **بله** ☐ **نه**

گر "بله"، لطفاً زیری را باز دید کنید.

سودمندی	استعمال شده برای گرم سازی یا خنک سازی
گاز	☐ **بله** ☐ **نه**
برق	☐ **بله** ☐ **نه**
سوخت دیگر	☐ **بله** ☐ **نه**

☐ F.S. I.D. Issued

FS (38) **شما کسی دیگه را در اهل خانه خود یا کسی دیگر را بیرون از اهل خانهٔ خود برای استعمال بردن نفع کوپن غذا را برای خریدن غذا برای شما میتوانید اختیار داد. اگر شما می خواهید که کسی را اختیار دهید، زیری را پرکنید:**

اسم نمایندهٔ اختیار داده	ادریس	تلفن
		( )

فقط برای استفاده شهرستان

Retroactive Application
☐ Retro Only
☐ Retro and Cont.
☐ MC 210A

CA MC (39) **آیا فردی در این ماه ویا در طول سه ماه قبل از این ماه مداوای پزشکی/حاملگی دریافت کرده است؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

اسم فردی که مراقبت را دریافت می کند	ماه های مراقبت	وجوهی که برای مراقبت پرداخت شد		آیا برای آن ماه ها MEDI-CAL می خواهید؟	
		بله	خیر	بله	خیر

CA FS MC (40) **آیا فردی برای MEDICARE پوشش دارد؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB/QI
☐ QDWI

فردی که پوشش داده شده	شماره ادعا برای MEDICARE	برای	از چك کسر می شود	از جیب پرداخت می شود	دیگر
		قسمت A			
		قسمت B			
		قسمت A			
		قسمت B			

(√) حق بیمه ماهانه چطور پرداخت می شود

CA MC (41) **آیا فردی بیمه بهداشتی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، بستری شدن در بیمارستان ویا مراقبت طولانی مدت ویا طرح های بهداشتی/درمانی از قبیل Kaiser، Blue Cross، CHAMPUS و غیره دارد؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO

☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

شرکت بیمه	فردی که بیمه شده	تاریخ انقضا	مقدار حق بیمه	چند وقت یکبار پرداخت می شود
			$	
			$	

CA MC (42) **آیا فردی از طرف پدر/مادر، کارفرما ویا پدر/مادر غایب بیمه بهداشتی/درمانی دریافت می کند که برایش درخواست نشده است؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

☐ DHS 6155

شرکت بیمه	فردی که بیمه می شود	مقدار حق بیمه	چند وقت یکبار پرداخت می شود
		$	
		$	

CA MC (43) **آیا قرار است بیمه بهداشتی فردی تمام شود ویا در ظرف 60 روز گذشته تمام شده است؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

☐ DHS 6155

شرکت بیمه	فردی که بیمه شده	تاریخ انقضا	مقدار حق بیمه	چند وقت یکبار پرداخت می شود
			$	
			$	

CA MC (44) **آیا فردی معلولیتی دارد که به واسطه آسیب ویا حادثه ای به وجود آمده که برایش کارکردن ویا رسیدگی به نیازهایش را مشکل می کند؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

☐ Third Party Liability

اسم فرد	نوع مشکل	تاریخی که مشکل شروع شد	تاریخی که انتظار می رود بهبود یابد

CA FS (45) A. **آیا فردی بیماری (ها) ویا وضعیت (های) پزشکی دارد که به یکی از موارد زیر نیاز دارد؟**

هر مورد را "بله" ویا "خیر" تیك (√) بزنید.

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

	بله	خیر		بله	خیر
رژیم غذایی مخصوص که توسط یك پزشك تجویز شده			استفاده بسیار زیاد از تسهیلات		
نیاز ترابری مخصوص			خدمات رختشویی مخصوص		
تلفن ویا وسایل مخصوص دیگر			دیگر (مشخص شود):		
کار در خانه (فرد دیگری در خانه نمی تواند انجام دهد)					

اگر "بله"، توضیح دهید:

CA FS MC B. **آیا کودك ویا فرد معلولی در خانوار وجود دارد که نیاز به مراقبت توسط عضو دیگری از خانوار دارد؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، توضیح دهید:

CA MC C. **آیا فرد معلولی وجود دارد که کار می کند و هزینه های پزشکی (صندلی چرخ دار و غیره) دارد که برای اینکه بتواند کار کند لازم است؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را پر کنید:

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

اسم فرد	نوع هزینه	مقدار
		$
		$

CA FS D. **آیا فردی خدمات حمایت در خانه (IHSS) دریافت می کند؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله" چه فردی سرویس را دریافت می کند؟ _____ هرماه چقدر می پردازید؟ _____ $

فقط برای استفاده شهرستان	YES	NO
Special Need Verified		
Eligible for Special Need		

CA (46) آیا خانوار می خواهد برای پرداخت نیاز ویژه برای مسکن ویا اقلام ضروری خانوار که به خاطر شرایط ناگهانی ویا غیرعادی از قبیل زلزله، آتشسوزی ویا سیل مفقود شده ویا آسیب دیده اند درخواست کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، در زیر توضیح دهید.

CA FS (47) آیا هیچیك از اعضای خانوار شما برای اجتناب یك مجازات کیفری، بازداشت ویا حبس بعد از محکومیت ویا تخلف از آزادی مشروطً ویا التزامی در حال اجتناب ویا فرار از قانون هستند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، اسم فرد را ذکر کنید:

CA FS (48) آیا شما ویا یکی از اعضاء خانوار شما برای جرمی که مربوط به مواد مخدر می شود محکوم شده است؟ اگر خیر، به سوال 49 بروید. ☐ بله ☐ خیر

FS convictions after 8/22/96
CW convictions after 1/1/98

اگر بله، اسم: _____ تاریخ محکومیت: _____ .

محکومیت برای یکی از موارد زیر بود:

- حمل و نقل، واردات به ایالت، فروش، فراهم کردن، اداره و مدیریت، ارائه مجانی، کسب کردن برای فروش، خریداری به منظورات فروش، تولید ویا فرایند مواد اولیه به منظور تولید یك ماده کنترل شده ویا کشت، برداشت ویا فرایند ماری جوانا؟ ☐ بله ☐ خیر
- تشویق، وادار کردن، وسوسه ویا تهدید یك شخص صغیر به شرکت در هریك از فعالیت های فوق؟ ☐ بله ☐ خیر

Qualifying Drug Felon?
☐ Yes ☐ No

Meets felony conditions of eligibility?
☐ Yes ☐ No

آیا شما ویا عضوی از خانوار شما:

a) یك برنامه مداوای اعتیاد به مواد مخدر که از طرف دولت تأیید شده را تکمیل کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

b) در یك برنامه مداوا که از طرف دولت تأیید شده شرکت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

c) در یك برنامه مداوای اعتیاد که از طرف دولت تأیید شده ثبت نام کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

d) در فهرست انتظار برای یك برنامه مداوای اعتیاد به مواد مخدر که از طرف دولت تأیید شده قرار گرفته اید؟ ☐ بله ☐ خیر

e) استفاده از مواد کنترل شده را ترك کرده اید و مدرکی دارید که نشان بدهد ترك کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، لطفاً توضیح دهید: _____

CA MC (49) خدمات زیر موجود می باشند. پاسخ های شما به این سوالات بر روی واجد شرایط بودن شما تأثیر نخواهد گذاشت. هر مورد را "بله" ویا "خیر" تیك (√) بزنید.

	بله	خیر	
A. معاینه های منظم برای حفاظت از سلامتی خانواده شما در صورت درخواست موجود می باشند از طریق برنامه بهداشت کودك و جلوگیری از معلولیت (CHDP) برای اعضاء واجد شرایط خانواده شما که زیر 21 سال سن دارند.			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
• آیا در مورد خدمات CHDP به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟			☐ CHDP Referral
• آیا به خدمات پزشکی CHDP نیاز دارید؟			☐ Social Services Referral (MCO)
• آیا به خدمات دندانپزشکی CHDP نیاز دارید؟			
• آیا برای وعده ملاقات گذاشتن ویا ترابری به خدمات CHDP نیاز دارید؟			
B. آیا در مورد خدمات مایه کوبی به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟			☐ Referred for Immuniz.
C. حامله هستید، می توانید برای پیدا کردن پزشك، دریافت غذاهای سالم و موارد دیگر کمك دریافت کنید. آیا می خواهید در مورد این کمك با کسی صحبت کنید؟			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. آیا به یك کودك شیر مادر می دهید؟			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
اگر "بله"، آیا در ظرف 12 ماه گذشته وضع حمل کرده اید؟			
اگر "بله" را در (49) C یا D تیك زدید، ممکن است برای خدماتی که توسط برنامه غذای اضافی مخصوص برای زنان، نوزادان و کودکان (WIC) تأمین می شود واجد شرایط باشید.			☐ WIC referral
E. آیا شما ویا هر عضوی از خانواده به خدمات تنظیم خانواده مجانی ویا کم هزینه نیاز دارد تا به شما کمك کند از حاملگی های ناخواسته جلوگیری کنید و/یا کودك بعدی را داشته باشید. اگر"بله"، با برنامه مراقبت بهداشتی/درمانی ویا پزشك عادی خود تماس بگیرید. ویا، برای اطلاعات و محل درمانگاه های تنظیم خانواده محرمانه، با شماره رایگان 1054-942-800-1 تماس بگیرید.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

گواهی نامه

اینجانب به موارد زیر توجه دارم:

- هرگونه اطلاعات ارائه شده که شامل اطلاعات مزایا و درآمد می شود، با پرونده های محلی، ایالتی و فدرال مقایسه خواهد شد از قبیل کارفرما، مدیریت امنیت اجتماعی، مالیات، سازمان های رفاه و بیکاری، حضوریابی در مدرسه و غیره. و برای کمك نقدی و کوپن غذا، پرونده ها با سازمان های اجرای قانون برای حکم های دستگیری مقایسه خواهد شد.
- همه اطلاعاتی که ارائه کردم که شامل اطلاعات مزایا و درآمد می شود، ممکن است توسط کادر اداری شهرستان، ایالت و فدرال مرور و کنترل شده و اگر اطلاعات نادرستی را ارائه کنم، ممکن است کمك نقدی، کوپن غذا و Medi-Cal من رد شده ویا متوقف شود.
- پرونده ام ممکن است برای مرور انتخاب شود تا اطمینان حاصل شود که واجد شرایط بودنم به طور صحیح محاسبه شده و بایستی به طور کامل با کادر اداری شهرستان، ایالت ویا فدرال در تحقیق ویا مرور همکاری کنم که شامل مرور کنترل کیفیت می شود.
- بخشداری اطلاعات را برای خدمات مهاجرت و شهروندسازی ایالات متحده (USCIS) (قبلاً INS بود) ارسال خواهد کرد تا وضعیت مهاجرت تأیید شود و اطلاعاتی که بخشداری از USCIS دریافت می کند ممکن است بر روی واجد شرایط بودن من برای کمك نقدی، کوپن غذا و Medi-Cal کامل تأثیر بگذارد. ولی اگر صرفاً برای Medi-Cal درخواست می کنم، و (a) یك غیرشهروند قانونی مقیم دائم (LPR) ، (b) یك بیگانه عفو عمومی با یك I-688 معتبر و جاری، ویا (c) یك غیرشهروند که به طور دائم تحت طبقه بندی خاص قانون (PRUCOL) در ایالات متحده زندگی می کند نیستم، بخشداری اطلاعات را برای USCIS نخواهد فرستاد.
- در صورتیکه هزینه ای نداشته باشد بایستی برای هرگونه پوشش بهداشتی/درمانی موجود درخواست کنم؛ اگر اینکار را نکنم، Medi-Cal من رد شده ویا متوقف خواهد شد.
- من ویا عضو دیگری از خانواده لازم خواهد بود هر کمك نقدی که نبایستی دریافت می کردم را بازپرداخت کند.
- خانوار کوپن غذا، هر عضو بزرگسال خانوار کوپن غذا (حتی اگر خانه را ترك کرده است)، ضامن یك عضو غیرشهروند خانوار ویا نماینده مجاز ساکنین در یك موسسه واجد شرایط ممکن است لازم باشد که هرگونه مزایایی که خانوار نبایستی دریافت می کرد را بازپرداخت کنند.
- هر عضو خانوار که برای اجتناب از یك مجازات کیفری، بازداشت ویا حبس بعد از محکومیت ویا تخلف از آزادی به قید الزام ویا مشروط در حال اجتناب ویا گریختن از قانون است نمی تواند کمك نقدی ویا کوپن غذا دریافت کند.
- هر عضوی از خانواده که بعد از 22 اوت 1996 برای یك تخلف مربوط به مواد مخدر در رابطه با در اختیار داشتن، استفاده، تولید، فروش یا توزیع مواد کنترل شده ویا هر فعالیتی در رابطه با این اقدامات غیرقانونی ویا کشت، برداشت ویا فرایند ماری جوانا ویا درگیر کردن یك فرد صغیر در فعالیت های فوق محکوم شده باشد، نمی تواند مزایای کوپن غذایی دریافت کند.
- برای کمك نقدی و مزایای کوپن غذایی، بخشداری لازم خواهد دانست که من و اعضاء خاص خانوار انگشت نگاری شده و عکسبرداری شوند. در صورت عدم همکاری ممکن است همه مزایای من رد شده ویا متوقف شوند.

اینجانب همچنین به موارد زیر توجه دارم:

اگر عمداً اطلاعات نادرست ارائه کنم ویا در گزارش کردن همه اطلاعت ویا موقعیت هایی که ممکن است بر روی واجد شرایط بودن ویا مزایای من برای کمك نقدی، کوپن غذا ویا Medi-Cal تأثیر بگذارد قصور کنم، سلب صلاحیت شده و/یا برای کلاهبرداری در دریافت رفاه جریمه خواهم شد.

برای کمك نقدی:

- اگر عمداً مقررات کمك نقدی را مراعات نکنم، ممکن است تا حداکثر 10,000$ جریمه شوم و/یا برای 3 سال به زندان/حبس فرستاده شوم. و کمك نقدی من ممکن است متوقف شود:
  - برای گزارش نکردن همه اطلاعات ویا برای ارائه اطلاعات نادرست: 6 ماه برای اولین تخلف، 12 ماه برای تخلف دوم و تا ابد برای تخلف سوم؛ و برای کمك نقدی به پناهنده، 3 ماه برای تخلف اول و 6 ماه برای هر تخلف بعدی.
  - برای ارائه یك درخواست نامه ویا بیشتر برای دریافت کمك در بیش از یك مورد در آن واحد: 2 سال برای محکومیت اول، 4 سال برای محکومیت دوم و تا ابد برای محکومیت سوم.
  - برای محکومیت سرقت تبهکارانه برای دریافت کمك: 2 سال برای سرقت مقادیر زیر 2000$؛ 5 سال برای مقادیر 2000$ تا 4999.99$؛ و تا ابد برای مقادیر 5000$ یا بیشتر.
  - برای ارائه مدرك اقامت نادرست به شهرستان برای دریافت کمك در دو شهرستان ویا ایالت ویا بیشتر در آن واحد؛ ارائه مدرك نادرست به شهرستان برای یك کودك فاقد صلاحیت ویا کودکی که وجود ندارد؛ دریافت بیش از 10,000$ به صورت مزایای نقدی از طریق کلاهبرداري؛ دریافت یك محکومیت سوم برای کلاهبرداری در یك دادگاه قانونی ویا جلسه رسیدگی اجرایی: تا ابد.

برای کوپن غذا:

- اگر عمداً مقررات کوپن غذا را مراعات نکنم، کوپن های غذای من به مدت 12 ماه برای تخلف اول، 24 ماه برای بار دوم و تا ابد برای بار سوم متوقف خواهد شد. و ممکن است تا حداکثر 250,000$ جریمه شده و/یا برای 20 سال به زندان/حبس فرستاده شوم.
- اگر به خاطر یکی از این دلایل در هر دادگاهی مجرم شناخته شوم:
  - مزایای کوپن غذایی را برای اسلحه، مهمات ویا مواد منفجره مبادله کنم ویا به فروش برسانم، مزایای کوپن غذایی ام ممکن است برای اولین تخلف تا ابد متوقف شوند.
  - مزایای کوپن غذایی را برای مواد کنترل شده مبادله کنم ویا به فروش برسانم، مزایای کوپن غذایی ام ممکن است به مدت 24 ماه برای تخلف اول و تا ابد برای بار دوم متوقف شوند.
  - مزایای کوپن غذایی که 500$ یا بیشتر ارزش دارد را مبادله کنم ویا به فروش برسانم، ممکن است مزایای کوپن غذایی ام تا ابد متوقف شوند.
  - دو درخواست نامه ویا بیشتر برای مزایای کوپن غذایی را در آن واحد تسلیم کردم و مدرك شناسایی ویا اطلاعات اقامت ناصحیح را به بخشداری ارائه کردم، ممکن است مزایای کوپن های غذایی ام برای 10 سال متوقف شوند.

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این اظهاریه اطلاعات شخصی آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

امضاء (پدر/مادر ویا خویشاوند مراقبت دهنده، متقاضی MEDI-CAL، عضو بزرگسال خانوارکوپن غذا ویا نماینده مجاز کوپن غذایی)			تاریخ
امضاء (در صورتیکه برای کمك نقدی درخواست می شود، پدر/مادر دیگر که در خانه زندگی می کند)	تاریخ	امضاء شاهد، مترجم ویا فردی که از طرف متقاضی/ذینفع عمل می کند	تاریخ

فقط برای استفاده شهرستان

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE