فقط برای استفاده کانتی

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

اطلاعیه حقایق در مورد یك فرد اضافی

(درخواست تکمیلی برای CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها) و تقاضا برای کمك هزینه (کمک های نقدی از طریق برنامه کمک های عمومی شهرستان))

دستورالعمل ها: این فرم را پر کنید تا در مورد فرد جدیدی که وارد خانواده تان شده با ما بگویید. اگر برای پاسخ به سوالات به فضای بیشتری نیاز دارید، یك برگه کاغذ دیگر را پیوست کنید. به تمام سوالات در مورد مضایایی که می خواهید پاسخ بدهید. "CA" برای کمك هزینه و "CF" برای CalFresh در سمت چپ سوالات لیست شده اند که نشان می دهند کدام سوال مربوط به کدام برنامه است.

اگر شما کمك هزینه دریافت می کنید و کمك هزینه را برای فرد جدید در خانواده تان می خواهید، این فرم می باید توسط سرپرست بزرگسال خویشاوند یا فرد جدید پر شود، مگر این که فرد جدید کودک باشد.

برای خانواده های CalFresh، که کمك هزینه در یافت نمی کنند یا کمك هزینه را برای فرد جدید نمی خواهند، این فرم می باید توسط یك عضو خانواده، یك نماینده مجاز، یا فرد جدید پر شود.

لطفا با جوهر پرینت بگیرید.

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
CF ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
CW 25 Completed		
QR 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S._____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

CA CF (1) نام فردی که فرم را کامل می کند (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

CA CF (2) فرد جدید خانواده شما کودک تازه متولد شده را لیست کنید.

نام (نام میانی نام خانوادگی)

وضعیت شهروندی / غیر شهروندی (✓) ☐ شهروند ایالات متحده/ملیت

☐ غیر شهروند: ضمانت شده ☐ بله ☐ خیر

شماره تامین اجتماعی - -

تاریخ تولد - -

باردار ☐ بله ☐ خیر

آیا او پدر/مادر است؟ ☐ بله ☐ خیر

محل تولد (شهر/ ایالت/ کشور)

جنس (✓) ☐ مذکر ☐ مونث

وضعیت مدرسه (✓)

☐ دیپلم دبیرستان دارد

☐ یک GED دارد

☐ هم اکنون به مدرسه می رود.

☐ به مدرسه نمی رورد (توضیح دهید):

وضعیت تاهل

☐ متاهل ☐ هرگز ازدواج نکرده است ☐ جدا شده

☐ مطلقه ☐ حقوق عرفی ☐ بیوه

نابینا/ناشنوا/معلول ☐ بله ☐ خیر

آیا با درخواست کننده / سرپرست / رئیس خانواده نسبت دارد؟

اگر پاسخ مثبت است، رابطه را توضیح دهید: ☐ بله ☐ خیر

هرگونه نام استفاده شده دیگر: (دوشیزه، انتخابی و غیره)

نوع کمك درخواستی (✔) ☐ کمك هزینه ☐ CalFresh

CA CF (3) آیا او قبلا برای مزایا درخواست داده است، یا آن ها را دریافت کرده است، مانند: کمك هز ن ه، کمک به افراد بی خانمان، CalFresh، Medi-Cal، کمک نقدی برای پناهندگان؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، توضیح دهید:

چه زمانی؟	کجا (بخش/ ایالت/ کشور)	نوع مزایا

VERIFIED: Deprivation ☐ YES ☐ NO

CA (4) آیا او یك کودک زیر 19 سال است؟ اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید: ☐ بله ☐ خیر

نام والد یا سرپرست خویشاوند (✔) در خانه زندگی می کند	نام والد دیگر (✔) در خانه زندگی می کند	دلیلی که والد دیگر در خانه زندگی نمی کند.	کودک به کمك هزینه نیاز دارد به خاطر والدین (مواردی که صدق کنند را علامت بزنید)
			☐ عدم حضور ☐ بیکاری ☐ عدم صلاحیت ☐ فوت
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر		

CW 5 ☐ YES ☐ NO

Date Initiated _____

CA CF (5) آیا او در ارتش خدمت کرده است یا همسر، والد یا فرزند کسی بوده که در ارتش خدمت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید:

نام، شاخه خدمت و غیره را فهرست کنید.

ترخیص با سابقه خدمت مجدانه ☐ بله ☐ خیر

CA (6) آیا او در حال حاضر د رکالیفرنیا زندگی می کند و قصد دارد به زندگی در این جا ادامه دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ منفی است، توضیح دهید:

فقط مورد استفاده بخش

7A: ☐ Request dependency order

7B: CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: ☐ CA ☐ FC
CR: ☐ CA ☐ None
☐ Kin-GAP

7C: ☐ Medi-Cal
☐ Fee for Service

CA CF (7) آیا او یك فرزند خوانده است که با خانواده زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

A. آیا کودک به تبعیت از دادگاه در خانه شما گذاشته شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

B. آیا شما درآمد فرزند خوانده و مراقبت پرورشی در پرونده CalFresh می خواهید؟ ☐ بله ☐ خیر

C. آیا کودک در یك طرح مراقبت بهداشتی و سلامتی ثبت نام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

VERIFIED:
School Enrollment ☐ Yes ☐ No
CF Eligible Student ☐ Yes ☐ No

CA CF (8) A. آیا او بالای 16 سال است و در یك برنامه تعلیمی ثبت نام کرده است؟ اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید: ☐ بله ☐ خیر

نام مدرسه/ کالج/ برنامه تعلیمی	واحدها/ ساعت ها در هفته	تاریخ مورد انتظار فارغ التحصیلی	اشتغال؟
اگر ثبت نام شده است، وضعیت را علامت بزنید (✔) ☐ تمام وقت ☐ نیمه وقت ☐ سایر (مشخص کنید):			☐ بله ☐ خیر

CA CF B. اگر او در مدرسه یا کالج ثبت نام است یا در موسسات آموزشی مشابه حضور می یابد.

VERIFIED:
Expenses ☐ Yes ☐ No
Financial Aid ☐ Yes ☐ No

دوره	شهریه/ حق الزحمه به ازای هر ماه	کتاب ها، تجهیزات و غیره برای هر ترم
☐ ترم ☐ سال ☐ دوره سه ماهه	$	$
رفت و برگشت روزانه به مدرسه/ مراقبت از کودك	روزهایی که در هفته حضور می یابد	حمل و نقل مورد استفاده
هزینه حمل و نقل در هر هفته	مقدار پرداخت شده توسط اعضای کارپول	حمل و نقل عمومی (اتوبوس و غیره) در هر روز
$	$	$

CA CF (9) آیا او کمك هزینه یا CalFresh داشته که برای یك دوره زمانی یا همیشه متوقف شده است، به دلیل: عدم همکاری در طول بررسی کنترل کیفیت، کار یا ضمانت های تعلیمی یا در نتیجه فریب در رفاه یا تخلف عمدی از برنامه؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

چرا	چه زمانی؟	چه کشوری/ ایالتی

CA CF (10) **آیا هیچ یك از اعضای خانواده در حال فرار از قانون بخ دلیل پیگرد قانونی، توقیف شدن یا رفتن به زندان برای یك جرم بزهکاری یا تلاش برای یك جرم بزهکاری است؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، نام فرد را بگویید:

CA CF (11) **آیا هریك از اعضای خانواده تحت عفو مشروط توسط دادگاه به سر می برد؟** ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، نام فرد را بگویید:

Separate household eligible
☐ Yes ☐ No

CF (12) آیا او معمولا غذا را جدا از سایر افراد خانواده می خرد و آماده می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

Separate household eligible
☐ Yes ☐ No

CF (13) آیا او سن 60 سال یا بیشتر سن دارد و به دلیل ناتوانی قادر به خرید و تهیه غذا نیست؟ ☐ بله ☐ خیر

CF (14) آیا او برای وعده های غذایی و اتاق هزینه می پردازد؟ ☐ بله ☐ خیر

Household Elects

BOARDER	HH MEMBER	ROOMER

علامت بزنید (✔)	چه مقدار	چند وقت یك بار	تعداد وعد های غذایی در روز
☐ وعده ها ی غذایی ☐ اتاق ☐ هر دو	$		

CF (15) آیا او غذا را از هر یك برنامه های زیر دریافت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

- ساختمان ناهار خوری همگانی برای کهنسالان و معلولان
- برنامه توزیع غذا توسط رزرو بومیان آمریکا
- سایر برنامه های غذایی

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام برنامه

فقط مورد استفاده بخش

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ CF Adult
☐ CF Child

CF S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA CF (16) آیا او در حال حاضر کار میکند یا توقع دارد که در آینده کار کند؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ مثبت است قسمت پایین را کامل کنید. رسیدها یا سایر مدارك درآمد را پیوست کنید.
اگر شغل هنوز آغاز شده است، تاریخ آغاز مورد انتظار چه وقت می باشد؟ _____
(نکته: اگر دارای شغل آزاد است، مخارج کار را در یك برگه کاغذ جداگانه فهرست کنید و آن را به فرم پیوست کنید).

نام کارفرما	دارای شغل آزاد ☐ بله ☐ خیر	حرفه	ساعات/روزهای کاری در هفته

تاریخ پرداخت	حقوق قبل از آموزش ها $ برای هر	انعام یا حق الزحمه ها ☐ بله مقدار $ ☐ خیر

آیا این درآمد ادامه خواهد داشت؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ منفی است هر گونه تغییرات را در اینجا توضیح دهید:

Child Care Informing Given to Client:

Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Dependent Care Eligible

CA	CF
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA CF (17) A. آیا او برای مراقبت از کودک / بزرگسال معلول/ سایر خویشاوندان به کسی هزینه می پردازد تا بتواند سر کار برود یا برای پیدا کردن کار آموزش ببیند؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام فردی که مراقبت را دریافت می کند	نام فردیکه مراقبت می کند	مقدار پرداخت ماهیانه
		$
نام فردی که مراقبت را دریافت می کند	نام فردیکه مراقبت می کند	مقدار پرداخت ماهیانه
		$

CA CF B. آیا او مراقبت از کودک هایی را دریافت می کند که هزینه آن پرداخت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر
شامل هزینه های پرداخت شده توسط یك دوست یا خویشاوند، دپارتمان آموزش، کمك هزینه دانش آموزی، CAAP، SCC، WTW، NET، TCC، Cal-Learn، Block Grant و غیره.
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام کودک	چه کسی می پردازد؟	مقدار پرداخت ماهیانه
		$
نام کودک	چه کسی می پردازد؟	مقدار پرداخت ماهیانه
		$

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

☐ CA: 30 days

☐ CF: 60 days

CA CF (18) آیا او از کار کردن یا تعلیم دیدن در 60 روز گذشته دست کشیده است؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام و آدرس کارفرما/ برنامه تعلیمی	آخرین چك پرداختی دریافت شده (تاریخ)	مقدار قبل از آموزش ها $
	چك مورد انتظار (تاریخ)	مقدار قبل از آموزش ها $
تعداد ساعت های کار/ آموزش آخرین ماه _____ این ماه _____	آخرین روزهای کار/ تعلیم	انعام یا حق الزحمه ها ☐ بله مقدار $ ☐ خیر
	دلیل ترك شغل/تعلیم	

آیا فرد در این ماه مزایا دریافت می کند یا توقع دارد که مزایا دریافت کند؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ مثبت است قسمت پایین را کامل کنید.

Striker Regs Apply

CA	CF
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA CF (19) آیا او در اعتصاب است؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام و آدرس کارفرما/ برنامه تعلیمی	نام اتحادیه
	زمان تحصن یا اعتراض
	درآمد خالص حاصل از این شغل قبل اعتصاب $

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered

$

CF (20) آیا او برای حمایت فرزند یا همسر هزینه پرداخت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام فرزند یا همسر	مقدار در هر ماه $	دستور داده شده توسط دادگاه ☐ بله ☐ خیر

CA CF (21) او در 12 ماه گذشته برای مزایای دیگر مانند موارد زیر را درخواست داده است یا آن ها را دریافت کرده است: امنیت اجتماعی، بیمه بیکاری/ ازکار افتادگی، کمك هزینه، حمایت فرزند/ همسر، مزایای سرباز سابق، اسکان مجانی، تسهیلات مجانی و غیره؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نوع مزایا	مقدار	زمان درخواست	کجا (بخش/ ایالت)؟	آخرین تاریخ دریافت	چند وقت یك بار (هفتگی، ماهانه و غیره)	تاریخ مورد انتظار شروع و پایان
	$					شروع:
						پایان:

(✔) if Exempt	
CA	CF

آیا این درآمد ادامه خواهد داشت؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ منفی است هر گونه تغییرات را در اینجا توضیح دهید:

فقط مورد استفاده بخش

Home Exempt ☐ Yes ☐ No

Other Real Property

Market Value $_____

Amount Owed $_____

Net Value $_____

Lien Applicable ☐ Yes ☐ No

CA CF (22) آیا او مالك املاك و مستغلات مانند زمین و یا ساختمان در هر جایی، شامل خارج از آمریکا است یا آن ها را خریداری می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نوع (زمین، خانه، آپارتمان و غیره)	استفاده (خانه، اجاره، غیره)	آدرس یا محل	ارزش تخمینی	میزان بدهکاری
			$	$

CA CF (23) A. آیا او دارای هیچ یك از منابع زیر می باشد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، هر مورد را علامت بزنید (✓) و در پایین شرح دهید::

منبع	بله	خیر	منبع	بله	خیر
چك یا پول (در خانه یا هرجای دیگری)			وجوه امانی		
حساب های دارای چك/ پس انداز/ موسساتی که به افراد کم درآمد وام های کوچك می دهند.			بورس، اوراق بهادار، گواهی نامه ها، IRA، صندوق های بازنشستگی		
اسکناس، رهن، سند ودیعه، قراردادهای فروش			سایر (در پایین فهرست کنید)		

نوع منبع	مالك	شماره حساب/بیمه نامه	نام و آدرس بانك وغیره.	ارزش کنونی	(✓) if Exempt CA	CF
				$		
				$		

CA CF B. آیا او در آمدی از هر یك از موارد زیر مانند بهره، سود سهام و غیره دریافت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است هر مورد را لیست کنید و در پایین توضیح دهید:

منبع پول	چه مقدار	چند وقت یك بار
	$	
	$	

(✓) If Exempt Leased

☐ Exempt

☐ Leased

Vehicle Valuation

CA CF (24) آیا او هر وسیله موتور دارد یا آن را کرایه می کند، مانند: اتومبیل، کامیون، قایق، تریلر، ون، خانه متحرك، وسایل نقلیه صوفس غیر جاده ای (ATVs)، موتورسیکلت، جت اسکی و غیره؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام مالك، اگر کرایه ای است، علامت بزنید (✔)	سال، ساخت، مدل چگونگی استفاده	شماره گواهینامه و وضعیت ثبت نام	شماره گواهینامه و وضعیت ثبت نام	گواهی نامه دار (✔)	ارزش تخمینی	موازنه بدهکاری
☐ کرایه ای				☐ بله ☐ خیر	$	$

☐ Owned Jointly

☐ Owned Separately

Net Market Value

$ _____

CA CF (25) آیا او دارای دارایی شخصی با ارزش حداقل 100$ برای هر مورد است یا که اکنون حداقل 100$ ارزش دارد، یا از آن استفاده می کند، مانند: جواهرات، تجهیزات، ابزار، احشام و غیره؟ لباس، حلقه ازدواج، فرش، وسائل خانه، وسایل برقی، و سایر وسایل خانه را خانه را. ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

مالك	نام موارد	تاریخ خرید	قیمت خرید یا ارزش کنونی	موازنه بدهکاری
			$	$
			$	$

Closed Bank Accounts:

☐ CalFresh in last 3 months

CA CF (26) آیا او هیچ دارایی شخصی یا غیر منقولی را در 2 ساله گذشته برای کمك هزینه و در 3 ماه گذشته برای CalFresh فروخته یا بخشیده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، در زیر توضیح دهید:

Total CSV

(1) _____

(2) _____

Total Countable Property:

Items 22-27

CA $ _____

CF $ _____

CA (27) آیا او دارای هر یك پوشش های بیمه ای زیر می باشد: عمر، خاکسپاری، از کار افتادگی یا رهن؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام کمپانی بیمه	شماره بیمه نامه	حق بیمه پرداختی توسط (نام)	مقدار پرداخت شده
			$

☐ Health Care Options Explanation Given

Referral _____

NA _____

☐ DHS 6155

☐ DFA 285-C

Medicare Gross Premium

$_____

CA CF (28) آیا او دارای بیمه سلامتی یا بستری می باشد؟ شامل بیمه های توسط کارفرما یا والد غایب پرداخت می شوند، مثل: Medicare، CHAMPUS، Kaiser، Blue Cross، و غیره؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام کمپانی بیمه	تاریخ انقضا	مقدار اضافی	چند وقت یکبار پرداخت می شوند.
		$	

فقط مورد استفاده بخش

Retro Medi-Cal
Requested ☐ Yes ☐ No
Approved ☐ Yes ☐ No

CA 29 آیا او در این ماه یا در سه ماه قبل از این ماه درمان پزشکی/ بارداری دریافت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام کسی که مراقبت ها را دریافت کرده است.	ماه مراقبت	آیا هزینه مراقبت پرداخت شده است؟		آیا MEDI-CAL را برای آن ماه ها می خواهند؟	
		بله	خیر	بله	خیر

☐ DHS 6155

CA 30 آیا او هیچ بیمه سلامتی از والد، کارفرما یا والد غایب دردسترس دارد که استفاده نشده باشد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نام کمپانی بیمه	مقدار اضافی	چند وقت یکبار پرداخت می شوند.
	$	
	$	

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA CF 31 آیا او دارای معلولیت حاصل از جراحت یا تصادف است که کار کردن یا مراقبت از نیازهایشان را برای آن ها غیر ممکن می سازد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:

نوع مشکل	زمان شروع مشکل	تاریخ مورد انتظار بهبود

CA Special Need
☐ Yes ☐ No
Amount $_____
VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
CF ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA CF 32 A. آیا او وضعیت یا شرایط پزشکی ویژه ای دارد که به هر یك از موارد زیر نیاز داشته باشد؟
با بله و خیر علامت بزنید: (✓)

	بله	خیر		بله	خیر
رژیم غذایی خاصی که توسط دکتر نسخه شده باشد			استفاده بسیار زیاد از آب و برق		
نیازهای حمل و نقل خاص			سرویس لباس شویی و خشك شویی خاص		
تلفن خاص یا سایر نیازمندی ها			سایر موارد (مشخص کنید):		
کار منزل (شخصی از افراد حاضر در منزل می تواند آن را انجام بدهد؟)					

اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید:

☐ DFA 285-C

CA CF B. آیا او کمك های حمایتی خانگی دریافت می کند (IHSS)؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ مثبت است، هر ماه چقدر پرداخت می کند؟ $_____

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____
☐ Referral

CA 33 خدمات زیر فراهم هستند. پاسخ به سوالات زیر در مورد خود و سایر افراد خانواده، شایستگی شما را تحت تاثیر قرار نمی دهد.
هر مورد را با بله و خیر علامت بزنید (✓).

	بله	خیر
A. یک معاینه عمومی (چک آپ) برای کمک به سلامت خانواده و ازطریق درخواست برنامه بهداشت کودک و پیشگیری از ناتوانی (CHDP) برای اعضای زیر 21 سال خانواده فراهم است.		
• آیا اطلاعات بیشتری در مورد خدمات CHDP می خواهید؟		
• آیا خدمات پزشکی CHDP را می خواهید؟		
• آیا خدمات دندان پزشکی CHDP را می خواهید؟		
• آیا برای گرفتن وقت ملاقات یا حمل و نقل برای خدمات CHDP مشکل دارید؟		
B. اگر کسی در خانواده شما باردار است می توانید برای پیدا کردن پزشك، غذای سالم و نیز نیازها کمك بگیرید. آیا تمایل دارید در مورد این نوع کمک با کسی صحبت کنید؟		
C. آیا کسی در خانواده شما به کودک شیر می دهد؟		
اگر "بله"، آیا تولد در 12 ماه گذشته بوده است؟		
اگر بله را برای 33 B یا C علامت زده اید، ممکن است واجد شرایط دریافت سرویس های مربوط به برنامه تکمیلی غذایی خاص زنان، نوزادان و کودکان (WIC).		
D. آیا شما یا کسی در خانواده مایل است برنامه تنظیم خانواده با قیمت پایین را دریافت کند؟ اگر پاسخ شما مثبت است با طرح مراقبت بهداشتی یا پزشك ویژه خود تماس بگیرید. و یا برای موارد و محل درمانگاه برنامه ریزی محرمانه خانواده، با تلفن رایگان 1-800-942-1054 تماس بگیرید.		

☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding
☐ Postpartum
☐ WIC referral
☐ Family Planning Information Given
☐ Referred Date _____

گواهینامه

من آگاه هستم که:

- حقایقی که در مورد مزایا و درآمد ارائه کردم با سوابق محلی، ایالتی و فدرال مطابقت داده خواهد شد،مانند کارفرماها، اداره امنیت اجتماعی، مالیات، رفاه، آژانس های بیکاری، حضور در مدرسه و غیره. برای کمك هزینه و CalFresh سوابق با آژانس های اجرای قانون برای توقیف های قانونی مطابقت داده خواهند شد.
- تمام حقایقی که ارائه کردم شامل مزایا و درآمدها ممکن است توسط پرسنل بخش، ایالت و فدرال بررسی شوند و اگر من حقایق اشتباهی را ارائه کرده باشم، کمك هزینه، CalFresh و Medi-Cal من ممکن است رد یا متوقف شود.
- ممکن است پرونده من برای واجد شرایط بودن مورد بررسی قرار بگیرد، و من می بایست کاملا با پرسنل بخش، ایالت، دولت در هر بررسی کنترل کیفیت همکاری کنم.
- بخش این حقایق را به اداره مهاجرت و تابعیت آمریکا (USCIS) خواهد فرستاد تا وضعیت مهاجرت من تایید شود. حقایقی که بخش از USCIS دریافت می کند، ممکن است شایستگی مرا برای کمك هزینه و CalFresh و Medi-Cal را تحت تاثیر قرار بدهد. اما اگر من تنها برای Medi-Cal درخواست داده باشم و اگر من (a) یك ساکن دائمی قانونی (LPR) نباشم، (b) و یك بیگانه عفو شده با I-688 معتبر و جاری نباشم و (c) بیگانه ای تحت لوای قانون سکونت دائم در آمریکا (PRUCOL)، نباشم، بخش این حقایق را به USCIS نخواهد فرستاد.
- من می بایست برای پوشش سلامت درخواست بدهم و حتی اگر هیچ هزینه ای را شامل نمی شود آن را نگاه دارم. اگر این کار را انجام ندهم Medi-Cal من رد شده یا متوقف می شود.
- ممکن است من و خانواده ام لازم باشد، هر کمك هزینه ای را که دریافت کرده و نباید دریافت می کردیم را بازپرداخت کنیم.
- خانواده CalFresh، هر عضو بزرگسال خانواده CalFresh (حتی اگر رفته باشد)، ضمانت کننده عضو غیر شهروند یا نماینده مجاز ساکنان در یك موسسه، ممکن است لازم باشد، مزایایی را که خانواده نمی بایست دریافت می کرده را بازپرداخت کنند.
- هریک از اعضای خانوار من که برای جلوگیری از پیگرد از قانون فراری یا مخفی شده است، بازداشت شده، یا برای یک جرم قضائی یا مبادرت به جرم قضائی به زندان می رود یا به تشخیص دادگاه مرتکب نقض شرایط و مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط شده است نمی تواند کمك هز ن ه یا CalFresh دریافت کند.
- برای کمك هزینه، بخش نیاز خواهد داشت که از برخی اعضای خانوده اثر انگشت و عکس بگیرد. اگر ما همکاری نکنیم مزایا رد شده یا متوقف می شوند.

من همچنین درك می کنم که:

من سلب صلاحیت خواهم شد یا برای فریب رفاه مجازات خواهم شد، اگر عمدا اطلاعات غلط ارائه کرده باشم یا همه حقایقی را که شایستگی من یا مزایای کمك هزینه، CalFresh و Medi-Cal مرا تحت تاثیر قرار می دهند، گزارش نکرده باشم.

برای کمك هزینه:

- اگر عمدا از قوانین کمك هزینه پیروی نکنم، ممکن است تا $10,000 جریمه شوم یا برای سه سال به زندان فرستاده شوم. و کمك هزینه من ممکن است متوقف شود:
  - برای گزارش نکردن تمام حقایق 6 ماه برای اولین تخلف، 12 ماه برای دومین تخلف و برای همیشه برای سومین تخلف؛ و 3 ماه برای اولین و 6 ماه برای تخلفات بعدی.
  - به خاطر تحویل دادن دو درخواست یا بیشتر برای دیافت کمك هزینه در بیش از یك پرونده به صورت همزمان: 2 سال برای اولین محکومیت، 4 سال برای دومین محکومیت و برا یهمیشه برای سومین محکومیت.
  - برای محکومیت دزدان بزهکار برای دریافت کمك هزینه: 2 سال برای سرقت مقادیر کمتر از $2,000، 5 سال برای مقادیر $2,000 تا $4,999.99 و برای همیشه برای سرقت $5,000 یا بیشتر.
  - برای دادن مدارك تقلبی اقامت به بخش به منظور گرفتن کمك هزینه در دو یا چند بخش یا ایالت به صورت همزمان. ارائه دادن مدارك تقلبی برای یك کودک فاقد صلاحیت یا کودک های که وجود ندارد؛ گرفتن بیش از $10,000 در مزایای نقدی از طریق فریب؛ گرفتن محکومیت سوم برای فریب دادگاه قانونی یا دادخواست اجرایی: برای همیشه.

برای CalFresh:

- اگر از روی عمد از قوانین CalFresh پیروی نکنم، مزایای CalFresh من به مدت 12 ماه برای اولین تخلف، 24 ماه برای دومین تخلف و برای همیشه برای سومین تخلف متوقف خواهد شد. و من ممکن است تا $250,000 جریمه شوم یا برای مدت 20 سال به زندان فرستاده شوم.
- اگر در هر دادگاه قانونی به دلایل زیر گناهکار شناخته شوم:
  - من مزایا CalFresh را برا ی تهیه مهمات و اسلحه گرم یا مواد منفجره فروخته باشم یا مبادله کرده باشم، مزایای CalFresh من می تواند برای اولین تخلف برای همیشه متوقف شود.
  - من مزایای CalFresh را برای مواد مخدر کنترل شده فروخته باشم، یا مبادله کرده باشم، مزایای CalFresh من برای مدت 24 ماه برای اولین تخلف و برای همیشه برای دومین تخلف متوقف خواهد شد.
  - مزایای CalFresh را که $500 یا بیشتر ارزش داشته اند را فروخته باشم، مزایای CalFresh من می تواند برای همیشه متوقف شود.
  - من دو یا تعداد بیشتری درخواست را برای CalFresh به صورت همزمان پر کرده باشم و به بخش هویت غلط یا اطلاعات اقامت غلط ارائه داده باشم، CalFresh من می تواند برای مدت 10 سال متوقف شود.

من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که تمام اطلاعاتی که من در این فرم ارائه کرده ام، حقیقت، صحیح و کامل می باشند.

امضا (والد یا سرپرست خویشاوند، درخواست کننده MEDI-CAL، عضو بزرگسال خانواده CALFRESH یا نماینده مجاز CALFRESH)

امضا (والد دیگری که در خانه زندگی می کند، اگر برای کمك هزینه درخواست داده است)	تاریخ	امضا شاهد برای نشانه، مفسر یا شخصی که برای متقاضی/ ذینفع کار می کند.	تاریخ