

非扶助CALFRESH (NACF) 家庭用際承認書

この書式は、四半期報告または見込み予算法 (Prospective Budgeting) が求められている非扶助CalFresh家庭用のCalFreshのみの申請書の代わりに使用することができます。

CalFresh給付を申請する者の個人情報を下記に記入してください。

この申請書の各項目をできる限り記入し、5ページに署名後、お住まいのCalFresh事務所に提出してください。名前、住所、署名が最小限必要です。食料品を買うお金がない場合、緊急CalFresh給付は3日以内に受け取ることができる場合があります。

この再承認申請書の全質問に回答するよう努力する必要があります。

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------------|------------------|--------------|-----------------|--|
| 名前 (名、ミドルネーム、姓) | | | 連絡先の電話番号： () | | | 郡の使用のみ |
| 家庭の居所 (Number, Street) | | | 郵送先 (住所と異なる場合) | | | |
| CITY (市) | STATE (州) | ZIP CODE (郵便番号) | CITY (市) | STATE (州) | ZIP CODE (郵便番号) | |
| ホームレスですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| 「はい」の場合、誰かの住居に一時的に滞在していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| 「はい」の場合、滞在を開始した日付を記入してください。 _____ | | | | | | |
| 迅速給付 | | | | | | |
| 1. 家族構成員に出稼ぎ/季節農業労働者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| a. 今月の家賃あるいは家のローンの支払はいくらですか？ \$ _____ | | | | | | |
| b. 家賃や家のローンに含まれない場合、今月の光熱費等の公共料金はいくらですか？ \$ _____ | | | | | | |
| c. お金はいくらお持ちですか？これには、銀行口座にある預金、自宅あるいは その他に保管されているお金も含まれます。\$ _____ | | | | | | |
| d. 今月は収入がありますか？ある予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| 家庭の収入をすべて下記のリストに記入してください。 | | | | | | |
| 所得のある者の名前 | | | | 毎月の金額 | | |
| | | | | \$ | | |
| | | | | \$ | | |
| 下記のA、B、C全項目を記入してください。これらの項目が記入されていない場合、郡が記入いたします。該当するものすべてにチェックをお付けください。これは、受給資格には影響しません。 | | | | | | |
| A. 民族性 | | | | | | |
| ヒスパニックまたはラティーノですか？ | | | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| B. 人種/種族的出身 (下記から選択してください [複数可]) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> アメリカン・インディアンまたはアラスカン・ネイティブ <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカン・アメリカン | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> アジア系 (チェックした場合、下記から選択してください [複数可]) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> フィリピン系 <input type="checkbox"/> 中国系 <input type="checkbox"/> 日系 <input type="checkbox"/> 韓国系 <input type="checkbox"/> ベトナム系 <input type="checkbox"/> インド系 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> カンボジア系 <input type="checkbox"/> ラオス系 <input type="checkbox"/> その他のアジア系 (具体的に) _____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島系 (チェックした場合、下記から選択してください [複数可]) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ネイティブ・ハワイアン <input type="checkbox"/> グアム系 <input type="checkbox"/> サモア系 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) _____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 白人 | | | | | | |
| C. 第一言語 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> ラオス語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> アメリカ手話 <input type="checkbox"/> 広東語 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) _____ | | | | | | |

2. ご自分を含め、同居しているものを全員挙げてください。必要に応じ、別紙を添付してください。

| | | | |
|-----|------|-------|--------|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | 家庭の筆頭者 |

該当するものすべてをチェックしてください。

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

| | | | |
|-----|------|-------|-----|
| 名前： | SSN： | 生年月日： | 続柄： |
| | | | |

該当するものすべてをチェックしてください。あなたに代わって食料品を購入できるよう、この方にEBTカードの発行を希望しますか？

米国民／米国籍 非米国民 合法的永住権所持者 スポンサー有り： はい いいえ

この方と一緒に食料品を購入し調理しますか？ はい いいえ

3. 下記の種類の施設に居住している方がいますか？下記に挙げたものを含め食事プログラムに参加している方がいますか？（該当するものすべてにチェックをお付けください） はい いいえ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ホームレスシェルター | <input type="checkbox"/> ネイティブ・アメリカンのための居住地 |
| <input type="checkbox"/> 矯正施設 | <input type="checkbox"/> 刑務所 |
| <input type="checkbox"/> ドラッグ／アルコールリハビリテーションセンター | <input type="checkbox"/> 虐待された女性のためのシェルター |
| <input type="checkbox"/> 食料配給プログラム | <input type="checkbox"/> 精神病院／精神障害者収容施設 |

「はい」の場合は下記に記入してください。

| 名前： | センター／シェルター／フードプログラム等の名称 | 入所日 | 出所予定日 |
|-----|-------------------------|-----|-------|
| | | | |

4. あなた自身あるいは別の誰かが、食費や部屋代を支払っていますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。

| 食事・部屋代を払っている方の名前 | 食事・部屋代を提供している方の名前 | どれかチェック：(✓) | 支払額 | 頻度 | 1日あたりの食事の回数 |
|------------------|-------------------|--|-----|----|-------------|
| | | <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 部屋代 <input type="checkbox"/> 両方 | | | |

5. 16才以上で、学校・大学・職業訓練プログラムに参加している方がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。

| その者の名前 | 学校名 | 就学状況 | 学期あたりの修得単位数 | 就労中 |
|--------|-----|---|-------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 時間数： |
| | | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 時間数： |

6. 視覚障害、聴覚障害、身体障害のために、食料品の購入や調理ができない方が家庭にいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。

| 名前 | 事由 |
|----|----|
| | |

7. 家庭に妊娠している方がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。

| 名前 | 出産予定日 |
|----|-------|
| | |

8. 住居費が必要な方が家庭にいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。

| 住居費 | 費用合計 | あなたの支払額 | HUD（住宅・都市開発省）やSECTION 8（低所得者のための住宅支援）等の家賃補助プログラムの支払額 | 他に支払者がいればその人の支払額 | 請求の頻度 |
|--------------------------|------|---------|--|------------------|-------|
| 家賃 | | | | | |
| 住居費（住宅ローン） | | | | | |
| 固定資産税 （住居費に含まれていない場合） | | | | | |
| 保険 （住居費に含まれていない場合） | | | | | |
| その他（説明してください）： | | | | | |

9a. 公共料金を払っている方がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、該当する下記のボックスをすべてチェックしてください。

| | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
| ガス | | ごみ収集 | |
| 電気 | | 下水道 | |
| その他の燃料（プロパン、ブタン、薪、石炭など） | | 電話／インターネットなどのその他の通信手段 | |
| 上水道 | | その他（説明してください） | |

9b. 冷暖房のためのガス・電気・その他の燃料を使用しますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記をチェックしてください。

| 公共料金 | 冷暖房に使用しますか？ |
|--------|--|
| ガス | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 電気 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他の燃料 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

10. 子供を含め、下記の財産をいずれかを持っていますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記に説明してください。

- 現金または小切手
- 家のローン
- 社員線延給与
- IRAまたはKeogh Plan（自営業者年金制度）
- 年金資金
- 譲渡性預金証書
- 当座預金または普通預金口座
- 採油、採掘、採鉱権
- 販売契約書
- 信託資金
- 株式、債券
- マネーマーケット口座
- クレジットユニオン口座
- その他

| 財産の種類 | 名義人 | 現在の価値 | 未払い額 (該当する場合) | 銀行の名称および所在地 | 口座番号 |
|-------|-----|-------|------------------|-------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |

11. どこかに誰かが不動産を所有あるいは購入中ですか（米国外を含む）？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

| | | | | |
|----|----------|---|------|--------------------|
| 種類 | 所在地または場所 | 用途： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 貸家 | 名義人： | 評価価格： 未払い額： |
| 種類 | 所在地または場所 | 用途： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 貸家 | 名義人： | 評価価格： 未払い額： |

12a. ご家族のうち、有罪判決後、重罪起訴、拘留または禁固を免れている人がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記に説明してください。

| 名前 | 説明 | 名前 | 説明 |
|----|----|----|----|
| | | | |

12b. ご家族のうち、保護観察や仮釈放の期間中、その違反を犯した人がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記に説明してください。

| 名前 | 説明 | 名前 | 説明 |
|----|----|----|----|
| | | | |

13a. 1996年8月22日以降、あなたやご家族が麻薬関連の重罪で有罪（消滅前科を除く）とされたことがありますか？

「いいえ」の場合、質問15に進んでください。

「はい」の場合：

名前

有罪となった日付

13b. その有罪判決は以下のいずれかでしたか？

- 規制薬物の輸送、州への持込、販売、提供、投与、授与、販売目的のための所持、販売目的のための購入、生産、規制薬物を製造する目的を持っての前駆物質の処理、マリファナの栽培・収穫・処理。 はい いいえ
- 上記の活動に参加するよう未成年者に対し、扇動、教唆、誘引、脅迫等を行う。 はい いいえ

14. あなたやご家族は以下のいずれかに当てはまりますか。

- a) 政府承認の麻薬治療プログラムを終了していますか？ はい いいえ
- b) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加したことがありますか？ はい いいえ
- c) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加申し込みしたことがありますか？ はい いいえ
- d) 政府承認の麻薬治療プログラムの順番待ちリストに名前が載っていますか？ はい いいえ
- e) 規制物質の使用をやめていますか。（ワーカーに証拠を提示する必要があります） はい いいえ

「はい」の場合、説明してください。

15. 病気やその他の状況において家庭の筆頭者の代理として誰かを指名することができます。

誰かを指定する場合は下記に記入してください。

| 正式代理人の名前 | 住所 | 電話番号 |
|----------|----|------|
| | | |

16. 医療保険（Medi-CalやHealthy Families）などの情報や紹介に関心がありますか？ はい いいえ

申請者／受給者の証明

私は上記の質問にすべて回答し、すべての情報を読みました。私は、CalFreshの申請や再申請に適用される新たなCalFresh規則と罰則を了解しています。私は、新たな規則を理解し、それに従うことに同意するものです。

米国農務省（U.S. Department of Agriculture）は、そのプログラムや活動すべてにおいて、人種、肌の色、性別、宗教、出身国、年齢、障害、政治的信条による差別を禁じています。差別されていると考えられる場合、不服申立てを行うことができます。群の決定に同意できない場合、上訴する手段が提供されています。

この申請書の情報は、CalFreshプログラムの受給資格を確認するためにのみ、連邦政府、州政府、地域の政府機関と共有する場合があります。この過程には、CalFresh給付を申請している者のみに関し、米国民権および移民サービス（U.S. Citizenship and Immigration Services: USCIS、旧INS）における移民法上の地位の確認が含まれます。連邦法では、不正行為の場合を除き、USCISは、このような情報を利用できないとされています。

署名

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この申請書に記載した情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

| | |
|-------------------------|----|
| 署名（成人の家族構成員または指定された代理人） | 日付 |
| X | |
| 証人または通訳の署名 | 日付 |
| X | |
| 受給資格審査官の署名 | 日付 |
| X | |