



## CALFRESH継続給付申請書

障害がある場合または本申請書で支援が必要な場合は、郡の福祉課(郡)までお問い合わせください。支援いたします。

英語以外の言語で手続きを希望する場合、郡では無料で支援を提供します。

### CalFresh給付申請方法

CalFresh給付を継続して受けるためには、受給期間終了前に継続給付申請書を提出し、面接を受ける必要があります。多くの郡では、継続受給申請をオンラインで行えます。お住まいの郡でオンライン申請が可能かどうかは、以下のサイトでご確認ください <http://www.benefitscal.org/>。

**注意:** 現在健康保険に加入しておらず郡があなたにMedi-Cal受給資格があるかをあなたのCalFresh申請書から情報を使って確認することに興味がある場合は、継続受給申請書3ページの質問12のボックスにチェックしてください。

### 継続受給申請書の記入方法

可能な場合は、継続受給申請書のすべての質問に答えてください。申請を開始するには、最低限、名前、住所、署名が必要です。申請書に署名する前にあなたの権利と責任について読んでください。手渡し、郵送、ファックス、オンラインのいずれかで署名済み申請書を提出してください。

### 次に行うこと

本申請書について確認するために、郡は面接日についての手紙をあなたに送ります。ほとんどの面接は電話になりますが、郡のオフィスまたは郡が手配するその他の場所で対面で行うことができます。障害があり別の手配が必要な場合は、郡にお知らせください。申請書のすべての項目に記入しなかった場合や変更が生じた場合は、面接時に担当者が記入を手伝います。

### 継続受給面接時に行うこと

面接中、郡は申請書に記入の情報を確認し、CalFresh継続のための質問を行い、受給内容を決定します。継続受給に遅れが出ないように、面接時に変更があった場合は証拠を提出してください。変更の例:収入の変更、生活を共にする人の変更、家賃の変更、など。証拠がなくても面接は行ってください。継続受給に必要な証拠の取得を郡が支援できる場合があります。

### 継続受給申請書の提出を忘れた場合

CalFreshの受給期間終了前に継続受給申請書を提出しなければなりません。遅れた場合、一時的に給付が中断するかもしれません。受給期間終了後30日が過ぎて提出した場合、受給申請書をすべて書き直して再申請する必要があります。

CalFreshプログラムの規則 1 – 記録のために保存してください。

## 継続受給承認後に行うこと

期日内に再申請し受給期間前に継続受給が決定すれば、あなたの自動振り込み (EBT) カードで給付金を受け取れます。継続してEBTカードと、同じく暗証番号 (PIN) を食料購入に使用してください。EBTカードが紛失、盗難、破損した場合、(877) 328-9677または郡までただちに連絡してください。EBTが利用できる場所のリストは<https://www.ebt.ca.gov>または<https://www.snapfresh.org>をご覧ください。

## 権利と責任

### あなたには次の責任があります。

- 受給資格を判断するために必要なすべての情報を郡に提出します。
- 必要に応じて情報の証拠を郡に提出します。
- 必要に応じて変更を報告します。郡では、報告する変更や報告方法、報告時間に関する情報を提供します。世帯の報告要件を満たしていない場合、CalFresh給付金が減額されたり、支給が中止される場合があります。
- 郡は、あなたのケースにおいて必要があると判断した場合、就職口探し、仕事の継続、別の活動への参加などを義務付ける場合があります。
- あなたの資格や給付金レベルが正しく計算されていることを確認するために、あなたのケースが再検討や調査対象となった場合は、郡、州、連邦政府の担当者に全面的に協力します。これらの再検討時に協力を怠った場合は、給付の交付が取り消しになる場合があります。
- 受給資格のないCalFresh給付金は返却します。

### あなたには次の権利があります。

- 名前、住所、署名のみでCalFresh申請書を提出できます。
- 必要な場合は、州から無料の通訳が提供されます。
- 郡のプログラムの管理に直接関係しない限り、郡に提出した情報の機密性は守られます。
- 郡が資格を判断する前であれば、いつでも申請書を取り下げることができます。
- CalFresh申請書の記入や規則の説明に関する支援が要請できます。
- 必要な証明の入手に関する支援が要請できます。
- 礼儀正しく、思いやりと尊重ある態度で待遇され、差別されることはありません。
- 郡では申請時に妥当な時間の面接をし、30日以内に資格を判断します。
- 急速サービスへの資格が認められる場合、CalFresh給付金は3日以内に支給されます。
- 資格の判断に必要な証拠を郡に提出するまで少なくとも10日間が与えられます。
- CalFresh給付金を郡が減額または中止する場合、少なくとも10日前に書面による通知を受け取ります。
- ケースの再検討を要請する場合には、郡とケースに関する話し合いを設けることができます。
- CalFreshのケースに関して郡に同意できない場合は、90日間以内に州聴聞会を請求することができます。
- CalFreshケースにおける措置が実行される前に州聴聞会を請求する場合、州聴聞会もしくは保証期間のいずれかが終了するまで、CalFresh給付金は同額のままになります。

CalFreshプログラムの規則 2ページ – 記録のために保存してください

- 州聴聞会に関する権利または法的支援の照会は1-800-952-5253（通話無料）または1-800-952-8349（TDDを利用する聴覚・言語障害者用）までお問い合わせください。最寄りの法的支援オフィスまたは福祉権利オフィスで無料の法的支援が受けられる場合があります。
- 州聴聞会に1人で出頭したくない場合は、友人などを連れてくることができます。
- 投票登録に関する支援を郡から受けることができます。
- CalFresh給付金を増額する可能性がある場合、報告義務のない変更を報告することができます。
- CalFresh給付金を増額するために役立つ世帯の支出の証明を提出してください。郡に証明を提出しない場合は、そのような支出がないと見なされ、CalFresh給付金を増額することはできません。
- 世帯のCalFresh給付金を他人に譲渡したい場合、またはCalFreshのケースに関する支援を得たい場合は郡（公認代理人）に知らせてください。

### プログラムの規則と罰則

受給資格のないCalFresh給付金を受け取るため、または受給資格のない他人が給付金を受けられるように支援するために、虚偽または不正な情報を提供したり、故意にすべての情報を提供しない場合は、重罪犯で告発されます。受給資格のなかった給付金はすべて返却しなければなりません。

私は以下の点を了解いたします。	以下が課せられる場合があることを理解します。
<p><b>次のいずれかの行為を行って、故意にプログラムを違反する場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 情報の隠蔽、虚偽の声明</li> <li>● 他人の自動振り込み（EBT）カードを使用したり、自分のカードを他人に使用させる</li> <li>● CalFresh給付金を使用し、アルコールやたばこを購入する</li> <li>● CalFresh給付金またはEBTカードを交換、販売、または譲渡する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 最初の違反でCalFresh給付金の給付が12ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない</li> <li>● 2回目の違反でCalFresh給付金の給付が24ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない</li> <li>● 3回目の違反でCalFresh給付金の交付が永久に中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない</li> <li>● 最高\$250,000.00の罰金刑、最高20年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● CalFresh給付金をドラッグなどの規制薬物と交換する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 最初の違反でCalFresh給付金の給付が24ヶ月間中止される</li> <li>● 2回目の違反でCalFresh給付金は永久に中止される</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身元や居住地に関する虚偽の情報を提示し、複数のCalFresh給付金を受け取る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各違反に対し、CalFresh給付は10年間中止される。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● \$500以上のCalFresh給付の交換または売却、CalFresh給付の什器や銃弾、爆発物との交換で有罪判決を受けたことがある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CalFresh給付が永久に中止される</li> </ul>

CalFreshプログラムの規則 3 – 記録のために保存してください。

**非米国市民向けの重要な情報:** 家族構成員に受給資格がないものがある場合でも、受給資格のある者のためにCalFresh給付に申請することができます。食糧支援を得ることであなたや家族の移民法上の地位に影響が出ることはありません。移民情報は個人および機密情報として取り扱われます。給付申請の資格がある非米国市民の移民法上の地位は、米国市民権・移民サービス(USCIS)で確認されます。連邦法では、USCISは詐欺のケース以外で情報を使用することはできないと述べています。

**免除:** CalFresh給付に申請しない非米国市民の家族構成員の移民情報や社会保障番号、書類を提供する必要はありません。郡では、世帯の給付金を正しく判断するために所得および資産情報を知る必要があります。郡では、CalFresh給付を申請しない者についてUSCISに問い合わせることはありません。

**社会保障番号 (SSN) の使用:** CalFresh給付に申請する各人がSSN (保持している場合)、またはSSNを申請中である証拠 (社会保障事務局からの手紙など) を提供する必要があります。郡では、あなたや家族構成員のSSNが提出されない場合、CalFresh給付を拒否する場合があります。家庭内暴力の被害者や犯行目撃者、不法取引の被害者などは、SSNの提出は必要ありません。

**過払い:** これは、受けとるはずであった額よりも多くのCalFresh給付を受給することです。郡が誤った場合、意図的ではなかった場合でも、過払い給付は払い戻しする必要があります。さもないと、給付が減額されたり、停止される恐れがあります。SSNを使用し、裁判所やその他の集金代行業者、連邦政府の集金活動を介して払い戻し義務のある給付金額を集金する場合があります。

**報告:** すべての受給世帯は郡により義務付けられた特定の変更の報告を継続する必要があります。変更の報告を怠る場合は、給付金の減額や中止になる場合があります。また、所得の減額など、給付金が増額となる可能性があることが起きた場合にも報告することができます。

**州聴聞会:** 再申請や現行の給付金に関する措置に同意しない場合、州聴聞会を請求する権利があります。郡の措置から90日以内に聴聞会を希望する理由を述べて州聴聞会を請求できます。郡から受領する承認または拒否通知には、州聴聞会の請求方法に関する情報が記載されています。

**不当差別禁止:** すべての人が平等に、敬意と尊重ある態度で接遇されることは州および郡のポリシーです。連邦法および農務省(USDA)の規定に従い、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、宗教、政治的信条または障害をもとに差別することは固く禁止されています。差別に対する不服申し立てを行うには、郡の公民権コーディネーターに連絡するか、USDAまたはカリフォルニア州の社会福祉課(CDSS)まで書面または電話でお問い合わせください。

USDA Director, Office of Civil Rights Room  
326-W, Whitten Building  
1400 Independence Ave., S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (音声サービスおよびTDD対応)

CDSS Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (通話料無料)

USDAは機会均等雇用者です。

CalFreshプログラム規則4ページ – 記録のために保管してください。

**プライバシー保護および開示:** 申請書には個人情報を提供することになります。郡では給付金の受給資格を確認するために情報を使用し、情報を提供しない場合、郡は申請を拒否する場合があります。あなたは郡に提供した情報を再検討、変更、または訂正する権利があります。郡では、あなた自身または連邦法および州法が許可しない限り、他者にあなたの情報を公開したり提供したりすることはありません。また、所得検証システム (IEVS) を含むコンピュータマッチングプログラムによりこれらの情報を検証します。情報はプログラムの規則の準拠の監視やプログラム管理のために使用されます。郡では、公的な審査のためにその他の連邦当局および州当局と、また法網をくぐり逃走するものを逮捕するために警察と、そして債権収集措置のために民間の債権収集代行業者と情報を共有する場合があります。これらの機関から郡が得た情報は、給付金の受給資格とレベルに影響する場合があります。

**ケースファイルの再検討:** 資格が正しく判断されていることを確認するために、あなたのケースが追加検討の対象となる場合があります。あなたは、質管理確認を含むあらゆる調査や再検討で郡、州、連邦政府の担当者に全面的に協力する必要があります。これらの再検討で協力を怠った場合は、給付金の交付が中止になる場合があります。

**CalFreshの就業規則:** 郡では申請者を職業プログラムに割り当てる場合があります。義務的な作業活動があるのに行わない場合、給付金は減額もしくは中止となる場合があります。最近仕事を辞めた場合はCalFreshの受給資格がない場合があります。

**EBTの利用:** 受給者や家族、公認代理人、または自発的にあなたがEBTカードとPINを与えた人物がEBTカードを使用した場合、あなたが承認したものとみなされ、口座から引かれた給付金が戻ることは**ありません**。

CalFreshプログラム規則5ページ – 記録のために保管してください。

×E



## 継続受給申請書 - CALFRESH世帯のみ

給付金が途切れることなく受給できるように、申請書を記入し、署名し、日付を入れ、郡に返送してください。また、あなたの状況が分かる証明も添付してください。承認期間終了日までに返送して継続申請承認前に面接を終わらせる必要があるため、この日付までに情報が必要です。私たちは前回あなたが郡に提出した世帯の情報の変更のみを知りたいのです。私たちには**最低限以下が必要です**。あなたの名前、署名、住所、日付を入れたCalFresh継続受給を開始するための申請書。

ケース名 \_\_\_\_\_ ケース番号 \_\_\_\_\_

1. 子供の誕生も含めて、あなたの家庭へ加わった、または家から出て行った方はいますか？  はい  いいえ (「はい」の場合、以下の部分を記入してください)

移動の日付 (月、日、年)	氏名 (名、ミドルネーム、姓)	生年月日	続柄	定期的と一緒に買い物や調理を しますか？
<input type="checkbox"/> 加わった <input type="checkbox"/> 出て行った / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 加わった <input type="checkbox"/> 出て行った / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 加わった <input type="checkbox"/> 出て行った / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2. 18歳以上の個人に権限を与えCalFresh特典で家計を助けてもらってもよいでしょう。この人物があなたに代わりインタビューに応え、フォームを記載し、あなたの代わりにレポートを変更します。州に提供した情報により間違いで得てしまったいかなる特典に対して、再度支払いを行わなければならない可能性があり、使いたいと思っていなかった特典も交換することができません。あなたと権限を有する代表はあなたと志願者を特定できる身分証を州に提出する必要があります。

あなたのCalFreshケースを手伝ってほしい誰かを指名しますか？  はい  いいえ

はいと答えた場合、以下のセクションをご記入ください:

権限を有する代表の名前	権限を有する代表の電話番号
-------------	---------------

あなたの家計のためにCallFresh特典を受け取り、使用する人物を指名しますか？  はい  いいえ

はいと答えた場合、以下のセクションをご記入ください:

氏名	電話番号		
住所	都市	州	郵便番号

3. 住所に変更はありましたか？  はい  いいえ (「はい」の場合、以下の部分を記入してください)

新住所 \_\_\_\_\_ 引越した日 \_\_\_\_\_

郵便用住所 (蒸気と変わらない場合) \_\_\_\_\_

4. 引越をした場合や家賃が変わった場合、以下の情報を記入してください。

家賃やローンの月額 \$ \_\_\_\_\_

個別に払っている場合、固定資産税と住宅保険の現在の月額 \$ \_\_\_\_\_

4a. 家賃以外に光熱費を支払っていますか? その場合いずれかにチェックしてください。

電話  ごみ  水道  電気/ガス  その他の冷暖房費

5. あなたはホームレスですか？  はい  いいえ はい、シェルター宿泊費を払っていますか？  はい  いいえ

ケース名 \_\_\_\_\_ ケース番号 \_\_\_\_\_

**6. 学生:大学または職業訓練校に通っているあなたを含む給付金申請者がいますか?**  はい  いいえ

「はい」の場合、以下の情報を記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進んでください。

名前	学校/訓練名	登録状況 (✓1つ選ぶ)	この人は就労していますか?
		<input type="checkbox"/> 半日以上勤務 <input type="checkbox"/> 半日未満勤務 <input type="checkbox"/> ユニット数: _____	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい、平均勤務時間週当たり: _____
		<input type="checkbox"/> 半日以上勤務 <input type="checkbox"/> 半日未満勤務 <input type="checkbox"/> ユニット数: _____	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい、平均勤務時間週当たり: _____

**7. 雇用により収入を得ている者がいますか?**  はい  いいえ

「はい」の場合、以下の部分を記入して証明を添付してください。働いている人ごとに就いている仕事を記入してください。記入欄が必要な場合は、別紙を添付し、どの質問について回答しているかを明記してください。ベビーシッター、月給、自営、病欠手当、チップなどが含まれます。

	仕事 #1	仕事 #2	仕事 #3
収入を得ている家族の名前:			
雇用者名:	自営の場合はチェック <input type="checkbox"/>	自営の場合はチェック <input type="checkbox"/>	自営の場合はチェック <input type="checkbox"/>
支払い頻度:	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回
月収総額:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
毎月の勤務時間:			
この収入は継続的なものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**7a. 近い将来に家族の誰かの仕事や収入に変更がありますか?**  はい  いいえ

例: 中止、開始、収入の増減、労働時間の変更、退職、ストライキに入る、支払回数の変更。

「はい」の場合、理由を説明し証拠を添付してください: \_\_\_\_\_

**8. 家族の誰かに他に収入源のある者がいますか?**  はい  いいえ

「はい」の場合、以下の部分を記入して証明を添付してください。例: 社会保障、失業保険、退役軍人手当、州の障害保険 (SDI)、養育費/配偶者扶助、労災補償、ローン/贈与、就労/不労所得家賃、光熱費、食料、など。

氏名	収入源	単発または継続収入	いくら/どの程度

**8a. 近い将来にこの収入に変更がありますか?**  はい  いいえ

はいの場合、ここに説明してください: \_\_\_\_\_

ケース名 \_\_\_\_\_ ケース番号 \_\_\_\_\_

**9. 医療費: CalFreshを受給しており60才以上、または障害のある家族の医療費が増加した、または支払いを開始しましたか?**  はい  いいえ (「はい」の場合、以下の部分を記入してください。チャージが\$25以上の場合、こちらは新たな経費となります。)

費用を負った者 \_\_\_\_\_ 費用の種類 \_\_\_\_\_

支払った総額 \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

**10. 児童扶養料:児童扶養料を払わなければならない者がCalFresh給付を受けましたか?**  はい  いいえ

(「はい」の場合、以下の部分を記入して証明を添付してください。はいと答えた場合、いかのセクションを入力し、もしこれが新しく生まれた子供への養育義務か、子供への養育費の法的変更、もしくは養育費用の額上昇である場合は身分証明書を添付してください。)

子供の名前 \_\_\_\_\_

支払い義務の総額 \$ \_\_\_\_\_ 支払っている者 \_\_\_\_\_

**11. 成人の付添または保育:仕事、学校、就職活動のために子供の保育、成人の障害者、またはその他の成人の付添に支払いをしている家族がいますか?**  はい  いいえ

(「はい」の場合、あなたまたは家族の誰かが自費で支払っているもののみを記載してください。プロバイダーもしくは自己負担額が変更される場合は身分証を添付してください。)

総額: \$ \_\_\_\_\_ 支払っている者: \_\_\_\_\_ 成人/子供のリスト: \_\_\_\_\_

**12. Medi-Calの申請に興味がありますか?**  はい  いいえ

答えが「はい」の場合、郡はあなたの除法を使用してMedi-Calを受給できるかを調べます。

### 13. 二重受給

1996年9月22日以降、すべての州において、あなた自身または家族構成員の中に不正なSNAP (連邦政府の食糧支援プログラム名、カリフォルニア州ではCalFresh) の二重受給で有罪判決を受けた者がいますか?  はい  いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

### 14. 給付の不正取引

1996年9月22日以降、すべての州において、あなた自身または家族構成員の中に\$500以上のSNAP給付の不正取引(他人にEBTカードを使用させたり売却したりすること)で有罪判決を受けた者がいますか?  はい  いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

### 15. 給付と薬物の交換

1996年9月22日以降、あなた自身または家族構成員の中に、SNAPと薬物の交換で有罪判決を受けた者がいますか?

はい  いいえ 「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

### 16. 給付と銃器・爆発物の交換

1996年9月22日以降、あなた自身または家族構成員の中に、SNAPと銃器・火薬・爆発物の交換で有罪判決を受けた者がいますか?  はい  いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

### 17. 逃亡中の重罪犯罪者

あなたまたは家族の構成員の中に、重罪もしくは重罪未遂の告訴、拘留、有罪判決による懲役刑を逃れているか逃亡中である者がいますか?  はい  いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

### 18. 執行猶予/宣誓釈放違反

あなたまたは家族の構成員の中に、執行猶予または宣誓釈放に違反し、有罪判決を受けた者がいますか?  はい  いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか? \_\_\_\_\_

ケース名 \_\_\_\_\_ ケース番号 \_\_\_\_\_

## 証明

よく読んで署名と日付を記入してください。本書への署名により、

私はこの継続申請書に署名することで、偽証罪(虚偽の声明をすること)の罰則を適用する条件で、次を了承します。

- この継続申請書の情報および質問への回答を読みました、もしくは読んでもらいました。
- 質問に対する私の回答は私の知る限り正確かつ完全です。
- 継続手続きにおける私の回答は私の知る限り正確かつ完全となるようにします。
- 私はCalFreshプログラムの権利と責任(プログラム規則1ページ目)とCalFreshプログラムの規則と罰則(プログラム規則2~3ページ目)を読みました、もしくは読んでもらいました。
- 私はCalFreshの受給資格を得るために虚偽または誤解されやすい声明を提供したり、真実を不正確に伝えたり、隠蔽したり、保留することは詐欺行為に当たることを理解しています。詐欺行為は刑事事件として法的に起訴され、一定期間(または永久に) CalFresh給付の対象から除外される場合があることを了承いたします。
- 私は給付金に申請する家族の社会保障番号または移民法上の地位が連邦法で請求される場合、適切な政府当局に照会される場合があることを了解いたします。

継続して給付金を受け取るために、本申請書に署名し日付を入れ、承認期間の最終日より前に面接を受けなければなりません。

署名が必要な者: 成人の家族構成員/公認代理人/後見人

\_\_\_\_\_  
申請者の署名または印\_\_\_\_\_  
日付\_\_\_\_\_  
連絡先メールアドレス/電話