

# 申請書 災害 CALFRESH

災害給付金給付期間: \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

COUNTY USE ONLY	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

重要な情報 – よくお読みください

## 申請者または受領者としての権利:

- 人種、肌の色、出身国、宗教、政治的所属、性別、身体障害または年齢に拠らずサービスを受けること、および差別をされていると感じた場合は苦情を申し立てること。
- 申請者が資格を満たす場合、申請の提出から 3 暦日以内に災害 CalFresh 給付金を受けること。
- 郡福祉部職員に申請者の事例に関する行動について説明し、申請の許可または不許可から 90 以内の州の意見聴取を依頼すること。
- 申請者の申請が不許可だった場合、監督官により即時に再点検すること。
- 書面または下記フリーダイヤルへの通話により担当の郡福祉部に苦情の申し立てまたは州の意見聴取を求めること。  
1-800-952-5253 聴覚障害者 (聴覚障害者用通信機器に対応) 用のフリーダイヤル 1-800-952-8349
- 州の公聴会に自身が出頭すること、または世帯員、友人、法定代理人その他人物に代理で出頭してもらうこと。
- この申請書を、同一世帯の世帯員その他申請者を知る任意の成人に記入してもらうこと。なお、本申請書が申請者の世帯員以外の成人により記入される場合、係る世帯の世帯主または任意の成人の世帯主による署名の記載された書面による承認を添付すること。

## 申請者または受領者としての責任

- 質問に最大限正直かつ完全に回答してください。必要な情報の提供を拒否する場合、災害 CalFresh 給付金を受け取ることはできません。
- 面接の際には、係る世帯主および申請書に記入した人物の身元、そして可能であれば災害時の当該世帯の住所および/または勤務先所在地の証明書を実証しなければなりません。
- 災害期間後の検証対象として選定された場合、郡、州および連邦の担当官に協力しなければなりません。

- 申請者は、その申請者に属する災害 CalFresh 給付金を別の人が受け取ることを承認できます。承認を付与したい人がいれば、以下の情報に記入してください:

正式代表者	電話番号
市名および郵便番号含む住所	
<input type="checkbox"/> EBT カードの受け取りのみ	<input type="checkbox"/> 自宅用の食料の購入のための EBT カードの受け取り

## 罰則の警告!!

申請者の世帯が災害 CALFRESH 給付金を受け取る場合、下記に一覧する細則を順守しなければなりません。情報の報告不全または事実と異なる解釈をした場合、罰金、懲役またはその両方を伴う告訴をもたらす可能性があります。係る罰則は、当要綱の資格剥奪、最高 250 ドルの罰金または最高 20 年の懲役となる場合があります。資格剥奪の罰則は、初回の違反で 12 カ月間、2 回目の違反で 24 カ月間、3 回目の違反で永久に適用されます。

- 災害 CalFresh 給付金を受け取ろうと虚偽の情報または不完全な情報を提供しないでください。
- 災害 CalFresh 給付金その他あらゆる発行媒体を取引したり売却しないでください。
- 受け取る権限のない災害 CalFresh 給付金を受け取るため、EBT カードその他あらゆる発行媒体を改ざんしないでください。
- 酒やタバコなどの不適格な品目に対し災害 CalFresh 給付金を用いないでください。
- 他人の EBT カードその他発行媒体を自身の世帯のために使用しないでください。

説明: 上記の災害給付金給付期間において予想される状況について、この用紙上での質問に回答を記入してください。

氏名 (世帯主)	
災害時の定住所	電話番号
臨時住所	電話番号
郵送先住所	電話番号
災害時の職場住所	電話番号

## PART A – 世帯の状況(それぞれの質問について「はい」か「いいえ」で答えてください)

- 申請者の世帯員に、災害時に被害に遭った地域に、居住  就業  またはその両方  (当てはまるボックスにチェック) をしていた方がいますか。
- 世帯の収入または現金資金を得ることができませんか。  はい  いいえ
- 収入または現金資金が、災害によって低減したり、遅延したり、または停止しましたか。  はい  いいえ
- 災害給付金給付期間に、食料品を購入したり食事を作ったりする予定はありますか。  はい  いいえ

## COUNTY USE ONLY

Disaster Application  
Can the identity of the authorized representative be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is work address in the disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the household's residence be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

**PART B – 世帯員**

5. 災害 CalFresh 給付金を申請する世帯員全員の氏名を記載してください。災害時に同居していた世帯員のみを記載してください。係る災害に起因して別の世帯に一時的に居住している場合、その世帯の世帯員は記載しないでください。\*社会保障番号 (SSN) の申告は任意とします。個人識別目的にのみ用いられます。

氏名 (世帯主) (HH)	SSN*	生年月日
a.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
b.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
c.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
d.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
e.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
f.		
氏名	世帯主との続柄	SSN*
g.		

**COUNTY USE ONLY**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

**PART C – 収入／支援金／出費**

6. a. 上記の世帯員全員が、災害給付金給付期間に受領した、または受け取る予定の手取り額  
 その他収入の総額を記入してください。 \$ \_\_\_\_\_  
 b. 収入源を全て一覧してください:

7. 上記に一覧した世帯員が、災害給付金給付期間に受け取ることでできる現金の支援金を全て挙げてください。6番で一覧した金額は含めないでください。

手元現金	普通預金口座	当座預金口座	その他
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. 災害期間中に支払った、または支払う予定の、災害に関連する損失や損害に対する出費額を記入してください。上記一覧に含まれない人物により支払われる予定の、または災害期間に払い戻される金額は記載しないでください。ここで当てはまる出費には以下を含みます:

- a. 係る世帯の家屋その他、世帯員の雇用または自家経営に不可欠な不動産資産の損傷の修復に対する出費。 \$ \_\_\_\_\_
- b. 自宅が居住不可能になった場合、または係る所帯に帰宅できない場合の、一時収容施設の出費; \$ \_\_\_\_\_
- c. 災害のため避難を余儀なくされた場合の引越し費用の出費; \$ \_\_\_\_\_
- d. 災害による損害からの自宅または事業の保護に関連する出費; \$ \_\_\_\_\_
- e. 人身傷害に起因する医療費。 \$ \_\_\_\_\_
- f. 災害に関連する葬儀費。 \$ \_\_\_\_\_
- g. 災害に関連するペットの世話委託費。 \$ \_\_\_\_\_
- h. 衣類、電化製品、各種道具および文房具や教科書など、必要な身の回り品および家財道具の交換に関連する出費。 \$ \_\_\_\_\_
- i. 主な熱源として用いる燃料。 \$ \_\_\_\_\_
- j. 清掃用具費。 \$ \_\_\_\_\_
- k. 災害により損傷を受けた車両の修理費。 \$ \_\_\_\_\_
- l. 倉庫費用。 \$ \_\_\_\_\_

9. a. 上記に記載した中で現在 CalFresh 給付金を受けている方はいらっしゃいますか。  はい  いいえ  
 「はい」を選んだ場合、どなたですか \_\_\_\_\_ 郡 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 月額配当金 \$ \_\_\_\_\_  
 b. その方は当月分の CalFresh 給付金の代替金を申請するか、または受け取っていますか。  
 受けている場合、受け取った、または受け取る予定の金額はいくらですか。 \_\_\_\_\_  
 はい  いいえ

**Computation**

- A. Anticipated Income (from 6) \$ \_\_\_\_\_
- B. Accessible Cash Resources (from 7) + \$ \_\_\_\_\_
- C. Total disaster period income = (A+B) \$ \_\_\_\_\_
- D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ \_\_\_\_\_
- E. Accessible disaster period income = (C-D) \$ \_\_\_\_\_
- F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ \_\_\_\_\_

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO

**Allotment**

- 1. Disaster Allotment (from Table) \$ \_\_\_\_\_
- 2. Regular Allotment Already Received - \$ \_\_\_\_\_
- 3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ \_\_\_\_\_

**申請者の証明**

私は申請書における質問の内容を理解し、私の世帯が災害 CalFresh 給付金を必要としていることをここに証明します。また、上記の罰則の警告を読み(または読んでもらい)、私が適格であることを正確に判断するために必要な、あらゆる情報を提供したことを認めます。私が選定されたら、災害給付期間後の審査において、国、州および連邦の担当官に十分協力します。また、私自身、別の成人の世帯員、または権限のある代理人が、不正確なまたは不完全な情報を提供したことにより、余剰に支払われた給付金を払い戻す必要がある可能性についても承知しています。

アメリカ合衆国法の下での偽証罪の罰則に則り、申請書に含まれる情報は真実であり、正確であり、かつ完全なものであることを誓います。

署名 (成人の世帯員または権限ある代理人)	年月日	WORKER'S SIGNATURE	DATE
"X" で署名した場合の証人	年月日	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

EBT Card Number issued

# \_\_\_\_\_  
 YES  NO