

受給資格/ステータス報告



提出月 _____ の 1 日以降に署名し、その月の 5 日までに返送してください。

ご質問は、担当者にお尋ねください。

担当者名:

担当者電話番号:

バーコード:

次の給付を今月末で中止してください。 キャッシュエイド フードスタンプ Medi-Cal
最終ページに日付を記入し署名してください。この書式を担当者に返送してください。いつでも再申請することが可能です。

Part 1: _____ 年 _____ 報告月 _____ に何があったか説明してください。

1. 今月何らかの所得や金銭収入のあった者がいますか? 「はい」の場合は下記に列挙し
証拠となるものを添付してください。

はい いいえ

収入: 子守、利子や配当、賃貸収入、給与、自営業収入、疾病手当、チップ、休暇手当など。 **いかなるものであれ政府からの給付:** State Disability Indemnity (SDI)、Social Security、Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP)、その他の政府障害・年金給付、家賃補助、失業手当、退役軍人年金、Worker's Compensation (UIB) など。 **その他の給付:** 養育/配偶者扶助、保険または法的和解金、その他の個人的障害給付・年金、鉄道年金、ストライキ給付など。 **その他:** キャッシュ、ギフト、ローン、奨学金など。 **現物支給所得:** 住み込みや、無料の住居・公共料金・被服・食費等の現物支給など。

所得のあった者	受取先	総額	\$	\$	\$	\$	\$
		受取日					
所得のあった者	受取先	総額	\$	\$	\$	\$	\$
		受取日					
所得のあった者	受取先	総額	\$	\$	\$	\$	\$
		受取日					

1a. 今月の労働時間数あるいは職業訓練時間数

働いた者	場所	合計時間数	働いた者	場所	合計時間数
職業訓練を受けた者	場所	合計時間数	職業訓練を受けた者	場所	合計時間数

1b. 提出月後の 3 ヶ月で上記の所得や金額が変更される場合は、内容を説明し証明となるものを添付してください。

氏名	収入源	変更の理由	受取額		
			最初の月	2 ヶ月目の月	3 ヶ月目の月
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

質問 2、3、4、5 は、さらに多くのフードスタンプ給付を受けるのに役立つ場合があります。

2. 医療費用: 障害があるか 60 才以上のフードスタンプ受給者で、医療費を支払った者がいますか?

「はい」の場合は金額を列挙し、支払の証拠となるものを添付してください。

はい いいえ

支払った者	介護を受ける者	額
		\$

3. 扶養者の介護: フードスタンプ受給者で、仕事・職探し・学校・職業訓練に出かける間、子供・障害者・その他の扶養家族の介護のために支払いを行った者がいますか?

「はい」の場合は金額を列挙し、支払の証拠となるものを添付してください。

はい いいえ

支払った者	介護を受ける者	額
		\$

COUNTY USE SECTION

4. 養育費: フードスタンプ受給者で裁判所命令の養育費を支払った者がいますか? はい いいえ
 「はい」の場合は金額を列挙し、支払の証拠となるものを添付してください。

支払った者	額 \$	支払った者	額 \$
-------	------	-------	------

5. 提出月 (SUBMIT MONTH) 後の 3 ヶ月間に質問 2、3、4 の内容が変更される場合は、下記のボックスをチェックして内容を説明し、証拠となるものを添付してください。

医療費用 <input type="checkbox"/>	支払う者	金額 \$	介護を受ける者	変更内容	いつ変更されますか?
扶養介護 <input type="checkbox"/>	支払う者	金額 \$	介護を受ける者	変更内容	いつ変更されますか?
裁判所命令養育費 <input type="checkbox"/>	支払う者	金額 \$	誰のための支払	新しい裁判所命令を添付	いつ変更されますか?

PART 2: 最後の報告以来何が起きましたか?

6. 所有物 [土地、家屋、車、銀行口座、現金収入 (宝くじやカジノの賞金、遡及社会保障金、税の還付など)、その他] を購入・取得・売却・交換・贈与した者がいますか? 「はい」の場合は下記に列挙し、証拠となるものを添付してください。 はい いいえ

所有・売却・交換・贈与した者	所有物の種類	時期	価格 \$	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 獲得 <input type="checkbox"/> 贈与を受取った <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 贈与
当座預金口座 <input type="checkbox"/> 開設 <input type="checkbox"/> 解約 残高 \$	普通預金口座 <input type="checkbox"/> 開設 <input type="checkbox"/> 解約 残高 \$			

7. 家庭構成員の引越しがありましたか? またはあなたが誰かと同居するようになりましたか? はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

フルネーム	あなたとの関係	引越して来たか、引越して行ったか	いつ

8. あなたの家族で、規制薬物の所持・使用・配布に関し麻薬関連の重罪で有罪を宣告された者、あるいは重罪に関する告訴、重罪有罪判決後の拘留を避けようとしているか逃亡中の者、保護観察期間または保釈違反の者がいますか? 「はい」の場合は、その氏名: 場所 有罪判決を受けた日付: はい いいえ

9. 次のいずれかの事項やその他の変更が家庭構成員に起こりましたか? はい いいえ
 「はい」の場合は下記のボックスをチェックし、証拠となるものを添付してください。

- 家族構成の変更 (結婚、離婚、別居、California Domestic Partnership (DP) の登録、California DP でない相手との同棲、DP の終了、妊娠、出産、妊娠中で無くなる、等)
- 障害 (障害者になった。障害あるいは大きな病気から回復した。)
- 仕事 (仕事/職業訓練を開始・中止・拒否した。労働時間数/職業訓練時間数が変化した。ストライキを行った。)
- 移民法 (市民権や移民法上の地位が変わった。USCIS (INS) から通知、書類、カードを受け取った。)
- 保険 (MEDICARE を含め、健康保険、歯科保険、生命保険を開始・中止・変更した。)
- 子供の養育権 (子供の世話・養育の時間が変更になった。)
- 在宅支援サービス (In-Home Supportive Services) (開始/中止した。)
- 通学
 - キャッシュエイドの場合のみ - 6 ~ 18 才の学生 定期的に通学しなくなった/通学するようになった。
 - 年齢 16 才以上の学生 学校/大学に通い始めた/通うのを止めた。(教科書代、通学費等の費用を申請することができます。)

その他

「はい」をどれかでもチェックした場合は、下記に記入してください。必要に応じ、別紙を添付してください。

氏名	あなたとの関係	内容	時期

住所変更

引越した場合のみ、あるいは新規の郵送先がある場合のみ、この欄に記入してください。フードスタンプを受給している場合、新たなシエルター支出の証拠の提出を求められる場合があります。

新しい住所 (Number, Street Name, AVENUE, BLVD, など) Apt. No	City	State	Zip Code	新しい電話番号 ()
---	------	-------	----------	-------------

転居日	新しい郵送先 (住所と異なる場合)	City	State	Zip Code
-----	-------------------	------	-------	----------

この新規住所で居住費用がかかりますか? 暖房冷房費を住居費とは別に支払う必要がありますか?

はい いいえ 「はい」ならば、いくらですか? \$ _____ はい いいえ 「はい」ならば、いくらですか? \$ _____

証明 - 不正行為に対する警告

私は以下の点を了解いたします。補助や給付を得るため、あるいはこれを継続して受給するために、所得、資産、家族状況等に関し、すべての事実を意図的に提供しなかったり、誤った事実を提供した場合、私は法的に罰せられることがあることを了解します。さらに、このような行為の結果として、\$400 以上のキャッシュエイド、フードスタンプ給付を不正に受給した場合、重罪を犯したとして告発されることがあることを了解いたします。私は、「キャッシュエイドおよびフードスタンプ用の受給資格/ステータス報告書の記入方法および罰則 (Instructions and Penalties for the Eligibility/Status Report for Cash Aid and Food Stamps)」を 1 部受領しました。

この報告書が該当する月の最終日以降にこの報告書に署名して日付を記入しない場合、不完全な記載とされます。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、この報告書に含まれている事実は、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。

署名しなければならない者: キャッシュエイド: あなた自身と給付を受けているあなたの配偶者・同棲相手、または同居している場合給付を受けている子供の親。
 フードスタンプ: 家族の筆頭者、責任ある家庭構成員、家族の指定代理人 (Authorized Representative) いずれか

署名または記号	署名日	自宅の電話 ()	連絡先/携帯の電話番号 ()
配偶者・同棲相手の署名、またはキャッシュエイド給付を受けている子供の他方の親の署名	署名日	記号の場合の証人、通訳、その他この書類を記入した者の署名	署名日