

# 成人している親（親であるティーンとその親）の 事実陳述書

(SAWS 2追加書類)

ケース名
ケース番号

規則では、親であるティーン（18才まで）がキャッシュエイドを申請する場合、同居している親であるティーンとその親（成人している親）の所得を計上する必要があると定められています。この所得のうち、いくらが計上されるのかを確認します。

## 手順：

- この書類を記入して、SAWS 2とともに提出してください。
- 同居しているあなたの親についての質問すべてに答えてください。
- 完全に記入された書類が提出されない場合、キャッシュエイドおよびキャッシュベースのMedi-Cal（カリフォルニア州医療支援プログラム）は**変更もしくは中止**になります。
- 質問がある場合は担当者もしくは郡までお問い合わせください。

<p>1. あなたの親は、以下のような所得、現金、給付がありますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>          所得、社会保障金や失業保険／障害給付金（UIB/DIB）、補助社会保障給付金／州の補助給付金（Supplemental Security Income/State Supplementary Payment: SSI/SSP）などの政府からの給付金、労災補償、鉄道年金、退役軍人またはその他の個人または政府の障害年金、株式、債券、普通預金からの利子や配当、在宅支援サービス（IHSS）、養育費／扶養手当、職業訓練手当、ストライキ手当、現金、贈与、ローン、助成金、奨学金、税の還付、勤労所得控除（EITC）、ギャンブル／宝くじの賞金、家賃収入、家賃補助、無料の住居／公共料金／被服／食費、保険金または和解金など。</p>			
名前	収入源	受取額	頻度
		\$	
名前	収入源	受取額	頻度
		\$	
<p>2. 今後6カ月の間に、この所得が変更する予定がありますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>          「はい」の場合、予定される変更を下記に記載してください。雇用者からの書類や給付交付の書類等、証明となるものを添付してください。</p>			
どなたの所得が変更しますか？	どの所得が変更しますか？	変更の内容と時期	
<p>3. あなたの親は同居している別の者を扶養し、連邦所得税のために扶養家族として申告していますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>          「はい」の場合はその方の名前と続柄を記載してください。</p>			
名前	続柄	名前	続柄
<p>4. あなたの親は同居していない者を扶養し、連邦所得税のために扶養家族として申告しているか、申告することができますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>          「はい」の場合はその方の名前と支払額を記載して、証拠を添付してください。</p>			
名前	支払額	名前	支払額
	\$		\$

## 証明

- 私は、給付を受けるためにすべての事実を故意に報告しない場合や、不正な事実を報告する場合、法的に起訴されることがあることを了解します。本来受け取ることのない\$950以上の支援を受け取った場合、重罪犯で告発される場合があります。またキャッシュエイドは一定期間停止になる場合があります。また、最高\$10,000の罰金刑、最高3年間の禁固懲役刑のいずれかまたは両方が科せられる場合があります。
- 私は、情報や真実を報告しないことが、罰金刑または禁固懲役刑のいずれかまたは両方で起訴される場合があることを了解します。
- 私は、キャッシュエイドの受給資格や給付金に影響を及ぼす可能性がある突発的な変更が発生する場合、5日以内に担当者に報告する必要があることを了解します。変更を報告する必要があるのか不確かな場合、担当者に連絡する必要があります。
- 私は、報告する事実によって給付が拒否、減額または停止となる場合があることを了解します。
- 私は、郡福祉課の提案事項に対して州聴聞会を要請する権利があることを了解します。

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、この書類に記載された情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言します。

**本報告書に署名と日付を記入する必要があります。署名と日付がない場合は不完全とみなされます。**

キャッシュエイドを受給する親であるティーンの名前

署名日

郡の使用のみ