



権利と責任、ならびにその他の重要な情報

キャッシュエイド、カルフレッシュプログラム、Medi-Cal/34-County Medical Services Program (郡医療サービスプログラム:CMSP) 用このパンフレットは、あなたの権利と責任、ならびにその他の重要な情報を提供するものです。郡では、キャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal/34-County CMSP の受給資格があるかどうか判断し、受給資格がある場合いくらになるかを計算するために、あなたの個人情報が必要とします。ご質問や、さらに詳しい情報をご希望の場合は、担当者にご連絡ください。

キャッシュエイドには、カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任 (California Work Opportunity and Responsibility to Kids: CalWORKs) および難民キャッシュ補助金 (Refugee Cash Assistance: RCA) があります。

Medi-Cal/34-County CMSP には、完全な (Full) Medi-Cal/34-County CMSP 給付と、緊急・妊娠関連ケアのみの制限付き (Restricted) Medi-Cal/34-County CMSP があります。

あなたの権利

- 人種、肌の色、出身国、宗教、政治的信条、既婚未婚等の区別、性別、障害、年齢等に関わらず公正に待遇されること。差別されたと感じる場合は、先ず居住郡で指定されている市民権担当者に口頭で申し出るか、下記宛に書面で提出することにより、差別に関する不服申立てを行うことができます。
State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 8-16-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
あるいは、フリーダイヤル 1-866-741-6241、または聴覚障害の場合は TDD 1-800-688-4486 まで電話で申し立てることも可能です。
- 障害がある場合、キャッシュエイド、給付、サービスの申請のための支援、あるいは継続して受給するための支援を受けること。障害があるために支援が必要な場合は、郡にご連絡ください。
- キャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal/34-County CMSP 申請書の記入に支援が必要な場合、これを求めること。
- 英語が話せない場合や読めない場合、通訳あるいは書式や通知書の翻訳を請求する。
- 礼儀正しく、思いやりと尊重ある態度で待遇される。
- 申請した場合、速やかに面接を受け、キャッシュエイド、Medi-Cal/34-County CMSP の場合は 45 日以内 (障害の判定が必要な Medi-Cal は 90 日以内)、カルフレッシュの場合は 30 日以内に受給資格があるかどうかの決定を受ける。
- 郡と自分のケースを話し合い、あなたが請求した場合、自分自身で自分のケースを再検討する。
- キャッシュエイドが直ちに受給できる規則を説明してもらうこと。受給資格があると郡当局が考える場合、1 日以内に面接を行います。
- カルフレッシュが直ちに受給できる規則を説明してもらうこと。直ちに受給する資格があると郡当局が考える場合、直ちに面接を受け、3 日以内にカルフレッシュ給付を受領することができます。
- 受給資格があり、医療上の緊急時や妊娠している場合、Medi-Cal/34-County CMSP をできるだけ早く受けること。
- 受給資格が変わらない場合、カリフォルニア州内の別の郡に転居しても、途切れることなく継続的にキャッシュエイドや Medi-Cal 給付を受給すること。
- 遡って Medi-Cal 給付が受けられる受給規則を説明してもらうこと。
- Medi-Cal/34-County CMSP を申請するときに過去の未払いの医療関連請求書を郡に提出することにより、負担費用 (Share of Cost) があればこれを低減させること。
- Medi-Cal 受給資格がある場合、前払い健康保険プラン (Prepaid Health Plan: PHP)、診療ごとの料金支払い方式 (Fee-for-service coverage [利用可能な場合])、保健維持機構 (Health Maintenance Organization: HMO)、Medi-Cal のいずれかを選択すること。
- Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC)、EBT Card 等を郵送中に紛失したか、損傷・破損した場合、再発行してもらうこと。資格があるかどうかは、郡当局が説明いたします。
- 所得が減ったときや停止された場合、追加給付を求めること (キャッシュエイドのみ対象)。
- 突然でまねな状況により、衣服、住居、生活必需品等が紛失・損傷し、利用できない場合、給付を求めること (キャッシュエイドのみ対象)。
- 特別な食事、継続的な治療のための交通費、特別な洗濯代、難聴の方の電話代、高額な公共料金等のような特別なニーズに対する給付を求めること (キャッシュエイドのみ対象)。
- 申請が受理あるいは拒絶されるか、給付が変更あるいは中止される場合、書面で通知を受け取ること。
- キャッシュエイドあるいはカルフレッシュの給付を受けていて、あなたに対する重罪逮捕状が出ている場合や、法的な要請に基づく場合を除き、あなたの記録を郡および州が機密として管理すること。
- 郡の決定が承諾できない場合、郡と話し合うか、州に対し不服申立てを行うこと。フリーダイヤル 1-800-952-5253、または聴覚障害の場合は TDD 1-800-952-8349 にお電話ください。
- キャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal に関する郡の決定から 90 日以内に州聴聞会を請求すること。
- 州聴聞会を請求する場合に、郡に書面で請求するか、上記 21 項に挙げられた州のフリーダイヤル番号に連絡できること。
- 34-County CMSP 受給資格の問題に関しては、居住する郡にに対し、電話ではなく、**書面でのみ** 申請すること。
- 州の聴聞会で、あなた自身が出席するか、あるいは家族構成員、友人、弁護士、その他あなたが選ぶ人物を代理人とすること。注意事項：居住地域の法務支援 (Legal aid) オフィスや福利権利グループ (Welfare rights group) から無料の法的な援助を得ることも可能です。
- キャッシュの給付金を最低料金あるいは無料で引き出すことができる場所に妥当にアクセスできること。
- EBT カードの使い方とキャッシュの給付金を最低料金あるいは無料で受け取る方法について記載しているパンフレットを受け取ること。
- 手数料無料の ATM のリストと、EBT カードで購入したときに無料でキャッシュバックを受け取ることができる店舗のリストを受け取ること。これらの場所のリストは郡の職員または www.ebt.ca.gov から入手できます。

あなたの責任

市民権／移民法上の地位

偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、キャッシュエイドおよびカルフレッシュ給付を申請する家族構成員が全員米国民、米国居住者、移民法上合法的な者、いずれかであることを署名すること。移民法上の地位に関して、あなたが提供する情報は、U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS: 米国民権移民サービス)に照会されます。USCIS から郡当局が入手する情報は、あなたの受給資格に影響する場合があります。(方針および手順のマニュアルセクション 42-433)

Medi-Cal/34-County CMSP を希望する場合、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、市民権・移民法上の地位を宣言する必要があります。米国の永住権 (Lawful Permanent Residence: LPR) を持つ非米国民、有効な I-688 を所持する難民外国人、法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL) いずれかであると申告すると、あなたの移民法上の地位は、USCIS に対してチェックされます。申請者の移民法上の地位を確認するために USCIS が受け取る情報は、Medi-Cal/34-County CMSP の受給資格を判定するためにのみ利用されるもので、不正行為を犯していない限り、移民法の取締りには利用されません。

指紋押捺および写真撮影

キャッシュエイドやカルフレッシュ受給資格のある成人家族構成員は全員、指紋押捺および写真撮影を行わなければなりません。この規則に従うことが求められる人物が指紋押捺および写真撮影を行わないと、家族全体に対し給付が行われなくなります。(方針および手順のマニュアルセクション 40-105.3)

指紋および写真は機密とされ、福利関連の犯罪の予防または処罰のためにのみ利用されます。

社会保障番号 (Social Security Number: SSN) 規則

SSN (社会保障番号) は、納税、福利、雇用、Social Security Administration (社会保障管理局)、その他の政府機関からの記録と、収入等をチェックするコンピュータチェックで用いられます。相違がある場合は、雇用主、銀行、その他で確認される場合もあります。キャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal/34-County CMSP の受給資格や給付額に影響する事実や状況について、虚偽の事実を提出したり、事実をすべて提出しない場合、給付の払戻しや、刑法・民法上告発される結果になる場合があります。

キャッシュエイドおよびカルフレッシュ: あなたは、キャッシュエイドやカルフレッシュの申請者、受給者各人の SSN を提供しなければなりません。SSN または SSN 申請中である証拠の提出を拒絶すると、キャッシュエイドやカルフレッシュ給付を受けることができません。キャッシュエイドの場合、SSN 申請中の証明をキャッシュエイドの申請から 30 日以内に提出し、SSN を取得したならば郡に提示する必要があります。(方針および手順のマニュアルセクション 40-105.2)

米国民、米国民、米国の永住権所持者 (Lawful Permanent Resident: LPR)、有効な I-688 を所持する難民外国人、法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL) いずれかである Medi-Cal/34-County CMSP の申請者は、SSN または SSN 申請中である証拠の提出を拒否すると Medi-Cal を受給資格がなくなります。有効な I-688 を所持する難民外国人、LPR、法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL)、いずれでもない非米国民は、SSN がなくても、カリフォルニアに居住しているなどの条件を含め、受給資格規則を満足している場合、制限付きの Medi-Cal/34-County CMSP を受給することができます。

証明書の提出

受給資格の根拠となる証拠を提出すること。証拠が入手できない場合、郡当局が証拠を入手できるよう、他の人物あるいは機関の名前を提供する必要があります。あなた自身が入手できない場合、証拠の入手をお手伝いいたします。(方針および手順のマニュアルセクション 40-105.1; 40-157.212; 40-157.213)

協力

郡、州、連邦政府のスタッフに協力すること。キャッシュエイドの場合、郡の担当者が、家族構成員全員に会うことを含め、事実の確認のために、時間を決めて申請者の家庭を訪問します。協力がないと、給付が受給できなくなったり、中止されてしまうことがあります。

キャッシュエイドと Medi-Cal

失業保険 (Unemployment: UIB)、障害手当 (Disability benefits)、退役軍人手当 (Veterans benefits)、社会保障 (Social Security)、Medicare などのように誰でも受給資格がありうる給付を申請すること。

養育・配偶者および医療サポート (Child/Spousal and Medical Support)

郡および地域の子供支援機関 (Local Child Support Agency) が次のことを行うことに協力すること。

- 自分のケースに関し、同居していない親を特定し見つけ出すこと
 - 同居していない親の住所や勤務先などについての情報がわかった場合速やかに郡当局あるいは地域の子供支援機関 (Local Child Support Agency) に連絡すること。
 - あなたのケースで必要な場合親子関係を決定すること。
 - 同居していない親から医療扶助金を受け取る。またあなたがキャッシュエイドを受給している場合、養育費を受け取ること。
 - 受け取った医療扶助金や養育費、扶養費を地域の子供支援機関 (Local Child Support Agency) に提出すること。
 - 同居していない親が支払った医療費や医療サービス料金を郡当局に報告すること。
- 協力がないと、キャッシュエイドが減額されます。(方針および手順のマニュアルセクション 40-157.212; 40-157.213)

MEDI-CAL

給付識別カード (Benefits Identification Card: BIC)

- 受け取ったならば署名し、必要な医療ケアサービスを受けるためにのみ使用すること。
- **BICを決して破棄しない** (新しいBICが郡から提供されない限り)。Medi-Cal の利用を中止しても BIC カードを保持する必要があります。BIC は、キャッシュエイド、あるいは再度 Medi-Cal を受給する場合に使用することができます。
- あなた自身あるいはあなたの家族が病気になったり診療の予約をした場合、医療機関に BIC を提示すること。
- 緊急時においてあなた自身あるいはあなたの家族の処置を行った医療機関に、事後できるだけ早く BIC を提示すること。

ヘルスケア補償範囲／保険

- あなた自身あるいは家族が持っているヘルスケアの補償範囲や保険について、郡および医療機関に報告する。
- あなた自身や家族が利用できる健康保険を無料あるいは妥当な料金で維持する。
- 必要な医療サービスが提供されない場合を除き、Medi-Cal/34-County CMSP を利用する前に持っていた前払い型ヘルスプラン、HMO、ヘルスケア保険プランを利用すること。Medi-Cal は、これらの医療保険プランで支払われたサービスや提供されたサービスの支払はしませんので、これらを利用する必要があります。
- Medi-Cal がカリフォルニア州による保険料の支払を承認した場合、雇用関連グループのヘルスプランに加入し、その資格を保持すること。

あなたの報告責任

あなたには、特定の情報を郡に報告する義務があります。報告の仕方、報告する事項、必要な証明書等に関し不明な点があれば、担当者にご相談ください。カルフレッシュを受給している場合、あなたが、四半期ごとに報告する方式なのか変更時に報告する方式なのかは、担当者がお知らせします。Medi-Cal/34-County CMSPを受給している場合、いつ報告すべきかは担当者がお知らせします。(方針および手順のマニュアルセクション 40-181)

必ずとらなければならない報告の方法

キャッシュエイドやカルフレッシュで四半期報告の場合、報告月の翌月の 5 日までに四半期報告書 (Quarterly Eligibility Report: QR 7) を提出し、必要な変更については、10 日以内に郡に報告しなければなりません。

カルフレッシュの変更事項報告については、10 日以内にすべての変更を報告しなければなりません。

- 郡のカルフレッシュオフィスへの郵送、電話、直接出頭するか、あるいは
- DFA 377.5 カルフレッシュ家庭変更報告書式 (CalFresh Household Change Report form) で行います。

Medi-Cal の場合、すべての変更事項を 10 日以内に報告し、さらにステータス報告書 (Status Report) を郡が送付あるいは直接手渡した場合、その月の 5 日までに完全に記入されたこのステータス報告書 (Status Report) を提出しなければなりません。

必ず報告しなければいけない時期

キャッシュエイドおよびカルフレッシュの四半期報告

四半期報告の規則では、特定の時期に報告することが定められています。あなたは、各四半期 (3 ヶ月の期間) ごとの報告月、"Report month" を指定されます。これは、各四半期の 2 番目の月となります。例えば、あなたの四半期が 1 月、2 月、3 月であれば、2 月があなたの報告月、"Report month" になり、3 月 5 日が報告提出期限になります。報告の提出期限は、常に報告月の翌月の 5 日で、その月の 11 日までに郡が受領しないと報告が遅れたものとみなされます。四半期受給資格報告 (Quarterly Eligibility Report: QR 7) が遅れると、受給すべきでなかったキャッシュエイドやカルフレッシュを払戻ししなければなりません。あなたは、次の四半期に起こると予想される総所得の変化に加え、総所得、家族構成員の数の変化、家族構成員が購入・売却した不動産、その報告月に関するその他の情報を報告しなければなりません。完全に記入された四半期受給資格報告書 (Quarterly Eligibility Report: QR 7) を提出期限の月の翌月の最初の執務日までに提出しないと、あなたの家庭の給付は中止されます。

四半期報告書 (Quarterly Report) で報告すべき事項：

- 勤労所得:** 報告月に関し、あなたや家族構成員の誰かが受け取った総勤労所得。これには、給与、チップ、休暇手当、現金ボーナス、自営業や訓練プログラムからの収入、さらに無料の家賃・衣服・食事等労働に対して得られるすべての収入が含まれます。
- 不労所得や障害に基づく所得:** 報告月に関し、あなたや家族構成員の誰かが受け取った、その他の全所得。これには、養育費、扶養手当、利子や配当、ギャンブル/宝くじの賞金、保険金や法的和解金、ストライキ手当、現金、贈与、ローン、奨学金、税の還付、社会保障 (Social Security) や補助社会保障給付金/州の補助給付金 (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment: SSI/SSP) など政府からの給付金すべて、失業保険、労災補償、州の障害者補償、退役軍人年金、鉄道年金、その他の個人または政府の障害保証や年金、家賃収入、家賃補助、無料の住居/公共料金/衣服/食費、その他の収入等が含まれます。

- また、次の四半期に起こると予想される所得の変化についても四半期報告書 (Quarterly Report) で報告する必要があります。これには、勤労所得、不労所得、障害に基づく所得の変化が含まれます。
- 所有資産:** あなたや家族構成員の誰かが前の四半期以降に入手し現在も所有している、自動車、銀行口座、貯蓄債権、保険、家屋や不動産、信託、EBT キャッシュ残高、等の所有資産すべてで、購入・交換・贈与いずれかによるかを問いません。郡では、この情報を用いて、あなたの家庭が所有資産制限を超えないかどうか判定します。前の四半期報告以降、あなた自身あるいは家族の誰かが、所有資産を売却・交換・贈与した場合、これを報告しなければなりません。
- あなたが別の人と同居するようになった場合や、家族の誰かが同居しなくなった場合あるいは誰かが同居するようになった場合:** 新生児を含め、前の四半期報告以降、誰かが同居するようになり、現在も同居している場合。また、前の四半期報告以降、同居しなくなった方や亡くなった方がいれば、報告しなければなりません。
- 有罪判決を受けた麻薬法違反者、逃亡中の重罪犯罪者、保護観察期間/保釈違反者:** 重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者、あるいは保護観察期間あるいは保釈違反の者が家庭にいれば、その者の氏名。規制薬物の製造・販売・配布、またはこのような不法行為に関連する行為、マリファナの収穫・栽培・処理、これらの行為に未成年者を巻き込んだ行為、いずれかに関し薬物に関わる重罪で有罪判決を受けた者がいれば、それを報告しなければなりません。カルフレッシュの場合は、1996 年 8 月 22 日以降の重罪、キャッシュエイドの場合は、1998 年 1 月 1 日以降に起きた有罪判決をリストで提示しなければなりません。
- 労働時間の減少:** 扶養者のいない健全な成人 (Able Bodied Adult Without Dependents: ABAWD) で、労働時間が週 20 時間、月 80 時間未満になった場合は報告しなければなりません。次の 3 ヶ月間に労働時間がこの制限以下になると予想される場合も報告する必要があります。

Medi-Cal/34-County CMSP では、次の場合報告する必要があります。

- 老人ホームや長期看護施設に入所・出所する者がいる場合。
- SSI/SSP、社会保障 (Social Security)、退役軍人年金、鉄道年金などの障害者給付を申請している者。
- 他人の作為・不作為により事故や怪我をしてヘルスケアサービスを受けている者。

あなたの報告責任(つづき)

無補助カルフレッシュの四半期報告

カルフレッシュのみを受給している場合、次の事項を報告してください。

1. 家族構成員のうち、別の住所へ引越す者、引越し予定の者、新たな郵送先を取得する者。
2. 扶養者のいない健全成人 (Able Bodied Adult Without Dependents: ABAWD) のカルフレッシュ受給者で、各人の労働時間、また各人が訓練中の場合はその時間が週 20 時間未満、月 80 時間未満になった者。

CalWORKs に関して、特定の変更事項は、四半期報告提出時でなくても報告する必要があります。

以下のような特定の状況については、報告月でなくとも、その変更の発生後 10 日以内に報告する必要があります。

1. 勤労所得、不労所得を合わせ、家族の総所得を合わせたものが、所得報告閾値 (Income Reporting Threshold: IRT) を超えた場合。家族の人数に合った IRT 制限は、郡の担当者がお知らせいたします。不労所得しかない家庭やカルフレッシュしか受け取っていない家庭は、四半期受給資格報告書 (Quarterly Eligibility Report: QR 7) を除き所得を報告することは求められていません。
2. 家庭の誰かが、麻薬関連の重罪で有罪判決を受けたり、逃亡中の犯罪者となったり、保護観察期間や保釈違反となった場合、その者。
3. 引越した場合は、給付金、四半期報告書書式、通告等を郡が送付できるよう、郡に住所変更を通知する必要があります。

CalWORKs に関する情報を自発的に報告することならびにカルフレッシュ四半期報告:

また、報告月でなくとも、その他の情報を自発的に報告することができます。情報を自発的に報告することにより、家庭の給付額が増額される場合もあります。報告された情報により給付額が増える場合、郡は、証拠が提出されてから 10 日以内に決定を下します。例外は、人数が増えたために増額される場合です。その場合は、郡は、証明書が提出されてから最初の月に給付を増額する決定を下します。既に郡に報告した事柄であっても、次の四半期報告 (Quarterly Report: QR 7) で報告する必要があります。

給付額が増額される理由となる自発的な報告には、次のようなものがあります。

- 所得が止まったか減額された。
- 所得のない者が引越してきた (新生児を含む)。
- 所得のある家族構成員だった者が他に引越して行った。
- あなた自身あるいは家庭の誰かが、妊娠特別ニーズや特別ダイエットなど、CalWORKs 特別ニーズの受給資格があると思う場合。

カルフレッシュのみ対象のこの他の例:

- 家族構成員の誰かが同居していない子供に対し、裁判所命令の養育費を払うようになった。
- 家族構成員の誰かが 60 才以上である。
- 障害者あるいは年齢が 60 才以上になった者で、医療費に変更があった者や新たな医療費が生じた者 (証明されると、カルフレッシュは再計算される場合があります)。

カルフレッシュのみ対象の家庭の追加情報

カルフレッシュを受給していて、所得の増額を自発的に報告し、それが家庭の人数による総所得レベルを超えると、給付が継続されない場合があります。

カルフレッシュしか受給していない場合は、次の点にご注意ください。(1) 四半期中は所得の増加を報告する必要はありません。(2) 書面による四半期の報告時期の中間で郡に報告した場合でも、次の QR 7 でその変更事項を報告する必要があります。

あなたの給付全体の中止や、同居しなくなったか扶助が必要でなくなった者に関してのみの給付の中止を要請することもできます。Medi-Cal やカルフレッシュなどの他の給付を中止するよう要請することも可能です。Medi-Cal やカルフレッシュのみを受給することは、キャッシュエイドの時間制限にマイナス点として計算されることはありません。

四半期に報告すべきその他の変更事項:

以上の他にも、郡が給付を減額あるいは中止する根拠となる、四半期中間に発生する変更事項があります。例としては、次のようなものがあります。

- 家庭の成人がだれか CalWORKs 48ヶ月の時間制限に達する。
- 家族構成員が拘束/処罰された。
- 子供が年齢 18 才になった (そして 19 才になるまで高校を卒業しない)。
- 家族構成員の誰かが別の家庭で給付を受けるようになった。
- 受給資格のある子供が養護施設 (Foster Care) に入った。
- 扶養者のいない健全成人 (Able Bodied Adult Without Dependents: ABAWD) のカルフレッシュ受給者で、各人の労働時間、また各人が訓練中の場合はその時間が週 20 時間未満、月 80 時間未満になった者。

カルフレッシュの変更事項の報告

カルフレッシュの変更事項報告については、次の場合報告しなければなりません。

1. 月の総所得が支払開始あるいは支払停止された場合や 50 ドル以上変化した場合。
2. 家族構成員いずれのものであれ、所得源となるものに変更があった場合。
3. 誰かが引越してきた、または他に引越して行った。
4. 誰かが同居するようになったか、あるいは同居していた誰かが家を出た。
5. 引越したか住所が変わった。
6. 引越した場合のみ家賃と公共料金。
7. 誰かが、ライセンスのある自動車を購入・入手・売却・贈与した場合。
8. 同居していない子供に関し、いずれかの家族構成員が支払う裁判所命令の養育費の額に変更があった場合。
9. 扶養者のいない健全成人 (Able Bodied Adult Without Dependents: ABAWD) のカルフレッシュ受給者で、各人の労働時間、また各人が訓練中の場合はその時間が週 20 時間未満、月 80 時間未満になった者。
10. 重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者、あるいは保護観察期間あるいは保釈違反の者がいる場合。
11. 規制薬物の製造・販売・配布、またはこのような不法行為に関連する行為、マリファナの収穫・栽培・処理、これらの行為に未成年者を巻き込んだ行為、いずれかに関し、1996 年 8 月 22 日以降に薬物に関わる重罪で有罪判決を受けた者。

カルフレッシュの変更事項報告については、次の場合報告することができます。

1. 身体的または精神的な病気が始まったか終わった者。
2. 市民権や移民法上のステータスの変更のある者や米国市民権および移民サービス (U.S. Citizenship and Immigration Services: USCIS) から通知、書式、新たなカードを受け取った者。
3. 扶養者のケア費用に変更があった場合。
4. 障害者あるいは年齢が 60 才以上になった者で、医療費に変更があった者や新たな医療費が生じた者。確認できれば、あなたの割当額は、再計算される場合があります。
5. 同居していない子供に対し、裁判所命令の養育費を払うようになった者。

あなたの報告責任 (つづき)

キャッシュエイドのみに関する重要情報

失業中の親

失業中の親としてキャッシュエイドを申請している場合、主要な稼ぎ手 (Principal Earner: PE) は、次のものでなければなりません。

- 失業中であり、これに先立つ 4 週間仕事についていない。
- 受給資格のある失業保険金の支払を申請し、これを受け取っている。

PE とは、過去 24 ヶ月間で所得が多かった稼ぎ手です。

ホームレス支援

一時的なシェルターや恒久的な住居費を払うため、あるいは立ち退きを防ぐため、給付金の受給資格がある場合があります。免除条件に合致しない限り、これは一生に 1 回限りの給付です。既にホームレス支援を受けたことがあり再度必要な場合、受給資格があるかどうかは担当者がお知らせします。

就学と予防接種

郡から請求された場合、次の事項に関し証拠を提出しなければなりません。

- 学齢期の子供が全員就学していて、さらに
- 6 才未満の子供は、年齢に該当する予防接種をすませていること。(方針および手順のマニュアルセクション 40-105.4; 40-105.5)。

最高給付額 (Maximum Aid Payment: MAP)

最高給付額 (Maximum Aid Payment: MAP) には 2 つのレベルがあります。キャッシュエイドを受給している多くの家庭は、低いレベルの MAP で受給しています。扶助単位 (Assistance Unit: AU) の各親あるいは各介護者が次の場合、高いレベルの MAP で受給することがあります。

- 障害があり、補助社会保障給付金 / 州の補助給付金 (Supplemental Security Income/State Supplemental Payments: SSI/SSP)、家庭支援サービス (In-Home Supportive Services: IHSS)、州障害保険 (State Disability Insurance: SDI)、一時的労働災害補償 (Temporary Workers Compensation: TWC)、一時障害補償 (Temporary Disability Indemnity: TDI) 給付いずれかを受給している。
- 自分の子供でない子供を世話していて、その子供は給付を受けているが、保護者がキャッシュエイドを受給していない場合。

また高いレベルの MAP の受給資格は、

- 各成人に免除資格があり、難民キャッシュ支援 (Refugee Cash Assistance: RCA) を受給している家族。

家庭の成人全員に少なくともこれらの免除資格のひとつがある場合、免除が適用されるかどうか担当者にお尋ねください。

自営業の取り扱い

自営業の場合は、総所得の 40% の標準控除に基づき事業支出を計算するか、実際の事業支出を用いて控除額を計算するか、選択することができます。自営業の実所得を計算する方法を一旦選んだならば、再承認された場合か 6 ヶ月が経過するか、いずれか先に発生する時点まで変更することはできません。

最高家族補助金 (Maximum Family Grant: MFG) 規則

MFG 規則は、1997 年 8 月 31 日以降に生まれた子供であれば、適用されます。MFG 規則は、子供の誕生前の 10 ヶ月間連続してキャッシュエイドを受給した家族の場合、子供の出生により家族が増えても最高給付額 (Maximum Aid Payment: MAP) が上がらないというものです。この規則には除外条件があります。担当者が MFG 規則の写しをお渡しし質問にお答えします。そこで、この規則を理解したということを署名していただきます。

事実の証明

キャッシュエイドの中止後 1 年以内に再度申請する場合、次の場合に関し、受給資格があるかどうかを決定するために必要な証明が既にあるかどうか前のケースのファイルを郡が確認いたします。

- 証明が得られない場合。あるいは
- 証明を得るために費用がかかる場合。あるいは
- 証明を入手するのに時間がかかりすぎるので申請書の処理が遅れてしまう場合。

キャッシュエイドの中止後 1 年以内に再度申請する場合に必要な証明が郡にない場合は、証拠を提出しなければなりません。

キャッシュエイドを受給していた時以降新たな変更事項がある場合は、新たな証明を提出する必要があります。



働くことが一番である理由：

- 家族を支えるためのより多くの \$\$\$\$ が手に入る
- あなた自身と家族のよりよい生活が築ける
- 仕事のスキルが得られる
- 自尊心が高まる
- 個人的な満足感が得られる

働いてもキャッシュエイドを受給することが可能です。

- ✓ 多くの場合、仕事をしていても、あなたの総所得 (控除前の所得) は、キャッシュエイドから等価で差し引かれることはありません。仕事関連の控除の資格がある場合もあります。合計すれば、家族を支える \$\$\$\$ が増えることとなります。
- ✓ 補助金ベースの実地研修 (On the Job Training: OJT) を受けている場合、あなたのキャッシュエイドの支払のすべてあるいは一部は、あなたの雇用者によりあなたの給与支払いに当てられます。補助金ベースの OJT 給与については、仕事関連の控除はありません。
- ✓ いずれにしても、ケア提供者に支払われる保育料の受給資格がある場合があります。

保育プログラムを含め、仕事と訓練規則、仕事のインセンティブ等に関する詳しい情報は、7 ページをご覧ください。働くことが一番であることや補助金ベースの OJT の仕組みについての詳しい情報は、担当者にお尋ねください。

受給資格があり報告規則に期限を守って対応している限り、仕事をしていてもキャッシュエイドが受給できることをお忘れなく。

仕事および職業訓練の規則

申請の承認前または承認後に従わなければならない、キャッシュエイドおよびカルフレッシュについての仕事関連の規則については、担当者がお知らせします。キャッシュエイド、カルフレッシュいずれかまたは両方を継続して受給するには、仕事をするか、職業訓練を受けるか、教育活動に参加するか、いずれかが求められる場合があります。キャッシュエイドおよびカルフレッシュの仕事の規則は、家族構成員が2人以上従うことが求められていることもあります。誰かが、仕事・職業訓練の規則に従わないために受給資格がなくなっても、他の家族構成員は、受給資格がある限りキャッシュエイドやカルフレッシュを受給することができます。しかし、給付されるキャッシュエイドやカルフレッシュの額は変更される可能性があります。

キャッシュエイドについての仕事の規則

キャッシュエイドとカルフレッシュ両方を受給している場合、あるいはキャッシュエイドのみを受給している場合、継続してキャッシュエイドやカルフレッシュを受給するためには、特定の「福祉から仕事」(Welfare-to-Work) 活動に参加する必要があるでしょう。このような活動に週何時間参加する必要があるか、あるいはこのような規則が免除されるかどうかは、郡当局がお知らせします。「福祉から仕事」(Welfare-to-Work) 活動には、助成金付き就業や助成金なし就業 (Subsidized or unsubsidized work)、職業体験 (Work experience)、コミュニティサービス (Community service)、基礎成人教育 (Adult basic education)、職業訓練 (Vocational training)、仕事口探し (Job search) 等がありますが、これに限定されるものではありません。助成金付き就業 (Subsidized work) とは、郡やその他の機関が給与の一部を雇用者に支払うシステムのことです。

キャッシュエイドの仕事規則では、次のことが求められます。

- 「福祉から就業へ」(Welfare-to-Work) プランに参加する
- 斡旋された適切な仕事口につく
- 仕事を辞めたり労働時間を減らさない

キャッシュエイドについての仕事の規則を満たさない場合の制裁措置

正当な理由なくキャッシュエイドについての仕事の規則を満たさないと、すべきことを行うまで、キャッシュエイドが中止されます。キャッシュエイドは、中止あるいは減額されると、満たさなかった仕事の規則が満足されるか免除されるまで復活されません。キャッシュエイドが中止されると、カルフレッシュも中止あるいは減額される場合があります。

キャッシュエイドを受給していない場合のカルフレッシュについての仕事の規則

カルフレッシュのみを受給している場合、継続してカルフレッシュを受給するためには、特定の雇用と職業訓練活動に参加する必要があります。このような活動には、仕事口探し (Job search)、勤労福祉制度 (Workfare)、基礎成人教育 (Adult basic education)、職業訓練 (Vocational training) 等が含まれます。このような活動に週何時間参加する必要があるか、あるいはこのような規則が免除されるかどうかは、郡当局がお知らせします。

カルフレッシュについての仕事の規則では、次のことが求められます。

- 職業体験および働く能力についての質問に答える
- こちらがお知らせする仕事口をチェックし、斡旋された適切な仕事口につく
- 仕事を辞めたり、労働時間を週 30 時間未満に減らさない

カルフレッシュのみの場合の罰則 (CalFresh Only Penalties)

正当な理由なくカルフレッシュについての仕事の規則を満たさないと、規則を満たさなかった回数に応じ、カルフレッシュ給付が拒否されるか、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月間中止されます。カルフレッシュが中止されると、罰則期間が終了するか免除されるまで回復されません。

キャッシュエイドを受給していない健全な成人 (Able-Bodied Adults) の仕事要件

カルフレッシュのみを受給している、未成年の子供がいない場合、満たさなければならない別の仕事の規則があります。この仕事の規則は、あなたが 18 才未満、49 才以上、妊娠中、未成年の子供のいるカルフレッシュ受給家庭に同居している場合等、いずれかの場合は満たす必要がありません。郡の担当者が説明する別の理由により免除される場合もあります。この規則では、健全な成人の場合、最低週 20 時間、月 80 時間賃金労働に従事するか、指定された時間数勤労福祉制度 (Workfare) に参加するか、最低週 20 時間、月 80 時間承認された職業訓練活動に従事するか、いずれかを行うことが求められています。36ヶ月の期間で、仕事規則を満足しない期間が3ヶ月あるとカルフレッシュは中止されます。レイオフなどの理由で2回目に利用規則を満足できなくなった場合、規則を満足していない状態でも3ヶ月間継続してカルフレッシュを受給することができる場合があります。これ以降、仕事規則を満たすか免除された場合のみカルフレッシュの受給ができます。

CalWORKs 所得減免

家庭が受けることができるキャッシュエイドの総額は、家族の人数と、他の収入がある場合はそれに基づきます。キャッシュエイドの受取額が計算されると、法律によって、特定の所得が控除されます。

- 家族が障害に基づく所得 (DI) を月に \$225 よりも多く受けている場合、\$225 の所得控除があります。
- 家族が月に \$225、あるいはそれより少ない DI を受けている場合、それらはすべて収入とみなされません。またそれ以外に勤労所得 (EI) がある場合、\$225 に残額があれば最高 \$112 まで控除されます。
- EI に残額があれば、その残額の 50% が控除されます。
- 残額は可算月収となり、キャッシュエイドの額の計算に使用されません。

自営業の取り扱い

自営業の場合は、総所得の 40% の標準控除に基づき事業支出を計算するか、実際の事業支出を用いて控除額を計算するか、選択することができます。自営業の実所得を計算する方法を一旦選んだならば、再承認された場合か 6 ヶ月が経過するか、いずれか先に発生する時点まで変更することはできません。

CalWORKs 保育プログラム

仕事をしたり、教育や職業訓練プログラムを受けたりなど、郡が承認する「福祉から仕事へ」(Welfare-to-work) 活動に参加するために保育が必要な受給者は、保育給付を利用することができます。

カリフォルニア州教育課 (California Department of Education: CDE) 保育プログラム

保育給付は、CDE から利用することもできます。詳しい情報については、お近くのリソース紹介機関 (Resource and Referral Agency) にお尋ねください。

一時的 Medi-Cal (Transitional Medi-Cal: TMC)

仕事をしているためキャッシュエイドが受けられない場合、最高 12 ヶ月まで Medi-Cal を受給することができる場合があります。あなたの家族は、キャッシュエイドが中止されるまで、過去 6 ヶ月間で最低 3 ヶ月キャッシュエイドを受けていなければなりません。6 ヶ月を超える TMC を受給するには、所得が、一定の制限未満であることに加え、TMC 報告規則を守る必要があります。

その他の重要情報

キャッシュエイドおよびカルフレッシュの四半期報告家庭

額決定規則

受給できるキャッシュエイドやカルフレッシュの額は、所得と許可されている支出により決定されます。あなたは、3ヶ月ごとに提出する四半期受給資格報告 (Quarterly Eligibility Report: QR 7) 書式を受け取るようになります。QR 7では、前の月にどれだけの所得と支出があり、報告を提出後の3ヶ月間にどれだけの所得と支出が予想されるかを報告しなければなりません。次の3ヶ月間に予想される所得と支出は、その3ヶ月間に受給するキャッシュエイドやカルフレッシュの額を計算するために用いられます。過去の月に関しQR 7に記入する情報は、所得や支出が変化しないと予想される場合、次の3ヶ月の額を決定するために用いられます。

例えば、QR 7を3月に提出する場合、2月の所得を報告することになります。また、4月、5月、6月に予想される所得の変更を報告することになります。2月の所得が変わらなければ、4月、5月、6月のキャッシュエイドおよびカルフレッシュは、これら各月で同じ所得、同じ支出として計算されます。所得や支出が変化する予定ならば、あなたの担当者は、4月、5月、6月の新たな予想所得額を用いて、これら各月のキャッシュエイドおよびカルフレッシュ額を計算します。この方法は、“見込み予算法 (prospective budgeting)” と呼ばれます。

所有資産の制限

CalWORKs:

家庭が所有していても CalWORKs を受給できる所有資産 (銀行口座や株式等) の限度は、\$2000.00 です。60才以上の家族構成員がいる場合は、この制限は\$3000.00になります。居住している家屋および家具は、この制限には含まれません。所有する車両の価格制限は\$4650です。あなた名義の車両の価値が\$4650を超える場合、超えた分は、特定の理由のために家庭でその自動車が必要である場合を除き、所有資産の合計に含まれることとなります。これらの理由に閉じては、担当者にお尋ねください。\$1500を超えて売却できない自動車は、所有資産制限の計算には含まれません。車両の価値の計算方法は、担当者がお知らせいたします。

カルフレッシュ

カルフレッシュのみを受けており、キャッシュエイドを受給していない場合は、所有資産制限は適用されません。キャッシュエイドとカルフレッシュの両方を受けている場合は CalWORKs の資産制限 (上記) が適用されます。

キャッシュエイドのみ

48ヶ月の制限

2011年7月1日現在で、キャッシュエイドを合計48ヶ月間受給した親あるいは親類である保護者は、キャッシュエイドの受給資格がありません。CalWORKs から受け取ったキャッシュエイドや Tribal TANF または他の州から受給したキャッシュエイドは、この48ヶ月制限に含まれます。1998年1月1日以降に受け取ったキャッシュエイドのみが、この48ヶ月制限に含まれます。この期間制限には例外があり、子供には適用されません。

財産/自動振込み (Electronic Benefits Transfer: EBT)

月末に EBT 口座に残高があれば、利用できる財産とみなされ、可算財産の総額が許容財産制限を超えている場合、キャッシュエイドの受給資格が無くなる可能性があります。

所有資産の移譲に関する規則

給付を受けている者は、所有資産について公正な市場価値が得ている場合、それらの売却や交換を行ったり、その形を変えることができます。所有資産に対し公正な市場価値を得ていない場合、一定の期間受給資格がなくなります。受給できない期間は、所有資産の公正な市場価格から受給した額を差し引き、それを家族のニーズ基準で割ることにより計算します。小数点以下の数値は切り捨てます。

カルフレッシュのみ

公共料金控除

暖房費および冷房費を支払っている場合、標準公共料金控除 (Standard Utility Allowance: SUA) が受けられます。暖房費や冷房費の他に、上下水道、ごみ収集などの公共料金を支払っている場合、制限付き公共料金控除 (Limited Utility Allowance: LUA) が受けられます。電話料金のみを支払っている場合は、電話公共料金控除 (Telephone Utility Allowance: TUA) を受けることができます。SUA, LUA, TUA は所得を減らすことになるため、給付の増額につながります。

MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP のみ

所有資産の超過分を消費する

- Medi-Cal/34-County CMSP のみを受給あるいは申請している場合で規則の制限以上の所有資産がある場合、申請月を含めどの月であっても最終日までそれを減らすことができます。Medi-Cal の場合、所有資産の超過分を希望する方法で消費することができます。しかし所有資産を実際の価値よりも低く売却したり贈与して、その後30ヶ月以内に Medi-Cal 介護施設レベルの介護を申請あるいは受けた場合、一定期間の間、介護施設レベルの介護を受けることはできません。
- 所有資産を実際の価値よりも低く売却あるいは贈与した場合、34-County CMSP の受給資格がなくなる場合があります。

財産と所有資産

- 年齢55才以降に受給したすべての Medi-Cal 給付は、その方が亡くなった場合、その遺産からの回収対象となります。ただし回収額は、遺産の価値を超えることはありません。受給者が配偶者を残して亡くなった場合は、回収が行われないことがあります。州は、未成年の子供あるいは労働不能な成人の子供がいる場合、遺産の分割分から回収しない場合もあります。さらに、回収によって遺族が過度に困窮する可能性があり、それが証明できる場合、回収の一部あるいは全額が免除される場合もあります。
- あなたが施設に入った場合で、所有する家屋あるいは以前の家屋が除外の対象とならない場合、州は、Medi-Cal がカバーした医療費を払い戻す目的で、あなたの所有資産に抵当権を設定することができます。

利用可能なサービス

女性、幼児、子供 (Women, Infants and Children: WIC) のための栄養補助プログラム (Supplemental Nutrition Program: WIC)

このプログラムは、医療栄養上のリスクがある、妊娠中あるいは授乳中の女性および5才未満の乳幼児が対象です。WIC に関する詳しい情報については、お住まいの郡保健課または電話帳で“WIC”で記載されている番号にお問い合わせください。

投票登録: 投票登録を希望する場合は、担当者に登録用紙を依頼してください。記入に際して支援が必要な場合は、担当者にご連絡ください。記入した用紙は自分で郵送することができます。登録するかどうかは、補助金の受給資格に影響しません。投票の方法について、担当者がお知らせすることはありません。

罰則に関する警告

給付を受けるため、あるいは継続するために、故意にすべての事実を報告しなかったり虚偽の事実を報告すると、法的に罰せられることがあり、すべての事実、所得・所有物・家族の状況の変化を報告しなかったがため、\$400 を超えてキャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal を不正に受給すると重罪犯として告発されます。また、キャッシュエイドやカルフレッシュの受給資格がなくなる場合もあります。

欠格の罰則

キャッシュエイドおよびカルフレッシュ

欠格の罰則は、州の聴聞会または裁判所で故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation: IPV) があつたと認定された時点で開始されます。また、IPV を犯したと訴追された者は、Administrative Disqualification Consent Agreement (資格喪失同意書)、Disqualification Hearing Waiver (資格喪失聴聞会権利放棄書) いずれかに署名することにより資格喪失に同意することができます。この書類いずれかに署名する者は、聴聞会の権利を放棄し、過払いのキャッシュエイドやカルフレッシュの払戻しの責任に同意するものです。

キャッシュエイドの罰則

キャッシュエイド規則に従わない場合、最高 \$10,000 の罰金刑、最高 5 年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる場合があります。

裁判所あるいは行政聴聞会で特定の種類の不正行為で有罪と判定されると、キャッシュエイドは、6 ヶ月、12 ヶ月、2 年間、4 年間、5 年間、いずれかの期間あるいは永久に中止される場合があります。

カルフレッシュのみ

カルフレッシュ受給家庭は、次の規則に従わなければなりません。

- カルフレッシュ給付を得るため、あるいはこれを継続的に受給するために虚偽の事実を報告したり、不完全な事実を報告することはできません。
- EBT カードを交換あるいは売却することはできません。
- 受給資格のないカルフレッシュ給付を得るために、EBT カードを改ざんすることはできません。
- アルコール飲料、たばこ、新聞、洗剤等のカルフレッシュで購入することが許されていない品目の購入のためにカルフレッシュを使用することはできません。
- 他人の EBT カードを自分の家庭のために使用することはできません。

カルフレッシュの罰則

カルフレッシュ規則に従わなかった場合、給付は、最初の違反で 12 ヶ月、2 回目の違反で 24 ヶ月、3 回目の違反で永久に中止されず。最高 \$250,000 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場合があります。次の理由で法廷または行政聴聞会で罪とされた場合:

- カルフレッシュを武器・火薬・爆発物と交換あるいはこれらを購入するために売却した場合、最初の違反で、カルフレッシュ給付は永久に中止されることがあります。
- カルフレッシュを規制薬物と交換あるいはこれを購入するために売却した場合、カルフレッシュ給付は、最初の違反で 24 ヶ月、2 回目の違反で永久に中止されることがあります。
- \$500 以上のカルフレッシュを売却または交換した場合、カルフレッシュ給付は、永久に停止される場合があります。
- 複数の申請書を同時に申請し、偽りの ID や居住地を提示した場合、カルフレッシュ給付は、10 年間停止される場合があります。

申請者／受給者の証明

- 私は、キャッシュエイドの目的の一つが、住居、食事、衣服等、私の家族の基本的ニーズを満たすのを支援するためであることについて、理解します。
- 私は、私の権利と責任を理解し、責任に従うことに同意するものです。
- 偽りの情報や不完全な情報の提供、ならびにカルフレッシュ給付の受給資格やレベルに影響する可能性のある事実や状況や Medi-Cal/34-County CMSP 負担等についての連絡を怠ることに関する罰則を了解しています。
- 「権利と責任ならびにその他の重要な情報」(Rights Responsibilities, and Other Important Information: SAWS 2A QR) を一部受領したことを証明します。

- また、キャッシュエイドを申請あるいは受給した場合、次のものを一部受領したことを証明します。
 - 「福祉から仕事へ」通知 (Welfare to Work Informing Notice: WTW 5)

申請者／受領者のイニシャル (APPLICANT/RECIPIENT'S INITIALS)

- さらに、Medi-Cal/34-County CMSP を申請した場合、MC 219/CMSP 219 を一部受領し、その内容の説明を受けたことを証明します。

(有資格担当者の署名)

ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION

I certify that the applicant /recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR)

- For cash aid:
 - Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

署名 (親または介護者、カルフレッシュ受給家族構成員または正式の代理人、Medi-Cal/34-County CMSP 申請者／受給者)		日付
署名 (同居している他方の親、登録済家庭内パートナー)	X で署名する場合の証人	日付
資格担当者の署名	資格担当者の番号	日付

罰則に関する警告

給付を受けるため、あるいは継続するために、故意にすべての事実を報告しなかったり虚偽の事実を報告すると、法的に罰せられることがあり、すべての事実、所得・所有物・家族の状況の変化を報告しなかったがため、\$400 を超えてキャッシュエイド、カルフレッシュ、Medi-Cal を不正に受給すると重罪犯として告発されます。また、キャッシュエイドやカルフレッシュの受給資格がなくなる場合もあります。

欠格の罰則

キャッシュエイドおよびカルフレッシュ

欠格の罰則は、州の聴聞会または裁判所で故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation: IPV) があつたと認定された時点で開始されます。また、IPV を犯したと訴追された者は、Administrative Disqualification Consent Agreement (資格喪失同意書)、Disqualification Hearing Waiver (資格喪失聴聞会権利放棄書) いずれかに署名することにより資格喪失に同意することができます。この書類いずれかに署名する者は、聴聞会の権利を放棄し、過払いのキャッシュエイドやカルフレッシュの払戻しの責任に同意するものです。

キャッシュエイドの罰則

キャッシュエイド規則に従わない場合、最高 \$10,000 の罰金刑、最高 5 年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる場合があります。

裁判所あるいは行政聴聞会で特定の種類の不正行為で有罪と判定されると、キャッシュエイドは、6 ヶ月、12 ヶ月、2 年間、4 年間、5 年間、いずれかの期間あるいは永久に中止される場合があります。

カルフレッシュのみ

カルフレッシュ受給家庭は、次の規則に従わなければなりません。

- カルフレッシュ給付を得るため、あるいはこれを継続的に受給するために虚偽の事実を報告したり、不完全な事実を報告することはできません。
- EBT カードを交換あるいは売却することはできません。
- 受給資格のないカルフレッシュ給付を得るために、EBT カードを改ざんすることはできません。
- アルコール飲料、たばこ、新聞、洗剤等のカルフレッシュで購入することが許されていない品目の購入のためにカルフレッシュを使用することはできません。
- 他人の EBT カードを自分の家庭のために使用することはできません。

カルフレッシュの罰則

カルフレッシュ規則に従わなかった場合、給付は、最初の違反で 12 ヶ月、2 回目の違反で 24 ヶ月、3 回目の違反で永久に中止されます。最高 \$250,000 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場合があります。次の理由で法廷または行政聴聞会で罪とされた場合:

- カルフレッシュを武器・火薬・爆発物と交換あるいはこれらを購入するために売却した場合、最初の違反で、カルフレッシュ給付は永久に中止されることがあります。
- カルフレッシュを規制薬物と交換あるいはこれを購入するために売却した場合、カルフレッシュ給付は、最初の違反で 24 ヶ月、2 回目の違反で永久に中止されることがあります。
- \$500 以上のカルフレッシュを売却または交換した場合、カルフレッシュ給付は、永久に停止される場合があります。
- 複数の申請書を同時に申請し、偽りの ID や居住地を提示した場合、カルフレッシュ給付は、10 年間停止される場合があります。

申請者／受給者の証明

- 私は、キャッシュエイドの目的の一つが、住居、食事、衣服等、私の家族の基本的ニーズを満たすのを支援するためであることについて、理解します。
- 私は、私の権利と責任を理解し、責任に従うことに同意するものです。
- 偽りの情報や不完全な情報の提供、ならびにカルフレッシュ給付の受給資格やレベルに影響する可能性のある事実や状況や Medi-Cal/34-County CMSP 負担等についての連絡を怠ることに関する罰則を了解しています。
- 「権利と責任ならびにその他の重要な情報」(Rights Responsibilities, and Other Important Information: SAWS 2A QR) を一部受領したことを証明します。

- また、キャッシュエイドを申請あるいは受給した場合、次のものを一部受領したことを証明します。
 - 「福祉から仕事へ」通知 (Welfare to Work Informing Notice: WTW 5)

申請者／受領者のイニシャル (APPLICANT/RECIPIENT'S INITIALS)

- さらに、Medi-Cal/34-County CMSP を申請した場合、MC 219/CMSP 219 を一部受領し、その内容の説明を受けたことを証明します。

(有資格担当者の署名)

ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION

I certify that the applicant /recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR)

- For cash aid:
 - Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

署名 (親または介護者、カルフレッシュ受給家族構成員または正式の代理人、Medi-Cal/34-County CMSP 申請者／受給者)

日付

署名 (同居している他方の親、登録済家庭内パートナー)

X で署名する場合の証人

日付

資格担当者の署名

資格担当者の番号

日付