

CALFRESH 、キャッシュエイド および／または

MEDI-CAL ／健康保険プログラム初回申請書

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。

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。

申請方法

食料支援（CalFresh）、キャッシュエイド（カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任または難民キャッシュ支援）、Medi-Cal（カリフォルニア州医療支援プログラム）および／またはその他の健康保険プログラムに申し込む場合は、この申請書を使用します。CalFreshのみを申請したい場合、CalFresh専用申請書を郡に請求してください。CalFreshとは食料支援プログラムで、家族のための食料購入費用を支援します。健康保険のみを申請したい場合は、健康保険専用申請書を郡に請求してください。健康保険には、低価格健康保険Medi-Cal、手頃な価格の任意健康保険、または健康保険料の支払いを支援する税額控除が含まれます。

また、<http://www.benefitscal.org/>からオンラインでプログラムに申し込むこともできます。

- 可能な場合は、申請書の項目すべてを記入します。面接時には受給資格審査の質問がされます。紙面フォームに記入したい場合はSAWS 2 Plusフォームに質問が記載されています（郡に問い合わせてください）。CalFreshの申請を開始するには、郡に対し名前、住所、署名（申請書1ページ目の質問1）が最低限必要です。キャッシュエイドの申請を開始するには、申請書の1～2ページにある質問1～5に回答し、署名する必要があります。
- 各プログラムには記号があり（このページの上部に表示）、どの質問がどのプログラムに関連しているかを示しています。キャッシュエイドはドル、CalFreshはショッピングカート、健康保険は救急車の記号です。たとえば、キャッシュエイドに申しない場合、ドル記号のある質問に答える必要はありません。
- 申請書は手渡し、郵送、ファックス、またはオンラインで郡まで提出してください。
- 郡が署名済みの申請書の受領日が、給付金が交付されるかどうかの回答を提供する時間の開始となります。施設にいる場合、この時間は施設を去る日から開始します。

次に行なうこと

- 申請書に署名する前にあなたの権利と責任（プログラムの規則ページ）について読んでください。
- 申請書について郡との面接を受ける必要があります。障害がある場合、別の手配をすることができます。
- 申請書のすべての項目に記入しなかった場合、面接時に記入することができます。
- 資格を判断するために、所得や支出、その他の状況の証明を提出する必要があります。

給付までの期間

CalFreshの申請プロセスは最長で30日間かかる場合があります。キャッシュエイドとMedi-Calは最長で45日間かかる場合があります。緊急の場合、給付金や健康保険の即時給付については郡まで連絡してください。

以下の場合、3暦日以内にCalFresh給付金を受け取る権利があります。

- 世帯の毎月の総所得（控除前の所得）が\$150で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が\$100以下の場合。または、
- 家賃（賃貸／住宅ローンと公共料金）が毎月の総所得と当座預金口座や普通預金口座の残高よりも高い場合。または、
- 当座預金口座または普通預金口座の残高が\$100未満で出稼ぎか季節農業労働者の世帯で、1) 所得がなくなった場合、または、2) 所得は入るが、今後10日間で\$25以上の収入が見込めない場合。

キャッシュエイドでは、以下の場合、即時支援を受け取る権利があります。

- ホームレスまたは、立ち退き通知や家賃の支払通告や明け渡し通告を受けた場合。または、
- 3日以内に食料が尽きる場合。
- 電気、ガス、水道が止められている、または止められる場合。
- 十分な衣類やおむつがない場合。
- 健康や安全にかかわる重大なその他の緊急状況がある場合。

情報ページ - 記録のために保存してください。

郡がより迅速に給付金の交付の判断をできるように、このフォームの質問1とSAWS 2 PLUSの質問6～9、15～24を記入してください。身分証明書（ある場合）を申請書と一緒に提出してください。

郡から、申請した給付金の承認または拒否を通知する手紙を郵送します。

面接時に必要なもの

遅延を避けるため、面接には次の項目の証明を持参してください。証明がない場合でも面接には出頭してください。証明の入手に関して支援が必要な場合、郡が入手のお手伝いできる場合があります。面接時、郡では申請書の情報を確認し、給付金の受給と給付の額について決定するために、いくつか質問をします。

給付金交付に必要な証明

- 身分証明書（運転免許証、州発行IDカード、パスポート）。
- キャッシュエイドを申請している全員の出生証明書。
- 住居証明（賃貸契約書、住所が記載される最近の請求書）。
- 支援を申請している全員の社会保障番号（特定の非米国市民については以下の注記を参照）。
- 世帯全員の銀行口座にある金額（最新の銀行取引明細書）。
- 過去30日間の世帯全員分の給与所得（最新の支払い明細書、雇用者からの作業表明書）。**注記：**自営業の場合は、所得と支出、または納税記録。
- 不労所得（失業手当給付金、補助社会保障給付金／州の補助給付金（SSI）、社会保障、退役軍人年金、養育費、労災補償、学校助成金またはローン、家賃収入など）。
- 給付金に申請している合法的な非米国市民に**限り**、合法的な移民法上の地位（外国人登録証、ビザ）。
注記：家庭内暴力、犯行目撃、不法取引を基に移民ステータスを申請している特定の非米国市民はこの証明は必要ありません。社会保障番号も必要ありません。

ホームレスの場合

申請者がホームレスの場合は直ちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理やケースに関する通知を郡から受け取るための住所を提供する支援を行っています。CalFreshおよびキャッシュエイドにおいて、ホームレスとは以下を意味します。

- 監視付きのシェルター、更生訓練施設または同様の施設に滞在している場合。
- 連続して90日間未満、他人や別の家族の家に滞在している場合。
- 宿泊用に設計されていない場所、または通常は宿泊場所として使用されていない場所（廊下、バス停、ロビーなど）で宿泊している場合。

CalFresh追加給付に必要な証明

- 住宅費（賃貸領収書、住宅ローン請求書、固定資産税請求書、保険関連書類）。
- 電話および公共料金。
- 世帯内の高齢者（60歳以上）または障害者の医療費。
- 就業、仕事口探し、職業訓練や学校または必須となる作業活動への参加などによるチャイルドケアおよびアダルトケアの費用。
- 世帯内の者が支払った養育費。

健康保険に必要な追加の証明

- 家族が利用できる雇用関連の健康保険に関する情報。
- 現在のすべての健康保険のポリシー番号。

キャッシュエイドに必要な追加の証明

- 6歳未満の子供の予防接種証明。
- 申請者もしくはあなたが代理申請している人が所有する車両の車両登録証。

情報ページ - 記録のために保存してください。

権利と責任

あなたには次の責任があります。

- 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明を郡に提出します。
- 必要に応じて変更を報告します。郡では、報告の内容や時期、方法に関する情報を提供します。CalFreshまたはキャッシュエイドでは、世帯の報告要件を満たしていない場合、ケースが閉じられたり、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ケースがレビューや調査の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。これらのレビュー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。
- 受給資格のないキャッシュエイドや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。
- 申請書の記入や必要な証明の入手、規則の説明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。
- 急速サービスへの資格が認められる場合、CalFreshの給付金は3日以内に支給されます。
- 即時ニーズへの資格が認められる場合、キャッシュエイドが1日以内に支給されます。
- 郡では、申請時に妥当な時間の面接をし、CalFreshでは30日以内、Medi-Calでは45日以内に資格を判断します。
- 資格の判断に必要な証明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またはキャッシュエイドの給付金を郡が減額または中止する場合、少なくとも10日間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。
- ケースに関して郡に同意できない場合は、90日以内に州聴聞会を請求することができます。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、給付金は同額のまになります。郡に請求し、聴聞会後まで給付金を変更し、超過分の払戻しを回避することができます。行政法判事があなたに有利な判決を下す場合、郡では削減された分の給付金を遡って支払います。
- 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。
- 選挙登録に関する支援を郡から受けることができます。
- CalFresh給付金やキャッシュエイド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入手することができます。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。
- あなたはMedi-Cal当局に対し、配偶者や親から医療支援を追及したり、取得する権利を与えることとなります。協力して医療支援を得ることであなたや子供に危害が及ぶ可能性がある場合、Medi-Cal当局に連絡し、協力しないで済むようにできます。

記録のために保存してください

プログラムの規則と罰則

受給資格のないCalFresh、キャッシュエイド、Medi-Calを受けるため、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、重罪で告発されます。受領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。意図的に行い、資格がないのに\$950以上の給付金を受け取った場合は重罪に課せられる場合があります。

<p>CalFresh：以下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</p> <ul style="list-style-type: none">情報の隠蔽、虚偽の声明他人の自動振込み（Electronic Benefit Transfer: 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CalFresh給付金を使用し、アルコールやタバコを購入するCalFresh給付金またはEBTカードを交換、販売または譲渡するCalFresh給付金をドラッグなどの規制薬物と交換する身元や居住地に関する虚偽の情報を提示し、複数のCalFresh給付を受け取る\$500以上のCalFresh給付の交換または売却、CalFresh給付の銃器や銃弾、爆発物との交換で有罪判決を受けたことがある	<p>以下が課せられる場合があることを理解します。</p> <ul style="list-style-type: none">最初の違反でCalFresh給付金の交付が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2回目の違反でCalFresh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。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最初の違反でCalFresh給付が24ヶ月間中止される2回目の違反でCalFresh給付は永久に中止される各違反に対し、CalFresh給付は10年間中止されるCalFresh給付が永久に中止される
<p>キャッシュエイドでは、以下を行う場合</p> <ul style="list-style-type: none">故意のプログラム違反で有罪判決を受けるキャッシュエイド規則に従わない裁判所や行政聴聞会で特定の種類の詐欺罪で有罪と判定される	<p>以下が課せられる場合があることを理解します。</p> <ul style="list-style-type: none">キャッシュエイドが中止される最高\$10,000の罰金刑および／または5年間の禁固懲役刑6ヶ月、12ヶ月、2年、4年、5年、または永久にキャッシュエイドを中止

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者がいる場合でも、受給資格のある者のためにCalFresh給付やキャッシュエイドに申請することができます。たとえば、移民である両親自身は資格がなくても、米国市民もしくは資格のある移民である子供のために、CalFresh給付やキャッシュエイドを申請することができます。
- 食料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でることはありません。移民情報は機密として扱われます。
- 給付の申請へ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

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が、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、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およびキャッシュエイド：CalFresh給付またはキャッシュエイドに申請する各人が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。あなたや家族のSSNが提出されない場合、申請が却下される場合があります。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、SSNの提出は必要ありません。

健康保険／Medi-Cal：健康保険を希望し、SSNを保持している場合、SSNが必要になります。健康保険を希望しない場合でもSSNを提供することで円滑に申請処理を行なうことができます。当局では、SSNを使用して所得やその他の情報をチェックし、健康保険費用支援の受給資格者を確認します。SSNの取得で支援が必要な場合は、1-800-772-1213まで問い合わせるか、ウェブサイト（www.socialsecurity.gov）を確認してください。

過払い

これは、受給すべき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支払い義務のある給付金額を集金する場合があります。

記録のために保存してください

過払い

これは、受給すべきであった額よりも多くのキャッシュエイドを受給することです。CalFresh給付と同様に、郡が誤った場合や故意ではなかった場合でも、過払い給付は払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支払い義務のある給付金額を集金する場合があります。

報告

給付を受け取るすべての世帯は特定の変更を報告する必要があります。郡では、報告する変更や報告方法、報告先に関する情報を提供します。変更の報告を怠る場合は、給付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

申請書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請求する必要があります。郡から受領する承認または拒否通知には、上訴の請求方法に関する情報が記載されています。措置が実行される前に聴聞会を請求する場合、決定までキャッシュエイドやCalFreshを継続することができます。

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ます。情報を提供しない場合、申請書が拒否される場合があります。あなたに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、あなた自身またはが連邦法および州法が許可しない限り、他者に情報を公開したり提供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を介して、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、検定のためにその他の連邦当局および州当局、また法網をくぐり逃走する者を逮捕するために警察と、そして債権収集措置のために私設の債権収集代行業者と情報を共有する場合があります。また、USCISに連絡して給付金を申請する家族構成員の移民法上の地位を確認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。

郡では申請書からの情報を使用して、健康保険の支払い支援への受領資格を確認します。また郡は、州および連邦政府の電子データベースや国税庁 (IRS)、社会保障庁、国土安全保障省および／または消費者報道機関からのデータベースの情報を使用して申請者の回答を確認します。情報が一致しない場合、証明の提出を要求される場合があります。

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待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。

差別に関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.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voice and TDD)

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

USDAは機会均等雇用者です。

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。職業プログラムが任意であるか必須であるかは当局で説明されます。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。

記録のために保存してください

CalWORKs (Welfare-to-Work、福祉から就業へ) における仕事の規則

キャッシュエイドを受給する場合、免除される場合を除き、Welfare-to-Work (福祉から就業へ、WTW) に参加する必要があります。WTWから免除される場合、郡から説明があります。割り当てられた活動を行わない場合、キャッシュエイドは減額または停止になる場合があります。

CalWORKs – 指紋押印／写真撮影

受給資格があるすべての成人の家族構成員は、指紋押印と写真撮影が必要です。これらの規則が求められる者が、指紋押印／写真撮影を拒否した場合、家庭として給付を受け取ることはできません。指紋押印／写真撮影は機密とされ、福祉関連の詐欺の予防や処罰のためにのみ利用されます。

給付の受給／使用方法

CalFreshおよびキャッシュエイド:

- 郡では、自動振込み (Electronic Benefit Transfer: EBT) カードを郵送または手渡しします。申請書が承認されると、給付金がカードに振り込まれます。カードを取得したら署名してください。ATMから現金を引き落とししたり、食料などを購入するために暗証番号 (PIN) を設定します。
- EBTカードを紛失、盗難、破損した場合は**ただちに** (877) 328-9677まで連絡してください。また、郡に即座に知らせることもできます。公認代理人もEBTカードやPINの紛失または盗難時の報告方法を知っているようにします。EBTカードまたはPINの紛失、盗難を報告する前に、口座から引き落とされた給付金が戻ることは**ありません**。
- CalFresh給付を利用して、自分の食料を栽培するための種や苗を含め、ほとんどの食料品を購入することができます。アルコール飲料やたばこ、ペットフード、特定の種類の調理済み食品、食品以外の物 (歯磨き、石鹸、ペーパータオルなど) は購入できません。
- CalFresh給付は食料品を扱っているその他の店を含め、ほとんどの食料品店で利用可能です。キャッシュエイドはほとんどの店およびATMで使用できます。ただし、ATMの中には手数料がかかるものがあります。3回引き落としを行った後に、ATMから現金を引き出す場合、手数料がかかることがあります。EBTが使用できる最寄の場所のリストは <https://www.ebt.ca.gov> または <https://www.snapfresh.org> を参照してください。手数料無料で現金を引き出す場所も検索することができます。
- CalFresh給付は申請者および申請者の家族構成員のみを対象としています。キャッシュエイドは、申請者およびキャッシュエイドが承認された家族構成員のみを対象としています。キャッシュエイドとは、家族の必需品 (住居、食料品、衣服など) を満たすための支援です。給付は安全に保管してください。PIN番号は公表しないでください。PIN番号とEBTカードは一緒に保管しないでください。
- 受給者や家族、公認代理人、自発的にEBTカードとPINを渡した者がEBTを使用する場合、受給者によって承認済みと考慮され、口座から引かれた給付金は払い戻され**ません**。

Medi-Calおよびヘルスケア:

- Medi-Calでは給付識別カード (Benefits Identification Card: BIC) を受け取ります。
 - BICカードを受け取ったら署名し、必要なヘルスケアサービスを受けるためにのみ使用します。
 - BICを決して破棄しないでください (新しいBICが提供されない限り)。Medi-Calを中止したあともBICは保持する必要があります。同じBICを、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を提示します。
 - 緊急時において、あなた自身あるいは家族の処置を行った医療機関に、事後できるだけ早くBICを提示します。
- その他のヘルスケアプログラムでは、特定の保険会社からヘルスプランカードを受け取ることになります。

記録のために保存してください

判読しやすく、コピーに最適であるため、黒または青インクのペンを使ってください。回答は活字体で記入してください。質問の答えが書ききれない場合は、別紙を添付してください。別紙には質問の番号を明記してください。

1. 申請者の情報					
名前 (名、ミドルネーム、姓)		その他の名前 (旧姓、ニックネームなど)		社会保障番号 (持っていて、給付を申請する場合)	
自宅住所または自宅までの道順	部屋番号	市	郡	州	郵便番号
郵送先住所 (上記と異なる場合)	部屋番号	市	郡	州	郵便番号
本申請書に関する情報はメールでの受け取りを希望します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		ケースに関するメッセージはメールでの受け取りを希望します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
自宅の電話	職場/代替/メッセージ電話番号	メールアドレス			
申請するプログラム <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> 健康保険		障害があり、申し込みに手伝いが必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
ホームレスですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と回答し、ホームレスの場合はただちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理や事例に関する通知を郡から受け取るための住所を見つける支援を提供します。					
読むのに希望する言語はなんですか (英語以外の場合)? _____					
話すのに希望する言語はなんですか (英語以外の場合)? _____					
郡では無料で通訳を提供します。聴覚障害者または聴覚に問題がある場合はここをチェックしてください。 <input type="checkbox"/>					
世帯の総所得が\$150未満で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が\$100未満ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	水道電気などが止められてたか、停止通告を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
世帯の総所得と流動資産の合計は、家賃/住宅ローンと公共料金の合計を下回っていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3日以内に食料が尽きてしまいますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
出稼ぎ/季節農業労働者の世帯で、流動資産が\$100未満ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食料品、衣類、医療その他の緊急品を入手するための交通手段で補助が必要ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
立ち退き通知、支払通告、明け渡し通告を受けましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	オムツや防寒着など不可欠な衣類が必要ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
妊娠中の方がいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、その方は仮受給資格カード (Presumptive Eligibility card) を受け取りましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
家族の中に個人的に緊急の状態にある方がいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、ボックスにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 差し迫った医療ニーズ <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> 健康あるいは安全を脅かすその他の緊急状態 (要説明)					

私はこの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。
- 申請手続きで私が提供する回答はすべて私の知る限り正確かつ完全です。
- 私は権利と責任 (プログラム規則1ページ目) を読み、もしくは読んでもらい、理解し、責任に従うことに同意するものです。
- 私はプログラムの規則と罰則 (プログラム規則2~4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、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あたることを理解し、虚偽または不正確な情報を提供する場合、連邦法に従って刑罰の対象となることを了解いたします。詐欺行為として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給付やキャッシュエイドの対象から除外される場合があることを了解いたします。
- 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。
- 私は、Medi-Cal当局に対し、他の健康保険や訴訟和解金、その他の第三者を追及し、お金を得る権利を与えるものとします。

申請者、家族の介護者 (または成人の家族構成員/公認代理人/後見人) の署名 *公認代理人がいる場合、次のページの質問2に回答してください。	日付
配偶者、他方の親、成人後援者、または登録ドメスティックパートナーの署名	日付



2. 世帯の公認代理人

世帯のCalFresh給付支援をする18歳以上の者を公認代理人とすることができます。この者は面接であなたの代理として話したり、申請書の記入を手伝ったり、買い物をしたり、変更手続きを行なうことができます。あなたはこの者が郡に提供した情報のために手違いで受け取った給付金を郡に払い戻す必要があります。またこの者があなたの意思とは関係なく使用した給付金をもとに戻すことはできません。あなたが公認代理人である場合、郡に対して自身および申請者の身分証明書を提出する必要があります。

CalFreshケースを手伝ってもらう人物の指定を希望しますか？ はい いいえ

「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

公認代理人の名前	公認代理人の電話番号
----------	------------

あなたの家族のためのCalFresh給付の受給および使用できる者の指定を希望しますか？ はい いいえ

「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

名前	電話番号
住所	市 州 郵便番号



2a. 健康保険の公認代理人

あなたは、健康保険の申請書についての話し合い、情報閲覧、あなたの代理人として申請書の健康保険欄への事項の記入に関し、信頼できる者に許可を与えることができます。申請書の健康保険欄の記入に対し、公認代理人の選択を希望しますか？ はい いいえ 「はい」の場合、付録C (SAWS 2 PLUS) に情報を記入してください。



3. あなたもしくは家族はアメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民ですか？ はい いいえ

「はい」の場合で健康保険を申請する場合、付録B (SAWS 2 PLUS) の追加の質問に回答してください。



人種／民族



人種と民族の情報は任意です。人種や肌の色、出身国に関係なく、給付が交付されるよう要請されます。あなたの回答が受給資格や給付金額に影響することはありません。該当するものすべてをチェックしてください。法律上、郡では民族、人種を記録することが求められています。



人種や民族に関する情報を郡に提供したくない場合は、このボックスにチェックを入れてください。これら項目が記入されていない場合、公民権の統計のためにのみ、郡が情報を記入いたします。

民族	ヒスパニック系、ラテン系、スペイン系ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ヒスパニック系またはラテン系の場合、どの民族に当てはまりますか？ <input type="checkbox"/> メキシコ系 <input type="checkbox"/> プエルトリコ系 <input type="checkbox"/> キューバ系 <input type="checkbox"/> その他 _____
----	--	---

人種／種族的出身



白人 アメリカン・インディアンまたはアラスカン・ネイティブ 黒人またはアフリカン・アメリカン



その他または混血 _____



アジア人 (チェックする場合、次から1つ以上選択してください)。



フィリピン系 中国系 日系 カンボジア系 韓国系 ベトナム系 インド系 ラオス系

その他のアジア系 (具体的に) _____

ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島系 (チェックした場合、下記から1つ以上選択)

ネイティブ・ハワイアン グアム系またはチャモロ系 サモア系



4. 面接の選択

あなたは申請書について、またキャッシュエイドやCalFresh給付に関し、郡と面接を行う必要があります。CalFreshの面接は、郡に直接出向いて申請書を提出した際に面接が行われる場合や、対面面接を希望する場合を除き、通常、電話で行われます。キャッシュエイドの申請者は対面面接となります。CalWORKs (カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任) とCalFreshの両方を申請している場合、通常、営業時間内にCalFreshの面接と同時にCalWORKsの面接が行われます。

CalFreshで対面面接を希望する場合、このボックスにチェックを入れてください。

障害があるため、その他の手配が必要な場合、このボックスにチェックを入れてください。



5. その他のプログラム



家族に公的支援 (Temporary Assistance for Needy Families: 貧困家庭一時扶助、Tribal TANF: 部族向け貧困家庭一時扶助、Medicaid: 州および連邦政府が助成する医療支援プログラム、Supplemental Nutrition Assistance Program: 栄養補給支援プログラム[フードスタンプ]、一般扶助/一般救済など) を受給している者はいますか？ はい いいえ



「はい」の場合、それは誰ですか？	それはどこですか (郡/州) ?
「はい」の場合、それは誰ですか？	それはどこですか (郡/州) ?