

DISASTER CALFRESH

신청서

COUNTY USE ONLY	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

재난 지원 기간: _____ - _____

중요 정보 - 자세히 읽으십시오

신청자 또는 수령자의 권리:

- 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 정당 소속, 성별, 장애 또는 연령에 관계 없이 지원을 받고 차별 대우를 받았다고 느낀 경우, 불만사항을 접수할 권리.
- 신청서를 접수하고 적격임이 확인된지 1-3일 만에 Disaster CalFresh 지원금을 받을 권리.
- 카운티 복지부로부터 자신의 사건에 대한 조치에 대해 상담하고 신청서 승인 또는 기각 날짜로부터 90일 이내에 주 청문회를 요청할 권리.
- 신청서가 기각된 경우, 감독관에게 즉각적인 검토를 요청할 권리.
- 카운티 복지부에 편지를 쓰거나 무료 전화 1-800-952-5253으로 전화하여 불만사항을 접수하거나 주 청문회를 요청할 권리.
1-800-952-5253. 청각 장애인을 위한 무료 전화(TDD):
1-800-952-8349.
- 주 청문회에서 본인의 사안에 대해 발표하거나 가족, 친구, 변호인 또는 다른 개인이 대신 발표하도록 할 권리.
- 다른 가족 구성원이나 다른 성인이 신청서를 대신 작성하도록 할 권리. 가족 구성원이 아닌 성인이 작성할 경우, 호주 또는 가족의 다른 성인이 서명한 서면 허가서를 첨부하십시오.

신청자 또는 수령자의 책임:

- 질문에 대해 최대한 진실되고 완전하게 답변할 책임. 필요로 하는 정보를 제공하는 것을 거부할 경우, Disaster CalFresh 지원금을 받을 수 없습니다.
- 인터뷰에서 호주의 신원, 신청서를 작성하는 사람의 신원을 밝혀야 하며, 가능하다면 재난 발생 당시 가족의 거주지 및/또는 직장 주소 증빙 서류를 제시해야 합니다.
- 재난 기간 이후 검토 대상으로 선정된 경우, 카운티, 주 및 연방 직원에게 협조해야 합니다.

- 다른 사람이 본인의 Disaster CalFresh 지원금을 사용하도록 허락할 수 있습니다. 다른 사람이 사용하도록 허락하려면, 아래의 정보를 작성해 주십시오.

승인된 대리인 이름	전화 번호
------------	-------

시, 우편번호를 포함한 주소

- EBT 카드만 픽업 가족을 위한 식품 구입용 EBT 카드 픽업

처벌 경고 사항!!

귀하의 가족이 DISASTER CALFRESH 지원금을 수령할 경우, 아래에 열거된 규칙을 준수해야 합니다. 정보를 보고하지 않거나 사실을 왜곡할 경우 벌금, 구금 또는 양쪽에 대한 법적 기소를 당할 수 있습니다. 처벌로서 프로그램 가입 자격을 박탈 당하거나 최고 \$250,000의 벌금형 또는 최고 20년의 구금형을 받을 수 있습니다. 자격 박탈 처벌은 최초 위반일 경우 12개월 동안, 두 번째 위반일 경우 24개월 동안, 세 번째 위반일 경우 영구적인 자격 박탈이 됩니다.

- Disaster CalFresh 지원금을 받기 위해 거짓 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 않도록 하십시오
- Disaster CalFresh 지원금이나 지급 수단을 거래하거나 매도하지 마십시오.
- 수령할 자격이 없는 Disaster CalFresh 지원금을 받기 위해 EBT 카드나 기타 지급 수단을 변형시키지 마십시오.
- Disaster CalFresh 지원금을 사용하여 술이나 담배와 같은 비해당 품목을 구입하지 마십시오.
- 가족을 위해 다른 사람의 EBT 카드나 기타 지급 수단을 사용하지 않도록 하십시오.

사용법: 위에서 설명한 재난 기간에 예상되는 상황에 대한 이 양식의 질문에 답변하십시오.

이름(호주 이름)	
재난 발생 당시 영구적인 집주소	전화 번호
임시 주소	전화 번호
우편물 주소	전화 번호
재난 발생 당시 직장 주소	전화 번호

파트 A – 가족의 상황. (각 질문에 대해 예 또는 아니요를 선택해야 합니다)

1. 재난 발생 당시 재난 구역에서 거주 근무 또는 양쪽 (해당 상자 선택) 상태였던 가족 구성원이 있었습니까?
2. 귀하는 가족의 수입 또는 현금 재산에 접근할 수 없는 상황입니까? 예 아니요
3. 재난 때문에 귀하의 수입이나 현금 재산이 줄어들거나, 지연되거나 정지되었습니까? 예 아니요
4. 귀하는 재난 지원 기간에 식품품을 구입하여 식사를 만들 계획입니까? 예 아니요

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:

파트 B – 가족 구성원

5. Diaster CalFresh 지원금을 신청하려는 사람의 이름을 모두 열거하십시오. 재난 발생 당시 **함께 거주하고 있었던 사람만 포함시키십시오.** 재난 때문에 다른 가족과 일시적으로 함께 거주하고 있는 경우, 그 가족 구성원은 포함시키지 마십시오. *사회보장번호(SSN)의 제공 여부는 자발적인 것입니다. 이 번호는 개인 식별의 목적으로만 사용될 것입니다.

이름(호주 이름) (HH)	SSN*	생년월일
a. 이름	HH와의 관계	SSN*
b. 이름	HH와의 관계	SSN*
c. 이름	HH와의 관계	SSN*
d. 이름	HH와의 관계	SSN*
e. 이름	HH와의 관계	SSN*
f. 이름	HH와의 관계	SSN*
g. 이름	HH와의 관계	SSN*

COUNTY USE ONLY

Household size for the number of persons listed in 5 _____

파트 C – 수입/재산/지출액

6. a. 위에 열거된 모든 사람들이 재난 지원 기간에 수령했거나 수령할 예정인 급여 또는 기타 수입의 총 합계는 얼마입니까? \$ _____
 b. 귀하의 모든 수입원을 열거하십시오.

7. 위에 열거한 사람이 재난 지원 기간에 받을 수 있는 총 현금 재산을 열거하십시오. 6번에 열거된 금액은 포함되지 않습니다.

보유 현금	저축 계좌	채킹 계좌	기타
\$	\$	\$	\$

8. 재난 기간에 지불했거나 지불할 예정인 재난 관련 손실이나 손상에 대한 비용을 입력하십시오. 위에 열거되지 않은 사람이 지불할 금액이나 재난 기간에 환급 받을 금액은 열거하지 마십시오. 해당 지출액에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- a. 가족의 주택이나 가족 구성원의 고용이나 자영업에 필수적인 기타 재산의 손상에 대한 수리 비용. \$ _____
- b. 주택에 거주가 불가능하거나 가족들이 집에 접근할 수 없는 경우 임시 보호소 비용. \$ _____
- c. 재난으로 피해를 입은 지역에서 이사하는 비용. \$ _____
- d. 재난 발생으로 손상을 입지 않도록 집이나 사업체를 보호하는 것과 관련된 비용. \$ _____
- e. 개인 부상으로 인해 발생한 의료 비용. \$ _____
- f. 재난 관련 장례 비용. \$ _____
- g. 재난 관련 애완동물 관리 비용. \$ _____
- h. 의류, 가전기구, 공구, 교육 자료 등과 같은 필수적인 개인 및 가족 물품을 새로 마련하는 것과 관련된 비용. \$ _____
- i. 주요 난방 가동을 위한 연료. \$ _____
- j. 청소 비용. \$ _____
- k. 재난으로 파손된 차량 비용. \$ _____
- l. 차고 비용. \$ _____

9. a. 위에 열거된 사람 중에서 현재 CalFresh 지원금을 받고 있는 사람이 있습니까? 예 아니요
 예일 경우, 누구입니까? _____ 카운티 _____ 주 _____ 월간 할당금 \$ _____
 b. 그 사람(들)은 이번 달에 CalFresh 지원금을 요청했거나 대체했습니까?
 예일 경우, 수령했거나 수령할 예정인 금액은 얼마입니까? _____ 예 아니요

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) \$ _____

신청자 인증

본인은 신청서의 질문을 이해했으며 우리 가족 구성원은 Disaster CalFresh 지원금이 필요한 상태임을 증명합니다. 본인은 위의 처벌 경고 사항을 읽었습니다(또는 다른 사람이 읽어주었습니다). 본인은 본인의 적격 여부를 확인하기 위해 필요한 정보 공개를 허락합니다. 본인의 신청이 수락될 경우, 본인은 카운티, 주, 연방 직원들이 재난 지원 기간 후 실시할 평가에 전적으로 협력할 것입니다. 또한 본인, 가족 중 다른 성인 또는 승인된 대리인이 부정확하거나 불완전한 정보를 제공하여 과도하게 지불 받은 지원금을 상환할 수 있음을 이해합니다.

본인은 미국 법률 및 캘리포니아주 법률에 따라 위증시 처벌을 받는 조건으로 신청서에 포함된 정보가 진실되고 정확하며 완전하다는 것을 선언합니다.

EBT Card Number issued

 YES NO

서명 (성인 가족 구성원 또는 승인된 대리인)

날짜

WORKER'S SIGNATURE DATE

*X*로 서명한 경우, 목격자

날짜

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE