

16세 미만의 아동을 추가하기 위한 진술서

(현금 보조금 및/또는 CalFresh(식료품 지원)에 대한 추가 신청 및 요청)

작성 방법 안내:

가정의 새 아동에 대해 본 양식을 작성한 후 증명 섹션에 서명하십시오. 답안을 작성할 공간이 부족한 경우에는 별도의 종이를 첨부해 주십시오. 아동 한 명당 양식 한 부씩 작성하십시오.

현금 보조금을 받고 있고 새 아동을 위해 보조금을 신청하고자 하는 경우, 반드시 그 부모 또는 캘리포니아 가정 파트너, 또는 성인의 친족 보호자가 본 양식을 작성해야 합니다.

현금 보조금을 받고 있지 않거나 신청을 원하지 않는 **CalFresh** 가구의 경우, 반드시 성인 가구 구성원 또는 지정 대리인이 본 양식을 작성해야 합니다.

아동에게 보조금이 필요한 이유 (✓) 표시			
부모 사망	부모의 신체 장애	부모의 부재	부모의 실직

1. 부모 또는 친족 보호자의 이름 전화 ()

2. 이 아동에 대한 모든 사실을 기재해 주십시오.

아동의 이름(이름, 가운데 이름, 성) 부모 또는 친족 보호자의 이름

사회보장번호(SSN) 성별 (✓) 남 여 다른 부모의 이름

출생 장소(시/주/국가) 생년월일(월, 일, 연도) 시각 장애, 청각 장애 또는 신체 장애 예 아니오

요청하는 보조금 유형 (✓) 현금 보조금 CalFresh 시민/비시민 신분 (✓) 미국 시민/국적자 비시민: 스폰서 있음 예 아니오

신청인 또는 아동의 친족 보호자와의 관계 아동이 6세 미만인 경우 필요한 예방 접종은 모두 완료한 상태입니까? 예 아니오 6세 미만 아님

3. 위탁 양육 아동입니까? 예 아니오
A. 이 아동이 법원의 부양(디펜던시) 명령에 따라 귀하 가정으로 보내졌습니까? 예 아니오
B. 위탁 아동과 위탁 돌봄 소득이 CalFresh 케이스에 반영되기를 원하십니까? 예 아니오
C. 아동이 의료 보험에 가입되어 있습니까? 예 아니오

4. 이 아동이 이번 달에 현금 보조금이나 CalFresh를 받았습니까? 예 아니오
"예"인 경우 아래에 답해 주십시오.

보조금 유형 어디서(카운티/주)
 현금 보조금 CalFresh

5. 이 아동은 수입, 보조적 소득 보장/주정부 보조 지급금(SSI/SSP), 사회 복지 수당, 아동 양육비, 위탁 돌봄 지급금, 재향 군인 수당 등과 같은 소득이 있거나 있을 예정입니까? 예 아니오
"예"인 경우 아래에 답해 주십시오.

소득 유형 금액(있는 경우 공제 전) 언제 얼마나 자주
\$ Income (✓) if exempt

이 소득은 계속 유지될 예정입니까? 예 아니오 "아니오"인 경우 알고 있는 변동 사항을 설명해 주십시오.

6. 이 아동이 임신 중이거나 10대 부모입니까? 예 아니오
"예"인 경우 해당 항목에 체크 표시(✓) 임신 중 십대 부모

학교 상태, 체크 표시 (✓)
 고등학교 졸업장이 있음 GED가 있음 현재 학교를 다니고 있지 않음(구체적으로):
 현재 학교를 다니고 있음 기타(구체적으로):

B. 이 아동이 Cal-Learn 프로그램으로부터 현금 보너스 또는 제재, 또는 자녀 돌봄, 교통편 등 서비스 도움을 받은 적이 있습니까? 예 아니오
"예"인 경우 아래에 기재해 주십시오.

받은 곳(카운티) 받은 날짜(들)

7. 이 아동의 부모(들)이 미군에 복무한 적이 있습니까? 예 아니오
"예"인 경우 아래에 기재해 주십시오.

부모 이름 부모 미국 시민 예 아니오 병과 복무 날짜 명예 제대 예 아니오

8. 이 아동을 위해 CalFresh를 원하고 이 아동이 미국 시민이 아닌 경우 아래에 기재해 주십시오.

A. 이 아동 및/또는 아동의 부모가 미국에 몇 년 동안 거주했습니까?

B. 미국 내 거주 기간 중, 이 아동 및/또는 아동의 부모는 몇 년 동안 미국에서 일하여 돈을 벌었습니까?

C. 미국 이외의 국가에서 거주하는 동안, 이 아동 및/또는 아동의 부모가 미국에서 또는 미국 회사에서 총 몇 년 동안 일했습니까?

카운티 전용란

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
----	--------	--	------------------------------

Work Registration/Exemption Codes:
WtW: CF:

VERIF: Blind/Deaf/Disabled SSN Citizen SAVE Eligible Noncitizen Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

3A. Request dependency order
3B. CA and FC Elig/CR Chooses: Child: CA FC CR: CA None Kin-GAP
3C. Medi-Cal Fee for Service

Verification provided

Verification provided FC Income Counted on CF Case YES NO CA Eligible for Higher MAP

Unearned Earned CA CF

Verified: Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25A

CW 5 Date Initiated YES NO

CF: Honorable Discharge YES NO

9. 이 아동은 현금, 토지, 은행 계좌, 신탁 기금, 저축 채권, 미국 원주민 1인당 지급금 또는 신탁 기금 등 소유 재산 또는 자산을 소유하고 있습니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	카운티 전용란	
자산 유형	계좌/증서 번호	은행 등의 이름 및 주소	현재 가치		<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	
10. 이 아동은 Medicare, 또는 Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS 등, 부모나 부모의 고용주가 납입하는 의료 보험을 가지고 있습니까? “예”인 경우 해당 보험을 모두 적어 주십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
11. 이 아동이 성인 자격으로 중범죄 기소를 당한 적이 있거나, 현재 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금, 수감을 피하기 위해 숨어 있거나 도주 중입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
12. 이 아동은 보호 관찰 또는 가석방을 위한 것으로 법원 판결을 받은 적이 있습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
13. A. 현금 보조금을 받을 수 있는 경우, 자격 요건을 충족하는 가족 구성원 중 21세 미만인 구성원은 아동 건강 및 장애 예방 프로그램(CHDP)을 통해 건강 검진을 받을 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
• CHDP 서비스에 관한 자세한 정보를 원하십니까?						
• 무료 CHDP 의료 또는 치과 서비스를 받기를 원하십니까?						
• 진료 예약 또는 병원/치과 병원까지 이동하는 데 도움이 필요하십니까?.....					<input type="checkbox"/> Referred for Immunization	
B. 예방 접종 서비스에 관해 자세한 정보를 원하십니까?.....					<input type="checkbox"/> Other services referral	
C. 비차별, 알코올/마약 상담, 이전 의료비 지출 및 기타 특수 요구와 관련해 정보가 필요하십니까?.....					<input type="checkbox"/> Pregnant	
D. 임신 중인 사람이 있어서 의사가 필요하거나, 병원 수술이 필요하고/또는 기타 도움이 필요하십니까?.....					<input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum	
E. 자녀에게 모유 수유 중인 사람이 있습니까?..... “예”인 경우, 지난 12개월 사이에 출산을 했습니까?					<input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	
F. 가족 규모를 계획하고 원치 않는 임신을 방지할 수 있도록 가족계획클리닉 (Family Planning Clinic)이 제공하는 정보 또는 서비스를 원하십니까?.....						

증명

본인은 다음을 이해합니다.

- 본인이 고의로 잘못된 사실을 기재하거나 본인의 적격성 및 보조금 지급에 영향을 미치는 사실 또는 상황을 빠짐없이 모두 신고하지 않는 경우 벌금형 및/또는 유치장/교도소 징역형을 받을 수 있습니다. 현금 보조금의 경우 최대 \$10,000, CalFresh의 경우 최대 \$250,000의 벌금이 부과될 수 있습니다. 현금 보조금의 경우 최대 3년, CalFresh의 경우 최대 20년 간 유치장/교도소 징역형을 받을 수 있습니다. 또한 현금 보조금 및 CalFresh 수당이 6개월, 12개월, 2년, 4년, 5년, 10년, 20년 또는 영구적으로 지급 중단될 수 있으며, 난민 현금 지원의 경우 3개월, 6개월 간 중단될 수 있습니다.
- 본인 케이스는 적격성을 입증하기 위해 검토 대상으로 선정될 수 있으며, 본인은 일체의 품질 관리 조사에서 카운티, 주 및 연방 직원에게 전적으로 협조해야 합니다.
- 지역, 주 및 연방 직원은 본인이 제공하는 정보의 사실 여부를 확인하게 됩니다.
- 카운티는 미국 이민국(USCIS)에 정보를 보내 이민자 신분 사실 여부를 확인합니다.
- 카운티가 USCIS로부터 받는 정보는 현금 보조금 및 CalFresh 적격성 여부에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인이 제공하는 정보는 현금 보조금 및/또는 CalFresh에 대한 해당 아동의 적격성을 입증하고 본인이 올바른 액수의 현금 보조금 또는 CalFresh를 받고 있음을 입증하기 위해 조세, 복지, 고용 기관, 학군 및 사회보장국에 사실 여부를 확인하게 됩니다. 또한, 체포 영장 유무를 확인하기 위해 사회보장번호를 법집행 기관 기록과 비교하게 됩니다.

본인은 본 사실 진술서에 기재한 정보가 진실이고 정확하며 완전하다는 사실을 선서하며, 그렇지 않을 경우 미국 및 캘리포니아 주 법규에 따라 위증죄로 처벌받을 것입니다.

본 양식에 반드시 서명해야 하는 사람: 현금 보조금의 경우, 귀하와 보조금 수령 대상자인 배우자, 법적 신고 가정 파트너(RDP), 또는 함께 거주하고 있는 경우(현금 보조금 수령 대상자인 자녀의) 다른 쪽 부모.
 CalFresh의 경우, 성인 가족 구성원 또는 지정 대리인.

친족 보호자 및/또는 성인 CalFresh 가구 구성원 또는 지정 대리인의 서명	날짜
현금 보조금 수령 대상자인 배우자 또는 가정 파트너 또는 함께 거주하고 있는 경우(현금 보조금 수령 대상자인 자녀의) 다른 쪽 부모	날짜
표시에 대한 증인, 통역자 또는 양식을 작성한 다른 개인의 서명	날짜

카운티 전용란

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)			IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor	Date