

ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກເພື່ອໄພພິບັດ CALFRESH

ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ: _____ ເຖິງ _____

ສໍາລັບເຄົາຕີໄຊເທົ້ານັ້ນ
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນ – ອ່ານຢ່າງລະອຽດ

ສິດທິຂອງເຈົ້າໃນການເປັນຕົວສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ:

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບບໍລິການໂດຍປາສະຈາກ ການຈໍາແນກເຊື້ອຊາດ, ຜິວພັນ, ຊາດກໍາເນີດ, ສາດສະໜາ, ພັນທຸກຳມະເມືອງ, ເພດ, ພິການ, ຫຼື ອາຍຸ ແລະ ເພື່ອຮ້ອງຟ້ອງຖ້າເຈົ້າຮູ້ສຶກວ່າຕົນເອງຖືກຈໍາແນກ.
- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh ພາຍໃນໜຶ່ງທາສາມປີ ນັບຕັ້ງແຕ່ໄດ້ຂຽນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ, ຖ້າເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ເພື່ອເວົ້າກ່ຽວກັບການດໍາເນີນງານໃດໜຶ່ງເຖິງກໍລະນີຂອງເຈົ້າກັບພະແນກສະຫວັດດີການສັງຄົມໃນເຄົາຕີ ແລະ ເພື່ອຂໍພິຈາລະນາຈາກລັດພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບແຕ່ໄດ້ອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດຕໍ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ.
- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການກວດກາທັນທີຈາກຜູ້ຊີ້ນໍາ ຖ້າວ່າໃບຄໍາຮ້ອງຂອງເຈົ້າຖືກປະຕິເສດ.
- ເພື່ອຂຽນຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ຂໍພິຈາລະນາຈາກລັດໂດຍການຂຽນໄປຫາພະແນກສະຫວັດດີການສັງຄົມໃນເຄົາຕີຂອງເຈົ້າ ຫຼື ໂທຫາເບີໂທລະສັບບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ 1-800-952-5253. ເບີໂທລະສັບບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າສໍາລັບບຸກຄົນຫູບໍ່ໄດ້ຍິນດີ (TDD) ແມ່ນ 1-800-952-8349.
- ເພື່ອເປັນຕົວແທນຂອງເຈົ້າໃນຄໍາຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຂອງລັດ ຫຼື ເປັນຕົວແທນຈາກສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ພູ່ເພື່ອນ, ທະນາຍຄວາມ, ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນ.
- ເພື່ອໃຫ້ມີສະມາຊິກຄົນອື່ນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງເຈົ້າ, ຫຼື ຜູ້ໄຫຍ່ຄົນອື່ນທີ່ຮູ້ຈັກເຈົ້າ, ຂຽນຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກນີ້. ຖ້າວ່າຂຽນໂດຍຜູ້ໄຫຍ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງເຈົ້າ, ຂັດຕິດໜັງສືເຫັນດີອະນຸຍາດເຊັນໂດຍຫົວໜ້າຄອບຄົວ ຫຼື ຜູ້ໄຫຍ່ຢູ່ໃນສະມາຊິກຄອບຄົວ.

ສິດທິຂອງເຈົ້າໃນການເປັນຕົວສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ:

- ຕອບຄໍາຖາມໃຫ້ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສໍາເລັດ, ສຸດຄວາມສາມາດຂອງເຈົ້າ. ຖ້າວ່າເຈົ້າປະຕິເສດໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຕ້ອງການ, ເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບ ຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh.
- ຢູ່ໃນການສໍາພາດຂອງເຈົ້າ, ເຈົ້າຈະຕ້ອງຍິນການກໍານົດຫົວໜ້າຄອບຄົວ, ກໍານົດບຸກຄົນທີ່ຂຽນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ, ແລະ ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ຫຼັກຖານປຶ້ມສໍາມະໂນຄົວ ແລະ/ຫຼື ທີ່ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ ໃນເວລາເກີດໄພພິບັດ.
- ເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ຮ່ວມມືກັບພະນັກງານຂອງເຄົາຕີ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ຖ້າເຈົ້າໄດ້ຖືກຄັດເລືອກໃນການສໍາພາດຫຼັງຈາກເວລາເກີດໄພພິບັດ.

- ເຈົ້າສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໄດ້ຮັບ, ຫຼື ໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh ຂອງເຈົ້າໄດ້. ຖ້າເຈົ້າຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ:

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ລວມມີເມືອງ ແລະ ລະຫັດເຂດ	
<input type="checkbox"/> ໃຫ້ຖືບັດ EBT ເທົ້ານັ້ນ	<input type="checkbox"/> ຖືບັດ EBT ເພື່ອສັ່ງ ອາຫານ ສໍາລັບຄົວເຮືອນ

ຄໍາເຕືອນການລົງໂທດ!!

- ຖ້າຄົວເຮືອນຂອງເຈົ້າໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CALFRESH, ເຈົ້າຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທີ່ລະບຸລຸ່ມນີ້. ບໍ່ລາຍງານຂໍ້ມູນ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມເປັນຈິງ ສາມາດເຮັດໃຫ້ ຖືກສາດໍາເນີນຄະດີ ພ້ອມກັບການປັບໃໝ, ຈໍາຄຸກ ຫຼື ທັງຈໍາທັງປັບ. ການປັບໃໝສາມາດເຮັດໃຫ້ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ, ປັບໃໝເງິນ ເຖິງ \$250,000 ຫຼື ຈໍາຄຸກເປັນເວລາດົນເຖິງ 20 ປີ. ການລົງໂທດຂາດເງື່ອນໄຂ ແມ່ນ 12 ເດືອນ ສໍາລັບການເຮັດຜິດຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນ ສໍາລັບເຮັດຜິດຄັ້ງທີ່ສອງ, ແລະ ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂຕະຫຼອດໄປ ສໍາລັບການເຮັດຜິດຄັ້ງທີ່ສາມ.
- ບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ປົດປັ້ງຂໍ້ມູນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh.
 - ບໍ່ໃຫ້ຄໍາ ຫຼື ຂາຍຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh ຂອງເຈົ້າ, ຫຼື ເຄື່ອງມືປະກັນໄພອື່ນໆ.
 - ບໍ່ຕ້ອງປ່ຽນແປງບັດ EBT ຫຼື ອຸປະກອນປະກັນໄພອື່ນໆ ຂອງເຈົ້າ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພ CalFresh ທີ່ເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ
 - ບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh ເພື່ອຊື້ລາຍການເຄື່ອງທີ່ບໍ່ມີສິດເຊັນວ່າເຄື່ອງດື່ມມືນເມົາ ແລະ ຢາສູບ.
 - ບໍ່ໃຫ້ໃຊ້ບັດ EBT ຫຼື ອຸປະກອນປະກັນໄພໃດໜຶ່ງຂອງ ຄົນອື່ນ ເພື່ອຄົວເຮືອນຂອງເຈົ້າ.

ຄໍາແນະນໍາ: ກະລຸນາຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ເພື່ອສະຖານະການທີ່ບໍ່ຄາດຄິດຂອງເຈົ້າໃນຊ່ວງເວລາຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດທີ່ເຫັນຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

ຊື່ (ຫົວໜ້າຄອບຄົວ)	
ທີ່ຢູ່ເຮືອນຖາວອນໃນເວລາເກີດໄພພິບັດ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ຊົ່ວຄາວ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກໃນເວລາເກີດໄພພິບັດ	ເບີໂທລະສັບ

ສໍາລັບເຄົາຕີໄຊເທົ້ານັ້ນ

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

ພາກ A – ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ. (ເຈົ້າຈະຕ້ອງເລືອກຂຽນ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ ໃສ່ທຸກຄໍາຖາມ)

1. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງເຈົ້າກໍາລັງຢູ່ເຮືອນ ເຮັດວຽກ ຫຼືທັງສອງຢ່າງ (ພາຍເອົາທ້ອງທີ່ເພາະສົມ) ໃນພື້ນທີ່ເກີດໄພພິບັດໃນເວລາເກີດໄພພິບັດແມ່ນບໍ່?
2. ເຈົ້າບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບລາຍຮັບໃນຄົວເຮືອນຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຕົງສິດແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
3. ລາຍຮັບ ຫຼື ຕົງສິດຂອງເຈົ້າເຄີຍຖືກຍືມ, ຈ່າຍຊ້າ ຫຼື ຢຸດເຊົາ ຍ້ອນໄພພິບັດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
4. ເຈົ້າຈະຊື້ອາຫານ ແລະ ກະກຽມສະບຽງອາຫານໃນໄລຍະຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
5. ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງເຈົ້າໄດ້ເຂົ້າເຮັດວຽກນໍາ _____ ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງເຄົາຕີລັດ CALFRESH

ພາກ B – ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
 5. ຂຽນຊື່ທຸກຄົນທີ່ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍ ຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh. ລວມມີສະເພາະບຸກຄົນທີ່ ອາໄສຢູ່ນໍາເຈົ້າໃນເວລາເກີດໄພພິບັດເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າເຈົ້າອາໄສຢູ່ຊົ່ວຄາວນໍາຄອບຄົວອື່ນເພາະວ່າເກີດໄພພິບັດ, ບໍ່ຕ້ອງຂຽນສະມາຊິກຄອບຄົວຢູ່ໃນຄົວເຮືອນນັ້ນ. *ບອກໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງເຈົ້າ (SSN) ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ມັນຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງລະບຸບຸກຄົນເທົ່ານັ້ນ.

ຊື່ (ທົ່ວໜ້າຄອບຄົວ)		SSN*	ວັນເກີດ
a.			
b.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ
c.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ
d.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ
e.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ
f.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ
g.	ສາຍພົວພັນກັບຄອບຄົວ	SSN*	ວັນເກີດ

ພາກ C – ລາຍຮັບ/ຊັບສິນ/ລາຍຈ່າຍ

6. a. ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບໄປເຮືອນທັງໝົດ ຫຼື ລາຍຮັບອື່ນໆ ຂອງ ທຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງເທິງນີ້ໄດ້ ຮັບ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບໃນຊ່ວງໄລຍະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດແມ່ນເທົ່າໃດ? \$ _____
 b. ຂຽນທຸກແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງເຈົ້າ:

7. ຂຽນຈຳນວນເງິນສິດທັງໝົດຂອງບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ເທິງນີ້ທີ່ຈະໄດ້ຮັບໃນຊ່ວງໄລຍະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ. ບໍ່ຕ້ອງລວມເງິນທີ່ລະບຸໃນພາຍເລກ 6.

ເງິນສິດໃນມື	ບັນຊີຝາກປະຢັດ	ບັນຊີກວດກາ	ອື່ນໆ
\$	\$	\$	\$

8. ຂຽນຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການເສຍຫາຍ ຫຼື ເປ່ເພໃນໄລຍະເກີດໄພພິບັດ ຊຶ່ງເຈົ້າໄດ້ຈ່າຍ ຫຼື ຄາດໝາຍຈະໄດ້ຈ່າຍໃນໄລຍະໄພພິບັດ. ບໍ່ຕ້ອງຂຽນຈຳນວນເງິນທີ່ຈະໄດ້ຈ່າຍໂດຍບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງເທິງນີ້ ຫຼື ເງິນທີ່ຈະໄດ້ທົດແທນຄືນໃນໄລຍະເກີດໄພພິບັດ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ອາດຈະລວມມີບາງອັນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

a. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພື່ອສ້ອມແປງການເປ່ເພຂອງເຮືອນຄອບຄົວ ຫຼື ສິ່ງປຸກສ້າງອື່ນໆ ພື້ນຖານຂອງການເຮັດວຽກ ຫຼື ການເຮັດວຽກສ່ວນຕົວ ຂອງ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ. \$ _____

b. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຮືອນຢູ່ຊົ່ວຄາວ ຖ້າວ່າເຮືອນບໍ່ສາມາດຢູ່ໄດ້ ຫຼື ຄົວເຮືອນບໍ່ສາມາດໄປເຖິງມັນ; \$ _____

c. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການຍົກຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ ຊຶ່ງຖືກຍົກຍ້າຍຍ້ອນໄພພິບັດ; \$ _____

d. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍກ່ຽວພັນກັບການປ່ອງກັນເຮືອນ ຫຼື ທຸລະກິດ ຈາກການເປ່ເພໄພພິບັດ; \$ _____

e. ຄ່າຢາປິວພະຍາດ ຍ້ອນຕົນເອງໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. \$ _____

f. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນງານສືບ ທີ່ກ່ຽວພັນກັບໄພພິບັດ. \$ _____

g. ຄ່າກິນນອນຂອງສັດລ້ຽງ ທີ່ກ່ຽວພັນກັບໄພພິບັດ. \$ _____

h. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວພັນກັບການປ່ຽນແທນເຄື່ອງສ່ວນຕົວ ແລະ ຄົວເຮືອນ ທີ່ມີຄວາມຈໍາເປັນລາຍການເຄື່ອງ, ເຊັ່ນວ່າເຄື່ອງນຸ່ງ, ເຄື່ອງໃຊ້ພາຍໃນ, ເຄື່ອງມື ແລະ ອຸປະກອນການຮຽນ. \$ _____

i. ນໍ້າມັນໃຊ້ສໍາລັບອຸປະກອນຄວາມອົບອຸ່ນພື້ນຖານ. \$ _____

j. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການທໍາຄວາມສະອາດເຄື່ອງໃຊ້. \$ _____

k. ຄ່າສ້ອມແປງລົດທີ່ເປ່ເພຍ້ອນໄພພິບັດ. \$ _____

l. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບ່ອນເກັບຮັກສາເຄື່ອງ. \$ _____

9. a. ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງເທິງນີ້ປະຈຸບັນໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ CalFres ແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ? _____ ເຄົາຕີ້ _____ ລັດ _____ ການແບ່ງປັນປະຈໍາເດືອນ \$ _____
 b. ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຖາມຫາ ຫຼື ໄດ້ປ່ຽນແທນຜົນປະໂຫຍດ CalFresh ສໍາລັບເດືອນນີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າແມ່ນ, ເທົ່າໃດທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບ? _____

ຄໍາຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານ

ຂ້ອຍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈຄໍາຖາມຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ ແລະ ໃນນັ້ນຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍມີຄວາມຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ CalFresh. ຂ້ອຍໄດ້ອ່ານແຈ້ງເຕືອນການປັບໃໝຂ້າງເທິງນີ້ (ຫຼື ໄດ້ອ່ານໃຫ້ຂ້ອຍຟັງ). ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນຂອງຂ້ອຍທີ່ມີຄວາມຈໍາເປັນໃນການຕັດສິນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້ອຍ. ຖ້າວ່າຂ້ອຍຖືກຄັດເລືອກ, ຂ້ອຍຈະມີຄວາມຮ່ວມມືເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານເຄົາຕີ້, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ໃນການກວດກາ ທີ່ຈະໄດ້ຈັດຂຶ້ນພາຍຫຼັງໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໄພພິບັດ. ຂ້ອຍຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ອຍອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄືນຜົນປະໂຫຍດບາງອັນທີ່ໄດ້ຈ່າຍເກີນ ຍ້ອນວ່າຂ້ອຍ, ຜູ້ໃຫຍ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ໄດ້ລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ຕື່ມຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ຂ້ອຍປະກາດຕາມລະບຽບກົດໝາຍໃນການລົງໂທດການກະທໍາຜິດ ຂອງ ປະເທດສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ ລັດຄາລິຟໍເນຍ ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ບັນຈຸຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງຂ້ອຍແມ່ນຖືກຕ້ອງ, ຕາມຄວາມເປັນຈິງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນ (ຜູ້ໃຫຍ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) _____ ວັນທີ _____
 ພະຍານ, ຖ້າເຈົ້າເຊັນກັບ "X" _____ ວັນທີ _____

ສໍາລັບເຄົາຕີ້ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ
 Household size for the number of persons listed in 5 _____

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) = \$ _____

EBT Card Number issued # _____
 YES NO

WORKER'S SIGNATURE _____ DATE _____
 SUPERVISOR'S SIGNATURE _____ DATE _____