

ໃບສະໝັກຂໍ
ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌

Table with 2 columns: COUNTY USE ONLY, CASE NUMBER, WORKER, DATE RECEIVED

ໄລຍະຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປະສົບໄພພິບັດ: _____ ໃຫ້ແກ່ _____

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນ - ໃຫ້ອ່ານຢ່າງລະອຽດ

ສິດຂອງທ່ານໃນນາມເປັນຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບ:

- ຈະຖືກບໍລິການໂດຍບໍ່ຄ່ານຶງເຖິງ ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ສາດສະໜາ, ສາຍພືວນທາງດ້ານການເມືອງ, ເພດ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ອາຍຸ, ແລະ ເຮັດໜັງສືສະເໜີຮອງທູງ ຖາທານຄິດວ່າ ທານຖືກແບງແຍກ.
ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ (Disaster CalFresh) ພາຍໃນໜຶ່ງເຖິງສາມວັນ ຂອງວັນທີ່ສະໝັກ, ຖາທານໄດ້ຮັບສິດ.
ໂອ້ລົມກ່ຽວກັບການເຄື່ອນໄຫວຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບ ກໍລະນີຂອງທ່ານກັບ ພະແນກປະກັນສັງຄົມຂອງຄາວຕີ ແລະ ດຳເນີນການຮອງທູງພາຍໃນ 90 ວັນ ໃນການຮັບຮອງ ຫຼື ປະຕິເສດໃບສະໝັກ.
ຈະຖືກທົບທວນຄືນທັນທີທັນໃດຈາກຜູ້ຄວບຄຸມ ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.
ປະກອບເອກະສານຮອງທູງ ຫຼື ຂໍຮອງຮຽນ ໂດຍການຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນໄປຫາພະແນກປະກັນສັງຄົມຂອງຄາວຕີ ຫຼື ໂດຍການໂທເຂົ້າຫາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. 1-800-952-5253. ພາຍເລກໂທລະສັບຂອງຄົນຫູຫວກ (TDD) ແມ່ນ 1-800-952-8349.
ເຂົ້າສະເໜີໂຕຢູ່ບ່ອນຮອງທູງຂອງລັດ ຫຼື ໃຫ້ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ພູເພື່ອນ, ທະນາຍຄວາມ, ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນ ໄປສະເໜີໂຕແທນ.
ໃຫ້ສະມາຊິກຄົນອື່ນໃນຄອບຄົວ, ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຮູ້ຈັກທ່ານ, ຂຽນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສົມບູນ. ຖ້າແມ່ນບຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຂຽນແບບຟອມໃຫ້, ໃຫ້ຄັດຕິດໃບຮັບຮອງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ເຊັ່ນໂດຍທົວໜ້າຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນອື່ນໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນນາມເປັນຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບສິດ:

- ຕອບຄໍາຖາມດ້ວຍຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ ເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຖ້າທ່ານປະຕິເສດທີ່ຈະສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນໃດໜຶ່ງ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ .
ໃນເວລາທີ່ທ່ານສໍາພາດ, ທ່ານຕ້ອງພິສູດຫາເອກະລັກສະເພາະຂອງທົວໜ້າຄອບຄົວ, ເອກະລັກສະເພາະຂອງບຸກຄົນທີ່ຂຽນໃບສະໝັກ, ແລະ ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ພິສູດຫາທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຄອບຄົວ ແລະ/ຫຼື ທີ່ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກໃນເວລາເກີດໄພພິບັດ.
ທ່ານຕ້ອງຮ່ວມມືກັບພະນັກງານຂອງ ຄາວຕີ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ຖ້າທ່ານຖືກຄັດເລືອກໃຫ້ທວນຄືນຫຼັງຈາກໄພພິບັດຜ່ານໄປແລ້ວ.

- ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໄດ້ຮັບ, ຫຼື ນຳໃຊ້ ສິດຜົນປະໂຫຍດຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ ຂອງທ່ານ. ຖາທານຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ຂຽນຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້:

Table with 2 columns: ຊື່ຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ພາຍເລກໂທລະສັບ

ທີ່ຢູ່ ທີ່ມີທັງເມືອງ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີ

- ໄປຮັບເອົາບັດ EBT ເທົ່ານັ້ນ
ໄປຮັບເອົາບັດ EBT ເພື່ອຊື້ອາຫານສໍາລັບຄອບຄົວ

ການຕັກເຕືອນລົງໂທດ!!

ຖ້າຄອບຄົວຂອງທ່ານ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບດັ່ງລາຍການລຸ່ມນີ້. ຖ້າບໍ່ສາມາດລາຍງານຂໍ້ມູນ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະເໜີຄວາມເປັນຈິງ ສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີທາງດ້ານກົດໝາຍດ້ວຍການລົງໂທດປັບໄພ, ຈຳຄຸກ ຫຼື ທັງສອງຢ່າງ. ການລົງໂທດສາມາດເຮັດໃຫ້ສະຫລຸບໄດ້ວ່າ ບໍ່ມີຄຸນນະສົມບັດທີ່ເໝາະສົມຈາກໂຄງການ, ບັດໄພຮອດ 250.000 ໂດລາ ຫຼື ຈຳຄຸກເຖິງ 20 ປີ. ການລົງໂທດທີ່ບໍ່ມີຄຸນນະສົມບັດເໝາະສົມ ແມ່ນ 12 ເດືອນ ສຳລັບການລະເມີດຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນ ສຳລັບການລະເມີດຄັ້ງທີສອງ, ແລະ ສະຫລຸບວ່າບໍ່ມີຄຸນນະສົມບັດເໝາະສົມແບບຖາວອນ ສຳລັບການລະເມີດຄັ້ງທີສາມ.

- ຫ້າມບອກຂໍ້ມູນທີ່ຜິດ ຫຼື ປິດບັງຂໍ້ມູນ ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌.
ຫ້າມດຳເນີນການຄ້າຂາຍ ຫຼື ຂາຍຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ ຂອງທ່ານ, ຫຼື ກະທຳຮູບແບບອື່ນ.
ຫ້າມແກ້ໄຂບັດ EBT ຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທຳຮູບແບບອື່ນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ ທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.
ຫ້າມນຳໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຈາກ ດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ ເພື່ອໄປຊື້ລາຍການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບສິດ ເຊັ່ນ ເຄື່ອງດື່ມມືນເມົາ ແລະ ຢາສູບ.
ຫ້າມໃຊ້ບັດ EBT ຂອງຄົນອື່ນ, ຫຼື ກະທຳຮູບແບບອື່ນ ໃຫ້ແກ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ.

ຄຳແນະນຳ: ກະລຸນາ ຕອບຄຳຖາມໃນແບບຟອມນີ້ ສຳລັບ ສະພາບທີ່ທ່ານຄາດໄວ້ໃນໄລຍະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກດີຊາສເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ ດັ່ງລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

Table with 2 columns: ທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນຖາວອນໃນເວລາປະສົບໄພພິບັດ, ພາຍເລກໂທລະສັບ; ທີ່ຢູ່ຊົ່ວຄາວ, ພາຍເລກໂທລະສັບ; ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ, ພາຍເລກໂທລະສັບ; ທີ່ຢູ່ຂອງບ່ອນເຮັດວຽກໃນເວລາປະສົບໄພພິບັດ, ພາຍເລກໂທລະສັບ

ພາກ A – ສະພາບຂອງຄອບຄົວ. (ທ່ານຕ້ອງໝາຍ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ ສຳລັບແຕ່ລະຄຳຖາມ)

- 1. ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ກຳລັງອາໄສຢູ່ ກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່ ຫຼື ທັງສອງຢ່າງ (ໝາຍໃສ່ທ້ອງທີ່ຖືກຕ້ອງ) ໃນພື້ນທີ່ທີ່ປະສົບໄພພິບັດໃນໄລຍະເວລາມີໄພພິບັດບໍ່?
2. ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບລາຍຮັບ ຫຼື ແຫຼ່ງເງິນສິດຂອງຄອບຄົວທ່ານບໍ່?
3. ລາຍຮັບ ຫຼື ແຫຼ່ງເງິນສິດຂອງທ່ານຖືກຫລຸດລົງ, ຊັກຊ້າ ຫຼື ຖືກລະງັບເນື່ອງຈາກປະສົບໄພພິບັດບໍ່?
4. ທ່ານຈະຊື້ອາຫານ ແລະ ກະກຽມອາຫານ ໃນໄລຍະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກການປະສົບໄພພິບັດບໍ່?

COUNTY USE ONLY
Disaster Application
Can the identity of the authorized representative be verified?
Type of verification:
Can the head of household's identity be verified?
Type of verification:
Is permanent residence in disaster area?
Type of verification:
Is work address in the disaster area?
Type of verification:
Can the household's residence be verified?
Type of verification:

ພາກ B – ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
 5. ໃສ່ຊື່ທຸກຄົນທີ່ສະໝັກຂໍ ດຽວຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສ໌ເຕີ ຄາວເຟຣສ໌ (Disaster CalFresh). ໃສ່ແຕ່ບຸກຄົນທີ່ ພັກຢູ່ກັບທ່ານໃນເວລາປະສົບໄພພິບັດ. ຖ້າທ່ານກຳລັງພັກຢູ່ກັບຄອບຄົວອື່ນແບບຊົ່ວຄາວ ຍ້ອນປະສົບໄພພິບັດ, ບໍ່ໃຫ້ໃສ່ສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວນັ້ນ. *ບອກພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN) ຂອງທ່ານ ແລະແຕ່ຄວາມສະໝັກໃຈ. ຈຸດປະສົງແມ່ນໃຊ້ເພື່ອລະບຸລັກສະນະສະເພາະເທົ່ານັ້ນ.

ສຳ. (ຫົວໜ້າຂອງຄອບຄົວ) (HH)		ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
a.			
b.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
c.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
d.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
e.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
f.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ
g.	ສາຍກ່ຽວພັນກັບຫົວໜ້າຄອບຄົວ	ພາຍເລກປະກັນສັງຄົມ*	ວັນເດືອນປີເກີດ

ພາກ C – ລາຍຮັບ/ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງຊັບສິນ/ລາຍຈ່າຍ

6. a. ຈຳນວນລາຍຈ່າຍທັງໝົດສຳລັບຊື່ເຄື່ອງກັບບ້ານ ຫຼື ລາຍຮັບອື່ນ ທີ່ທຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ທັງໝົດນັ້ນໄດ້ຮັບ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບໃນຊ່ວງໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໄພພິບັດແມ່ນເທົ່າໃດ? \$ _____
 b. ຂຽນແຫຼ່ງລາຍຮັບທັງໝົດຂອງທ່ານ:

7. ໃຫ້ລະບຸແຫຼ່ງລາຍຮັບທີ່ເປັນເງິນສົດທີ່ບຸກຄົນທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງຈະສາມາດໄດ້ຮັບໃນໄລຍະປະສົບໄພພິບັດ. ບໍ່ໃຫ້ໃສ່ເງິນທີ່ລະບຸໃສ່ພາຍເລກ 6.

ເງິນສົດທີ່ມີຢູ່ໃນມື \$	ບັນຊີຝາກປະຢັດ \$	ບັນຊີກວດສອບ \$	ອື່ນໆ \$
---------------------------	---------------------	-------------------	-------------

8. ໃສ່ຈຳນວນລາຍຈ່າຍທີ່ສູນຫາຍ ຫຼື ສູນເສຍ ເນື່ອງຈາກໄພພິບັດ ຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຈ່າຍ ຫຼື ຄາດວ່າຈະຈ່າຍໃນໄລຍະປະສົບໄພພິບັດ. ບໍ່ໃຫ້ໃສ່ຈຳນວນທີ່ຈະຈ່າຍໂດຍບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງເທິງ ຫຼື ຈະ ໄດ້ເງິນຄືນໃນໄລຍະປະສົບໄພພິບັດ. ລາຍຈ່າຍທີ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້ ອາດຈະລວມທັງຈຳນວນໃດໜຶ່ງໃນຕໍ່ໄປນີ້:

a. ລາຍຈ່າຍເພື່ອສ້ອມແປງຄວາມເສຍຫາຍຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ຊັບສິນອື່ນທີ່ມີຄວາມສຳຄັນຕໍ່ການຈ້າງງານ ຫຼື ການດຳເນີນທຸລະກິດຂອງຕົນເອງຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ. \$ _____
 b. ລາຍຈ່າຍຂອງທີ່ພັກອາໄສຊື່ຄວາວ ຖ້າບ່ານບໍ່ສາມາດຢູ່ໄດ້ ຫຼື ຄອບຄົວບໍ່ສາມາດເຂົ້າໄປຢູ່ໄດ້; \$ _____
 c. ລາຍຈ່າຍຂອງການຍົກຍາຍອອກຈາກພື້ນທີ່ ຊຶ່ງລົບໜີອອກຍອນໄພພິບັດ; \$ _____
 d. ລາຍຈ່າຍກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງເຮືອນ ຫຼື ທຸລະກິດ ຈາກຄວາມເສຍຫາຍຂອງໄພພິບັດ; \$ _____
 e. ລາຍຈ່າຍທາງການແພດຍອນຖືກບາດເຈັບ. \$ _____
 f. ລາຍຈ່າຍໃນການເຮັດພິທີຝັງສົບ ທີ່ກ່ຽວກັບບັນຫາໄພພິບັດ. \$ _____
 g. ຄ່າຂົນສົ່ງສັດລ້ຽງທີ່ກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງໄພພິບັດ. \$ _____
 h. ລາຍຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການທົດແທນບຸກຄົນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ຄອບຄົວ ລາຍການ, ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍ, ເຄື່ອງມື ແລະ ອຸປະກອນການສຶກສາ. \$ _____
 i. ນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟສຳລັບແຫຼ່ງພະລັງງານຄວາມຮ້ອນທີ່ສຳຄັນ. \$ _____
 j. ລາຍຈ່າຍຂອງບັນດາລາຍການສິນຄ້າທີ່ໃຊ້ສຳລັບອະນາໄມ. \$ _____
 k. ລາຍຈ່າຍຂອງຍານພາຫະນະທີ່ເປ່ເພື່ອຈາກໄພພິບັດ. \$ _____
 l. ລາຍຈ່າຍໃນການເກັບຮັກສາ. \$ _____

9. a. ປັດຈຸບັນ, ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງນັ້ນ ກຳລັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຄາວເຟຣສ໌ ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ? _____ ຄາວຕີ້ _____ ລັດ _____ ການແບ່ງປັນເປັນລາຍເດືອນ \$ _____
 b. ພວກເຂົາຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຊົດເຊີຍຈາກ ຄາວເຟຣສ໌ ສຳລັບເດືອນນີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າແມ່ນ, ພວກເຂົາໄດ້ຮັບເທົ່າໃດ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບເທົ່າໃດ? _____

ການຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄຳຖາມໃນໃບສະໝັກ ແລະ ຄອບຄຶວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ດີຊາສ໌ເຕີ ຄາວເຟຣສ໌. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານຄຳເຕືອນການລົງໂທດຂ້າງເທິງແລ້ວ (ຫຼື ມີຄືນໂຕອ່ານໃຫ້ຟັງ). ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນໃນການກຳນົດຄວາມລະອຽດຂອງສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໂຕຖືກຄັດເລືອກ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຫ້ການຮ່ວມມືກັບ ພະນັກງານຂອງ ຄາວຕີ້, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ຢ່າງເຕັມທີ່ໃນການທົດທວນຄືນ ຫຼັງຈາກໄລຍະຂອງການປະສົບໄພພິບັດຜ່ານໄປ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີຄວາມຈຳເປັນຈ່າຍຄືນ ຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຈ່າຍເກິນຍອນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າ, ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໄຫຍຄືນອື່ນ, ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ລາຍງານຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ສົມບູນ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຂໍສັນຍາພາຍໃຕ້ລະບຽບກົດໝາຍຂອງ ສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ ສະຫະລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ສົມບູນ.

ລາຍເຊັນ (ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໄຫຍ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ) _____ ວັນທີ _____

ພະຍານ, ຖ້າທ່ານເຊັນດ້ວຍ "X" ວັນທີ _____

COUNTY USE ONLY

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 _____