WORK PAYS IN SO MANY WAYS

ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ, ਅਤੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ/ 34-ਕਾਉਂਟੀ ਚਿਕਿਤਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ (ਸੀ.ਐੱਮ.ਐੱਸ.ਪੀ.) ਲਈ ਤੱਥਾਂ ਦਾ ਕਥਨ

- ਤੁਸੀਂ ਜੋ ਫ਼ਾਇਦਾ(ਦੇ) ਮੰਗ ਰਹੇ ਹੋ ਉਸ(ਉਨ੍ਹਾਂ) ਬਾਰੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਭਰੋ। ਸਭ ਜਵਾਬ ਸਿਆਹੀ 'ਚ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ। ਹਰ ਸਵਾਲੇ ਦੇ ਖੱਬੇ ਪਾਸੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ "ਸੀ. ਏ.", ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਲਈ "ਐੱਫ.ਐੱਸ.", ਅਤੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ/34-ਕਾਉਂਟੀ ਸੀ.ਐੱਮ.ਐੱਸ.ਪੀ. ਲਈ "ਐੱਮ.ਸੀ." ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਸਵਾਲ ਕਿਸ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਲਈ ਹੈ।
- ਆਪਣੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੇ ਸਮਰਥਨ 'ਚ ਕੋਈ ਪ੍ਰਮਾਣ (ਜਿਵੇਂ ਬਿਲ, ਰਸੀਦਾਂ ਅਤੇ ਰਿਕਾਰਡ) ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇਣ ਜਾਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜਾ ਕਾਗਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ॥
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਮੁਖੀਆ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ **ਬਾਲ**ਗ ਸਦੱਸ ਦੁਆਰਾ ਹਸਤਾਖਰਤ ਲਿੱਖਤ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC (1) **A. ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਉਸ(ਉਨ੍ਹਾਂ) ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਦਾ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਿਸ(ਜਿਨ੍ਹਾਂ) ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।**

ਨਾਂ: | ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ( )

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ, ਸਟ੍ਰੀਟ) | ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਅਲੱਗ ਹੋਵੇ) | ਦਿਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ( )

ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ | ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

FS **B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ": ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ ਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਘਰ ਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ": ਇਸ ਘਰ ਚ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੱਸੋ:

CA **C. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਰਾਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲੋ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

(2) **ਘਰ ਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਬਾਲਗ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਸਾਰੇ ਤੱਥ ਦੱਸੋ।**

CA FS MC **(A)** ਬਾਲਗ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) | ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ) | ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ

ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇ. | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਜਮਨ ਅਸਥਾਨ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਦੇਸ਼

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ (√) ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ 34-ਕਾਉਂਟੀ ਸੀ.ਐੱਮ.ਐੱਸ.ਪੀ.

ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਵਿਵਾਹਤ ☐ ਕਦੇ ਵਿਆਹ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ☐ ਵੱਖਰੇ ☐ ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ☐ ਆਮ ਕਨੂੰਨ ☐ ਵਿਧਵਾ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(B)** ਬਾਲਗ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) | ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ) | ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ

ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇ. | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਜਮਨ ਅਸਥਾਨ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਦੇਸ਼

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ (√) ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ 34-ਕਾਉਂਟੀ ਸੀ.ਐੱਮ.ਐੱਸ.ਪੀ.

ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਵਿਵਾਹਤ ☐ ਕਦੇ ਵਿਆਹ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ☐ ਵੱਖਰੇ ☐ ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ☐ ਆਮ ਕਨੂੰਨ ☐ ਵਿਧਵਾ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC **(C)** ਬਾਲਗ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) | ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ) | ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ

ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇ. | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ | ਜਮਨ ਅਸਥਾਨ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਦੇਸ਼

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ (√) ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ 34-ਕਾਉਂਟੀ ਸੀ.ਐੱਮ.ਐੱਸ.ਪੀ.

ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਵਿਵਾਹਤ ☐ ਕਦੇ ਵਿਆਹ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ☐ ਵੱਖਰੇ ☐ ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ☐ ਆਮ ਕਨੂੰਨ ☐ ਵਿਧਵਾ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

COUNTY USE ONLY

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in (13)) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in (13)) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)

Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

COUNTY USE ONLY

3 **ਘਰ ਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਹਰ, ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਘਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਬੁੱਚੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਕਰ ਆਸਰਤ ਦੇ ਰੂਪ ਚ ਦਾਹਵਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੱਚੇ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਸਾਰੇ ਤੱਥ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਲਈ "ਅਜਨਮੇ" ਲਿੱਖੋ ਅਤੇ ਨੀਯਤ ਮਿਤੀ ਲਿੱਖੋ।**

CA FS MC (**A**) ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)

ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ | ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇਸਤਰੀ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਨੀਯਤ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) | ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ

ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ (ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਦੇਸ਼) | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਕੀ ਅਸੰਕ੍ਰਮੀਕਰਣ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਇਹ ਬੱਚਾ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਕੂਲ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੈ? (√) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਂ:

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ | ਮਾਂ ਦਾ ਨਾਂ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਕੀ ਬੱਚਾ ਹੁਣ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ): ਮਿਰਤੂ | ਅਪਾਹਜਤਾ | ਗੈਰ-ਹਾਜ਼ਰੀ | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (**B**) ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)

ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ | ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇਸਤਰੀ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਨੀਯਤ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) | ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ

ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ (ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਦੇਸ਼) | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਕੀ ਅਸੰਕ੍ਰਮੀਕਰਣ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਇਹ ਬੱਚਾ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਕੂਲ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੈ? (√) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਂ:

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ | ਮਾਂ ਦਾ ਨਾਂ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਕੀ ਬੱਚਾ ਹੁਣ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ): ਮਿਰਤੂ | ਅਪਾਹਜਤਾ | ਗੈਰ-ਹਾਜ਼ਰੀ | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (**C**) ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)

ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ | ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇਸਤਰੀ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਨੀਯਤ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) | ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ

ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ (ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਦੇਸ਼) | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਕੀ ਅਸੰਕ੍ਰਮੀਕਰਣ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਇਹ ਬੱਚਾ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਕੂਲ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੈ? (√) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਂ:

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ | ਮਾਂ ਦਾ ਨਾਂ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਕੀ ਬੱਚਾ ਹੁਣ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ): ਮਿਰਤੂ | ਅਪਾਹਜਤਾ | ਗੈਰ-ਹਾਜ਼ਰੀ | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (**D**) ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)

ਨਾਗਰਕ/ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ (√) ☐ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ/ਵਸਨੀਕ ☐ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੰਖਿਆ | ਲਿੰਗ (√) ☐ ਪੁਰਖ ☐ ਇਸਤਰੀ | ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਨੀਯਤ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) | ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ

ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ (ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਦੇਸ਼) | ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਕੀ ਅਸੰਕ੍ਰਮੀਕਰਣ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਨੇਤਰਹੀਨ, ਬਧਿਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਇਹ ਬੱਚਾ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਕੂਲ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੈ? (√) ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਂ:

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਦਦ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ☐ ਮੈਡੀ-ਕਲ ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ | ਮਾਂ ਦਾ ਨਾਂ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ | ਕੀ ਬੱਚਾ ਹੁਣ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ | ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ): ਮਿਰਤੂ | ਅਪਾਹਜਤਾ | ਗੈਰ-ਹਾਜ਼ਰੀ | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD ☐ YES ☐ NO | FS Non-HH/Excluded Member Code: ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

		COUNTY USE ONLY
CA (4)	**ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਜਾਂ ਅਜਨਮੇ ਬੱਚੇ ਦਾ(ਦੇ) ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ(ਮਾਂਪਿਆਂ) ਦਾ ਨਾਂ ਲਿੱਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਘਰ ਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।** ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ / ਘਰ 'ਚ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਨਾ ਰਹਿਣ ਦਾ ਕਾਰਨ	☐ Verif. on File ☐ MC 13
CA FS (5)	**ਕੀ ਪਿੱਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਨਾਗਰਕਤਾ/ਆਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਦਲੀ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ਨਾਂ / ਕੀ ਬਦਲਿਆ ਸੀ / ਮਿਤੀ / ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)	
CA FS (6)	**A. ਕੀ ਘਰ ਚ ਕੋਈ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਬੱਚਾ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੌਣ:	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS	**B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਗੋਦ ਲਏ ਗਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਗੋਦ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਸਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਦਾਹਵੇ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ	
CA FS (7)	**ਕੀ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਨਾਂ (ਪੇਕਾ ਨਾਂ, ਦੱਤਕ, ਆਦਿ) ਵਰਤਿਆ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ਨਾਂ / ਵਰਤਿਆ(ਵਰਤੇ) ਗਿਆ(ਗਏ) ਦੂਜਾ(ਦੂਜੇ) ਨਾਂ ਨਾਂ / ਵਰਤਿਆ(ਵਰਤੇ) ਗਿਆ(ਗਏ) ਦੂਜਾ(ਦੂਜੇ)	
	ਹਾਂ / ਨਹੀਂ	Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA MC (8)	**A. ਕੀ ਹਰ ਕੋਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ?** ਜੇਕਰ "ਨਹੀਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:	
CA	**B. ਕੀ ਹਰ ਕੋਈ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ?**	☐ Property
CA	**C. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਿਸੇ ਘਰ ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ ਹੈ, ਉਹ ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਰਕ੍ਖ-ਰਖਾਵ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ?**	☐ PA
CA MC	**D. ਕੀ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਜਨਤੱਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?** ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:	
CA	**E. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਜਾਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?**	
MC (9)	**ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 18 ਤੋਂ 21 ਸਾਲ ਦੇ ਦਰਮਿਆਨ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਕਰ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇੱਕ ਆਸਰਤ ਦੇ ਰੂਪ 'ਚ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦਾਹਵਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ:	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS (10)	**A. ਕੀ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਨ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਬੰਦ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ: ਗੁਣਵੱਤਾ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਸਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਸਮੀਖਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਸਹਿਯੋਗ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਸਬੰਧੀ ਰੋਕ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਏਬਲ-ਬੱਡੀਡ ਐਡਲਟ ਵਿਦਾਉਟ ਡਿਪੈਂਡੈਂਟਸ (ਏ.ਬੀ.ਏ.ਡਬਲਯੂ.ਡੀ.) ਕਾਰਜੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਵਜੋਂ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ: ਨਾਂ / ਕਿਉਂ / ਕਦੋਂ / ਕਿਹੜੀ ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ	
CA FS	**B. ਕੀ ਕਲਿਆਣ ਸਬੰਧੀ ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਇੰਟੈਂਸ਼ਨਲ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਵਾਇਓਲੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਬੰਦ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ: ਨਾਂ / ਕਿਉਂ / ਕਦ / ਕਿਹੜੀ ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ	
FS (11)	**ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਘਰ 'ਚ ਦੂਜੇ ਸਦੱਸਾਂ ਤੋਂ ਅਲੱਗ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦਾ ਅਤੇ ਪਕਾਉਂਦਾ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੌਣ:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12)	**ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ 60 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਕਰਕੇ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਅਲੱਗ ਭੋਜਨ ਪਕਾਉਣ 'ਚ ਅਸਮਰਤ੍ਥ ਹੈ?** ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੌਣ:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਮਰੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ (√) ☐ ਭੋਜਨ ☐ ਕਮਰ ☐ ਦੋਵ	ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ $	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੀਤੇ ਭੋਜਨ ਦੀ ਗਿਣਤੀ

CA FS B. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਭੋਜਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਮਰੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ (√) ☐ ਭੋਜਨ ☐ ਕਮਰਾ ☐ ਦੋਵ	ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ $	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੀਤੇ ਭੋਜਨ ਦੀ ਗਿਣਤੀ

COUNTY USE ONLY

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (14) ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

- ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਾਂ ਲਈ ਸਮੁਦਾਇਕ ਭੋਜਣ ਸੁਵਿਧਾ
- ਨੇਟਿਵ ਅਮੇਰਿਕਨ ਰਿਜ਼ਰਵੇਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਚਲਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਭੋਜਣ ਵਿਤਰਨ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ
- ਭੋਜਣ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ

ਨਾਂ	ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ	ਨਾਂ	ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ

CA FS MC (15) A. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

- ਆਵਾਸ, ਕੇਂਦਰ
- ਮੂਲ ਅਮਰੀਕੀਆਂ ਲਈ ਰਾਖਵੀਂ ਥਾਂ
- ਮਨੋ ਚਿਕਿਤਸਾ ਹਸਪਤਾਲ/ਮਾਨਸਕ ਸੰਸਥਾ
- ਅਪਾਹਜਾਂ/ਨੇਤਰਹੀਨਾਂ ਲਈ ਸਮੂਹਕ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ
- ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ
- ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਆਰਥਕ ਸਹਾਇਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਰਿਹਾਇਸ਼
- ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਮੁਕਤੀ ਕੇਂਦਰ
- ਬੋਰਡ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕੇਂਦਰ
- ਤਾਜ਼ੀਰੀ ਸੰਸਥਾ/ਸੋਧਕ ਸੁਵਿਧਾ

ਨਾਂ	ਕੇਂਦਰ, ਆਵਾਸ, ਹਸਪਤਾਲ, ਆਦਿ ਦਾ ਨਾਂ	ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਛੱਡਣ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ

MC B. ਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ 'ਚ ਦਾਖਲ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ/ਦਾ ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਦੱਸ ਘਰ 'ਚ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

CA (16) 6-18 ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦਾ ਨਾਂ ਦੱਸੋ ਜੋ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ/ਜਾਂਦੀ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ ਕਿ ਉਹਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ/ਜਾਂਦੀ। ☐ 6-18 ਸਾਲ ਦਾ/ਦੀ ਕੋਈ ਬੱਚਾ/ਬੱਚੀ ਨਹੀ

ਨਾਂ	ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕੂਲ ਨਾ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਨ

CA FS MC (17) A. ਕੀ 14 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਸਕੂਲ, ਕੱਲੇਜ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ 'ਚ ਦਾਖਲਾ ਲਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਉਮਰ	ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ	ਦਾਖਲਾ ਲਿਆ ਹੈ (√) ਸਥਿਤੀ ☐ ਪੂਰਾ ਸਮਾਂ ☐ ਅਧਾ ਸਮਾਂ ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):	ਯੂਨਿਟ/ਘੰਟੇ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ / ਗਰੈਜੁਏਸ਼ਨ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ	ਕਾਰਜੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਨਾਂ	ਉਮਰ	ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ	ਦਾਖਲਾ ਲਿਆ ਹੈ (√) ਸਥਿਤੀ ☐ ਪੂਰਾ ਸਮਾਂ ☐ ਅਧਾ ਸਮਾਂ ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):	ਯੂਨਿਟ/ਘੰਟੇ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ / ਗਰੈਜੁਏਸ਼ਨ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ	ਕਾਰਜੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

CA FS B. ਕੱਲੇਜ 'ਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸਮਾਨ ਸਿੱਖਿਆ ਸੰਸਥਾ 'ਚ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।

ਨਾਂ	ਸਿੱਖਿਆ ਕਾਲ (√) ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ☐ ਤਿਮਾਹੀ ☐ ਸਾਲ ☐ ਤਿਮਾਹੀ	ਟਯੂਸ਼ਨ/ਸ਼ੁਲਕ ਪ੍ਰਤੀ ਸਿੱਖਿਆ ਕਾਲ $	ਕਿਤਾਬਾਂ, ਉਪਕਰਨ, ਆਦਿ, ਪ੍ਰਤੀ ਸਿੱਖਿਆ ਕਾਲ $
ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਸਕੂਲ/ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਆਉਣ-ਜਾਣ ਦੀ ਦੂਰੀ	ਹਫ਼ਤੇ 'ਚ ਰਾਜ਼ਰੀ ਦੇ ਦਿਨ	ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ ਯਾਤਾਯਾਤ	
ਯਾਤਾਯਾਤ ਖਰਚ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ $	ਕਾਰ ਪੂਲ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੁਆਰਾ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ $	ਜਨਤੱਕ ਯਾਤਾਯਾਤ (ਬਸ, ਆਦਿ) ਰੋਜ਼ਾਨਾ $	

CA (18) A. ਕੀ ਕਿਸੇ ਇਸਤਰੀ ਦੀ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਗਰਭਵਤੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਉਮਰ	ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ (√) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ☐ ਗਰਭਵਤੀ ☐ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਂ

ਸਕੂਲੀ ਸਥਿਤੀ, ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ (√)
☐ ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਡਿਪਲੋਮਾ ਹੈ ☐ ਜੀ.ਈ.ਡੀ. ਹੈ ☐ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ (ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ):
☐ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕੂਲ ਜਾ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):

CA B. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੈਲ-ਲਰਨ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਮ ਤੋਂ ਨਕਦ ਬੋਨਸ ਜਾਂ ਜੁਰਮਾਨਾ, ਜਾਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ, ਯਾਤਾਯਾਤ, ਆਦਿ 'ਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ)	ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ

CA FS (19) ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਹੜਤਾਲ 'ਤੇ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਹੜਤਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਮਾਲਕ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ
ਯੂਨੀਅਨ ਦਾ ਨਾਂ	
ਹੜਤਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਹਾੜਤਾਲ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਆਮਦਨੀ (ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ) $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO

CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) ਕੀ, ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ, ਅੱਧੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਅਤੇ ਅਨੇਮਤ ਕੰਮ ਸਮੇਤ, ਕੰਮ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? ਹਰ ਆਈਟਮ ਲਈ "ਹਾਂ", ਜਾਂ "ਨਹੀਂ" 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ (✓) ਲਗਾਓ।
ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਕੀ ਪਿੱਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਬੰਦ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ?		
ਕੀ ਹੁਣ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ 'ਚ ਹੈ?		
ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਗਲੇ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਲੈਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?		

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ: **ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਲਈ:** ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ 'ਤੇ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚੇ ਲਿੱਖੋ।
ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ: ਨਿਸ਼ਾਨ (✓) ਲਗਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਆਪਣੇ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਕਿੰਜ ਲਗਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ: ☐ ੪੦% ਮਾਨਕ ਕਟੌਤੀ ☐ ਵਾਸਤਵਕ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚ ☐ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਔਸਤ (੧੨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਨਾਲ ਭਾਗ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਲਾਨਾ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚੇ)। **ਜੇਕਰ ਵਾਸਤਵਕ ਹਨ**, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ 'ਤੇ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚੇ ਲਿੱਖੋਣੇ ਪੈਣਗੇ।

(A) ਨਾ **CA FS MC**

ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ	ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ
ਪਿੱਛਲੇ ਮਹੀਨੇ_____ ਇਸ ਮਹੀਨੇ_____	

ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ(ਆਂ) ਮਿਤੀ(ਆਂ))	ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ	ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ ਮਿਹਨਤਾਨਾ	ਪਿੱਛਲੇ ਚੈੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈਕ ਬਖਸ਼ੀਸ਼ਾਂ ਜਾਂ ਆਵ੍ਰਤਾਂ
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$ ਪ੍ਰਤੀ		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:
ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ			ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਦਾ ਅੰਤਮ ਦਿਨ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ $ _____
				ਅਨੁਮਾਨਤ ਰਕਮ $ _____
ਅਗਲੇ ਚੈੱਕ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ	ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ ਅਨੁਮਾਨਤ ਰਕਮ $		ਵਿਵਸਾਏ	

(B) ਨਾਂ **CA FS MC**

ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ	ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ
ਪਿੱਛਲੇ ਮਹੀਨੇ_____ ਇਸ ਮਹੀਨੇ_____	

ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ(ਆਂ) ਮਿਤੀ(ਆਂ)	ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ	ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ ਮਿਹਨਤਾਨਾ	ਪਿੱਛਲੇ ਚੈੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ ਬਖਸ਼ੀਸ਼ਾਂ ਜਾਂ ਆਵ੍ਰਤਾਂ
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$ ਪ੍ਰਤੀ		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:
ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ			ਨੌਕਰੀ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਦਾ ਅੰਤਮ ਦਿਨ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ $ _____
				ਅਨੁਮਾਨਤ ਰਕਮ $ _____
ਅਗਲੇ ਚੈੱਕ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ	ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ ਅਨੁਮਾਨਤ ਰਕਮ $		ਵਿਵਸਾਏ	

CA FS MC (21) A. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ, ਅਪਾਹਜ ਬਾਲਗ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਆਸਰਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ 'ਤੇ ਜਾ ਸਕੇ ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭ ਸਕੇ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਲਈ ਹੋਣ 'ਤੇ ਹੇਠਾਂ ਅਤੇ (✓) 'ਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।

ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ/ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ
				$ ਹਰ
ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ/ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ
				$ ਹਰ

CA FS MC B. ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚ ਦਾ ਸੰਪੂਰਨ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕਿਸੇ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਘਰ 'ਚ ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਮਿਤਰ, ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆੱਫ ਐਜੁਕੇਸ਼ਨ, ਬਲੱਕ ਅਨੁਦਾਨ ਆਦਿ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖਰਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਰਕਮ	ਹੋਰ ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਰਕਮ
		$		$
ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਰਕਮ	ਹੋਰ ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਰਕਮ
		$		$

FS MC (22) ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਦੇ ਪਾਲਣ ਪੋਸਣ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੀ/ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਕਿਸ ਲਈ	ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਰਕਮ
		$

CA FS MC (23) ਕੀ, ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਪਿੱਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਚ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਜ਼ਾਂ ਅਪਾਹਜਤਾ ਬੀਮਾ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਹਨ ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਚ ਇਹ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ)	ਪਿੱਛਲੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ
ਨਾਂ	ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ)	ਪਿੱਛਲੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ

CA (24) ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਕਾਉਂਟੀ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਰਾਜ ਤੋਂ ਤਬਦੀਲੀ ਨਕਦ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਕਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਿੱਖੋ	ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮੁੱਲ	ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ
		$		$	

COUNTY USE ONLY

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for:
☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days
☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care?
☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

CA FS (25) **ਕੀ ਪਿੱਛਲੇ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਚ ਘਰ ਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕੋਈ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਨੌਕਰੀ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਹੇਠ ਰਿਹਾ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

- ਯੁਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ (ਯੂ.ਐੱਸ.) ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਭ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
- ਰਕਮ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼, ਜਿਵੇਂ ਕਿਰਾਇਆ, ਭੋਜਨ, ਉਪਯੋਗੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚੀਜ਼, ਦੇ ਬਦਲੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੰਮ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
- ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲ ਹੀ ਦੀ ਨੌਕਰੀ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।

A. ਨਾਂ

ਕੀ ਉਹ ਇੱਕ ਨੇਟਿਵ ਅਮੇਰਿਕਨ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕਬੀਲਾ ਲਿੱਖੋ:

ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ (√) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ ਵੱਲੋਂ ਨੂੰ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ	ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ (√) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ ਵੱਲੋਂ ਨੂੰ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ
1. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	4. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ
2. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	5. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ
3. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	6. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ

B. ਨਾਂ

ਕੀ ਉਹ ਇੱਕ ਨੇਟਿਵ ਅਮੇਰਿਕਨ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕਬੀਲਾ ਲਿੱਖੋ:

ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ (√) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ ਵੱਲੋਂ ਨੂੰ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ	ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਕੂਲ/ਕੱਲੇਜ/ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਨਾਂ (√) ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ ਵੱਲੋਂ ਨੂੰ	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ
1. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	4. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ
2. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	5. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ
3. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲ ਨੂੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ	6. ☐ ਕੰਮ ☐ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ	ਵੱਲੋ ਨੰ	$ ☐ ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ ☐ ਮਹੀਨੇਵਾਰ

FS (26) **ਫ਼ੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਭ ਸਦੱਸ ਯੁਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ (ਯੂ.ਐੱਸ.) ਦੇ ਨਾਗਰਕ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਫ਼ੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਉਸ ਸਦੱਸ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ ਜੋ **ਯੂ.ਐੱਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਕ ਨਹੀਂ ਹੈ**

ਹਰ ਗੈਰ–ਨਾਗਰਕ ਦਾ ਨਾਂ	A. ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ, ਇਸਦੀ ਪਤਨੀ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਾਂਪਿਓ (ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਯੂ.ਐੱਸ. ਚ ਕੁੱਲ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਰਹੇ ਹਨ?	B. ਯੂ.ਐੱਸ. ਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਏ, ਕਾਲਮ ਏ. ਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਸਾਲਾਂ ਚੋਂ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲਾਂ ਚ ਯੂ.ਐੱਸ. ਚ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ, ਇਸਦੀ ਪਤਨੀ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਾਂਪਿਓ (ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਨੇ ਧਨ ਕਮਾਇਆ ਸੀ?	C. ਯੂ.ਐੱਸ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਏ, ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ, ਇਸਦੀ ਪਤਨੀ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਾਂਪਿਓ (ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਨੇ ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਕੁੱਲ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਸੀ?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) **ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਮਿਲੀਟਰੀ ਸੇਵਾ ਚ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਮਿਲੀਟਰੀ ਸੇਵਾ ਚ ਕੰਮ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ/ਦਾ ਪਤਨੀ/ਪਤੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਬੱਚਾ ਯੂ.ਐੱਸ. ਮਿਲੀਟਰੀ ਸੇਵਾ ਚ ਰਿਹਾ ਹੈ?** ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਨਾਂ	ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ	(√) ਸਥਿਤੀ	ਮਾਣਯੋਗ ਸੇਵਾ ਮੁਕਤੀ	ਸੇਵਾ ਦੀ ਸ਼ਾਖਾ	ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ
ਨਾਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਸਕ੍ਰਿਅ ਡਯੂਟੀ ਫ਼ੌਜੀ/ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀ ☐ ਸਕ੍ਰਿਅ ਡਯੂਟੀ ਫ਼ੌਜੀ/ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀ ਦੀ/ਦਾ ਪਤਨੀ/ਪਤੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਬੱਚਾ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ		
ਨਾਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਸਕ੍ਰਿਅ ਡਯੂਟੀ ਫ਼ੌਜੀ/ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀ ☐ ਸਕ੍ਰਿਅ ਡਯੂਟੀ ਫ਼ੌਜੀ/ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀ ਦੀ/ਦਾ ਪਤਨੀ/ਪਤੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਬੱਚਾ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ		

COUNTY USE ONLY

PRINCIPAL EARNER (PE)	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

COUNTY USE ONLY

PE/UIB Requirements

Earnings from month prior to month of application

*App Date:*__________

Earnings from ________ *to* ________

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26) FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27) ☐ *CW 5*

FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif. ☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC (28) **A. ਕੀ, ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?**
ਹਰ ਆਈਟਮ ਲਈ "ਹਾਂ" ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ।

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਵਰਕ ਸਟਡੀ, ਵੈੱਲਫ਼ੇਅਰ ਟੂ ਵਰਕ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ			ਵੀ.ਏ. (ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀ) ਦੀ ਸਿੱਖਿਆ ਸਬੰਧੀ ਆਮਦਨੀ		
ਕੋਈ ਹੋਰ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਭੱਤਾ			ਵੀ.ਏ. ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਹਾਜ਼ਰੀ		
ਸਿੱਖਿਆ ਅਨੁਦਾਨ, ਰਿਣਧਵਫ ਅਤੇ ਵਜ਼ੀਫ਼ਾ			ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਪਾਹਜਤਾ ਜਾਂ ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨੀ/ਰਾਜਕੀ ਪੂਰਕ ਭੁਗਤਾਨ (ਐੱਸ.ਐੱਸ.ਆਈ./ਐੱਸ.ਐੱਸ.ਪੀ.)		
ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਰਾਜ ਤੋਂ ਕੈਲਵਰਕਸ/ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ			ਵੀ.ਏ. ਅਪਾਹਜਤਾ		
ਰਿਫ਼ਯੂਜ਼ੀ (ਆਰ.ਸੀ.ਏ.) ਅਸਿੱਸਟੈਂਸ			ਰੇਲਮਾਰਗ ਸਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ		
ਕੈਸ਼ ਅਸਿੱਸਟੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਫ਼ੱਰ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟਸ (ਸੀ.ਏ.ਪੀ.ਆਈ.)			ਕਿਸੇ ਸੰਘੀ, ਰਾਜਕੀ, ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਅਪਾਹਜਤਾ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ		
ਜੀ.ਏ./ਜੀ.ਆਰ. (ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ/ਰਾਹਤ)			ਕੋਈ ਹੋਰ ਗੈਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਛੁੱਟੀ		
ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ			ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸੇਵਾ-ਨਿਵਿਰਤੀ ਜਾਂ ਉੱਤਰਜੀਵੀ		
ਬੱਚੇ/ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਦੇ ਪਾਲਣ ਪੋਸਣ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸੀ ਬਿਲਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਲਈ ਰਕਮ			ਰੇਲਮਾਰਗ ਤੋਂ ਸੇਵਾ-ਨਿਵਿਰਤੀ		
ਹੜਤਾਲ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦੇ			ਕਿਸੇ ਸੰਘੀ, ਰਾਜਕੀ, ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਸੇਵਾ-ਨਿਵਿਰਤੀ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ		
ਰਿਣ, ਤੋਹਫ਼ੇ, ਯੋਗਦਾਨ			ਸੇਵਾ-ਨਿਵਿਰਤੀ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਗੈਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਆਮਦਨੀ		
ਕਨੂੰਨੀ ਜਾਂ ਬੀਮਾ ਸਬੰਧੀ ਸਮਝੌਤੇ/ਲੰਬਤ ਅਦਾਲਤੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ			ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ ਭੁਗਤਾਨ		
ਨੋਟ, ਇਕਰਾਰਨਾਮਿਆਂ, ਟ੍ਰਸਟ ਸਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵਚਨ ਪੱਤਰ ਦੀ ਵਿਕਰੀ			ਜਿੱਤਣਾ (ਜੂਆ/ਲਾਟਰੀ/ਬਿੰਗੋ, ਇਨਾਮ, ਆਦਿ)		
ਮਿਲੀਟਰੀ ਤੋਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਹਿੱਸਾ ਜਾਂ ਪੈਂਸ਼ਨ			ਕੋਈ ਹੋਰ (ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ)		

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਸਰੋਤ	(ਕਟੌਤੀ ਤੋਂ ਪੂਰਵ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਰਕਮ)	ਕਦੋਂ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ
		$		
		$		

COUNTY USE ONLY

- ☐ Casualty Unit Notified
- ☐ CWC 6041
- ☐ DHS 6155
- ☐ Verif(s) on File
  Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **B. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੁਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਰਕਮ ਚ ਕਿਸੇ ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਜੀਉਣ-ਦੇ-ਖਰਚ ਚ ਵਾਧਾ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਕੀ	ਰਕਮ	ਕਦੋਂ
		$	

CA FS MC (29) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਬਦਲੇ ਕਿਰਾਇਆ, ਉਪਯੋਗੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਭੋਜਨ ਜਾਂ ਕਪੜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ ਅਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਬਦਲੇ ਉਹ ਹੋਣ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ:

ਆਈਟਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ	ਮੁਫ਼ਤ	ਕੰਮ ਲਈ	ਆਈਟਮ ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਮੁੱਲ	ਆਈਟਮ ਕੌਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਕਿਰਾਇਆ				$	
ਉਪਯੋਗੀ ਸੇਵਾਵਾਂ				$	
ਭੋਜਨ				$	
ਕਪੜੇ				$	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC (30) **A. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਅਚੱਲ ਸੰਪੱਤੀ, ਜਿਵੇਂ ਜ਼ਮੀਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਮਾਰਤਾਂ, ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ ਹੈ ਜਾਂ, ਯੁਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਸਮੇਤ, ਉਹ ਕਿਸੇ ਥਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਤੇ ਕੋਈ ਅਚੱਲ ਸੰਪੱਤੀ ਖਰੀਦ ਰਿਹਾ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਉਹ ਜ਼ਮੀਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਮਾਰਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਚ ਮਲਕੀਅਤ ਸਾਂਝੀ ਹੈ।

ਕਿਸਮ (ਜ਼ਮੀਨ, ਕੌਂਡੋ, ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ, ਘਰ)	ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿੰਜ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ(ਨਾਂ)	ਪਤਾ ਜਾਂ ਥਾਂ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ	ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ
	ਲਿਵ ਇਨ ਇਟ					$	$
ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਸੰਪੱਤੀ						
	ਕੋਈ ਹੋਰ (ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ):						

ਕਿਸਮ (ਜ਼ਮੀਨ, ਕੌਂਡੋ, ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ, ਘਰ)	ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿੰਜ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ(ਨਾਂ)	ਪਤਾ ਜਾਂ ਥਾਂ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ	ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ
	ਲਿਵ ਇਨ ਇਟ					$	$
ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਸੰਪੱਤੀ						
	ਕੋਈ ਹੋਰ (ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ):						

Home Exempt Other Real Property ☐ YES ☐ NO
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt Other Real Property ☐ YES ☐ NO
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

CA FS **B. ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਘਰ ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਹੁਣ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਉਸਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦਿਨ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਸੰਪੱਤੀ ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ	ਸੰਪੱਤੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ (ਜੇਕਰ ਗਿਆਤ ਹੋਵੇ)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____

CA FS MC

31 A. ਕੀ, ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨਿੱਜੀ ਜਾਂ ਵਿਵਸਾਏ-ਸਬੰਧੀ ਸੰਸਾਧਨਾਂ 'ਚੋਂ ਕੋਈ ਹੈ?
ਹਰ ਆਈਟਮ ਲਈ "ਹਾਂ" ਜਾਂ "ਨਹੀਂ", ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ (√) ਲਗਾਓ।
ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ, ਵਰਤੇ ਗਏ, ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਹੇਠ, ਸਾਂਝੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ(ਆਂ) ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ ਸੰਸਾਧਨ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ (ਭਾਵੇਂ ਸਿਰਫ਼ ਸੁਵਿਧਾ ਲਈ ਵੀ)। ਕਾਉਂਟੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਇਹ ਸੰਸਾਧਨ ਕਾਫ਼ੀ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀ।

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਨਕਦੀ (ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਜਾਂ ਕਿਤੇ ਹੋਰ)			ਟ੍ਰਸਟ ਫ਼ੰਡ (ਭਾਵੇਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ)		
ਨਕਦ 'ਚ ਤਬਦੀਲ ਨਾ ਹੋਏ ਚੈੱਕ (ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਜਾਂ ਕਿਤੇ ਹੋਰ)			ਨੋਟ, ਗਿਰਵੀ ਨਾਮੇ, ਟ੍ਰਸਟ ਸਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵਿਕਰੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ, ਆਦਿ।		
ਬਚਤ ਖਾਤੇ – ਬੱਚਿਆਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਬਾਲਗ ਦੇ			ਆਈ.ਆਰ.ਏ. ਜਾਂ ਕਿਓਘ ਪਲੈਨਸ, ਆਦਿ।		
ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ – ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ			ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਸੇਵਾ-ਨਿਵਿਰਤੀ ਫ਼ੰਡ (ਜਿਵੇਂ ਪੀ.ਈ.ਆਰ.ਐੱਸ., ਆਦਿ)		
ਕ੍ਰੇਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਖਾਤੇ			ਸਬਗਤ ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ		
ਸ਼ੇਅਰ, ਬੌਂਡ, ਜਮ੍ਹਾ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ, ਮੁਦਰਾ ਬਜ਼ਾਰੀ ਖਾਤੇ, ਆਦਿ			ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਲਾਨਾ ਭੱਤਾ		
ਤੇਲ, ਖਣਨ, ਜਾਂ ਖਣਿਜ ਸਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰ			ਕਿਸੇ ਸੰਪੱਤੀ ਚ ਆਜੀਵਨ ਸੰਪੱਤੀ ਹਿੱਸਾ		
ਜਨਾਜ਼ਾ ਟ੍ਰਸਟ ਜਾਂ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ, ਬੀਮਾ, ਜਨਾਜ਼ਿਆਂ ਲਈ ਨਿਰਧਾਰਤ ਰਕਮ/ਸ਼ਮਸ਼ਾਨ ਲਈ ਰਕਮ ਪਲਾੱਟ, ਸਿੰਗਾਰਬਕਸ, ਜਾਂ ਜਨਾਜ਼ੇ ਸਬੰਧੀ ਚੀਜ਼ਾਂ			ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਬੀਮਾ		
			ਪਿੱਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਈ.ਬੀ.ਟੀ. ਨਕਦ ਬਕਾਇਆ		
ਆਮਦਨੀ ਕਰ ਵਾਪਸੀ			ਕੋਈ ਹੋਰ (ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ)		

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਸੰਸਾਧਨ	ਵਿਵਸਾਏ-ਸਬੰਧੀ	ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ	ਖਾਤਾ/ਪਾਲਸੀ ਸੰ.	ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ, ਆਦਿ	ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ				$
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ				$
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ				$

CA FS MC

B. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਰਕਮ, ਜਿਵੇਂ ਵਿਆਜ, ਡਿਵਿਡੈਂਡ, ਆਦਿ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਨਾਂ	ਰਕਮ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਭੁਗਤਾਨ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ	ਵਿਵਸਾਏ-ਸਬੰਧੀ
		$		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
		$		ਵਿਵਸਾਏ-ਸਬੰਧੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

MC

32 ਕੀ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ, ਕਲੀਨਿਕ, ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ ਕਿਸੇ ਇਹੋ ਜਿਹੀ ਸੰਪੱਤੀ ਲਈ ਕੋਈ ਜ਼ਮਾਨਤੀ ਸਮਝੌਤਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜ਼ਮਾਨਤ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਦਾਹਵਾ ਜਾਂ ਜ਼ਮਾਨਤੀ ਰਕਮ	ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਥਾਂ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ/ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਚਿਕਿਤਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਕਿਸਮ	ਪਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ
$			
$			

MC

33 A. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ ਕੋਈ <u>ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ</u> ਹੈ ਜਿਵੇਂ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

- ਨੌਨ-ਮੋਟਰਬੋਟਸ, ਕੈਂਪਰ ਸ਼ੈੱਲਸ, ਨੌਨ-ਮੋਟਰ ਟਰੇਲਰਸ।
- ਬੰਦੂਕਾਂ; ਉਪਕਰਨ; ਜਾਂ ਖੇਡ ਸਬੰਧੀ ਉਪਕਰਨ, ਆਦਿ।
- ਨਿੱਜੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਪਾਲਤੂ ਪਸ਼ੂ ਜਾਂ ਪਸ਼ੂਧਨ।
- ਗਹਿਣੇ, ਕਲਾ ਕਰਿਤੀਆਂ, ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਵਸਤੂਆਂ, ਸੰਗ੍ਰਹਿ, ਕੈਮਰੇ, ਸੰਗੀਤ ਵਾਦ (ਪਿਆਨੋ, ਗਿਟਾਰ, ਐਮਪਲੀਫ਼ਾਇਰਸ, ਆਦਿ)।

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ਵਿਆਹ ਅਤੇ ਕੁੜਮਾਈ ਦੀਆਂ ਮੁੰਦਰੀਆਂ ਜਾਂ ਜੱਦੀ ਜਾਇਦਾਦ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ। $100 ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਦੇ ਗਹਿਣੇ ਅਤੇ $500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਦੀ ਹਰ ਘਰੇਲੂ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਵਸਤੂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ।

ਆਈਟਮ	ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ	ਖਰੀਦ ਮੁੱਲ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ	ਆਈਟਮ	ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ	ਖਰੀਦ ਮੁੱਲ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$

MC

B. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਉਪਕਰਨਾਂ, ਇਨਵੈਂਟਰੀ ਅਤੇ ਸਮੱਗਰੀ, ਵਿਵਸਾਇਕ ਉਪਕਰਨ, ਪਸ਼ੂਧਨ, ਆਦਿ ਸਮੇਤ, ਕੋਈ <u>ਵਿਵਸਾਇਕ ਸੰਪੱਤੀ</u> ਹੈ? ਕੋਈ ਸਾਂਝੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ(ਆਂ) ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ ਸੰਪੱਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਆਈਟਮ	ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ	ਖਰੀਦ ਮੁੱਲ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ	ਆਈਟਮ	ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ	ਖਰੀਦ ਮੁੱਲ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ	ਭੁਗਤਾਨ ਰਕਮ
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$
	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	$	$

COUNTY USE ONLY

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned
Date _____
☐ Resource Verified: Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO
Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program
☐ Insignificant Value for 1931(b)
☐ Listed for sale (Specify):

☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)
CA $_____
FS $_____
MC $_____

CA MC FS (34) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਕੋਈ ਅਚੱਲ ਸੰਪੱਤੀ, ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਘਰ ਜਾਂ ਜ਼ਮੀਨ; ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ ਜਿਵੇਂ ਗੱਡੀਆਂ, ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ, ਕਨੂੰਨੀ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਬੀਮਾ ਸਬੰਧੀ ਸਮਝੌਤੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਹੋਰ, ਵੇਚੀ, ਖਰਚ, ਸੌਦੇਬਾਜ਼ੀ, ਸਥਾਨਾਂਤਰਤ, ਜਾਂ ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੈ?** (ਪਿੱਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਚ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਚ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ, ਅਤੇ ਪਿੱਛਲੇ 2 1/2 ਸਾਲ (30 ਮਹੀਨਿਆਂ) ਚ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਲਈ ਵੇਚੀ ਗਈ ਜਾਂ ਸੌਦੇ ਹੇਠ ਸੰਪੱਤੀ ਲਿੱਖੋ)। ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ ਕਿ ਕੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

COUNTY USE ONLY

Transfer of Assets:
- ☐ CA in last 12 months
- ☐ FS in last 3 months
- ☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
- ☐ Adequate Consideration
- ☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

CA MC (35) **ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵਾਹਨ ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ ਹੈ, ਉਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਪੰਜੀਕਰਨ 'ਤੇ ਉਸਦਾ ਨਾਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ: ਆੱਟੋਮੋਬਾਇਲ, ਮੋਟਰਸਾਇਕਲ, ਸਨੋਮੋਬਾਇਲ, ਮਨੋਰੰਜਕ ਵਾਹਨ, ਮੋਟਰਬੋਟ, ਆਦਿ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਚੱਲਣ ਦੀ ਹਾਲਤ 'ਚ ਨਾ ਹੋਵੇ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਹਰ ਵਾਹਨ ਲਈ ਤੱਥ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣਾ ਪੰਜੀਕਰਨ ਵੇਖੋ:

	ਵਾਹਨ (1)	ਵਾਹਨ (2)	ਵਾਹਨ (3)
ਵਾਹਨ ਦਾ/ਦੀ ਮਾਲਕ/ਮਾਲਕਨ			
ਵਾਹਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ			
ਸਾਲ/ਉਤਪਾਦਨ/ਮਾਡਲ			
ਲਾਇਸੈਂਸ ਨੰਬਰ			
ਅਨੁਮਾਨਤ ਮੁੱਲ	$	$	$
ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	$	$	$
ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਤੁਸੀਂ ਵਾਹਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿੰਜ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਹਰ ਆਈਟਮ ਤੇ (√) "ਹਾਂ" ਜਾਂ "ਨਹੀਂ" ਦੇ ਰੂਪ ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਘਰ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ						
ਕੰਮ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਿੱਕਸ਼ਣ ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭਣ ਜਾਣਾ						
ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਸਵੈ-ਦੇਖਭਾਲ, ਜਾਂ ਵਿਵਸਾਇਕ ਵਰਤੋਂ ਲਈ						
ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਅਪਾਹਜ ਸਦੱਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ						
ਪਰਵਾਰ ਲਈ ਈਂਧਣ ਜਾਂ ਪਾਣੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ						
ਸਿਰਫ ਮਨੋਰੰਜਨ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ						

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
- ☐ Verifications viewed
- ☐ Leased vehicle: ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
- ☐ Pickle Program: Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____ $ _____

(2) Date:_____ $ _____

(3) Date:_____ $ _____

COUNTY USE ONLY - VEHICLES

CASH AID	VEHICLE (1)	VEHICLE (2)	VEHICLE (3)
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value. ☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$_____	$_____
Less Encumbrances	$ _____	$_____	$_____
Net Value	$ _____	$_____	$_____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

CA FS **36** **A. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕੋਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਖਰਚੇ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਰਿਹਾਇਸ਼ ਖਰਚੇ	ਕੁੱਲ ਖਰਚ	ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ	ਪਰਵਾਰ/ਘਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਸਦੱਸ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਬਿਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
ਕਿਰਾਇਆ	$	$	$	
ਘਰ (ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ) ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ	$	$	$	
ਸੰਪੱਤੀ ਕਰ (ਜੇਕਰ ਘਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ)	$	$	$	
ਬੀਮਾ (ਜੇਕਰ ਘਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ)	$	$	$	
ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):	$	$	$	

CA FS **B. ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਸੰਪੂਰਨ ਜਾਂ ਆਂਸ਼ਕ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ?ਘਰ 'ਚ ਲਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਮਿੱਤਰ, ਕਿਸੇ ਕਿਰਾਇਆ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ, ਜਿਵੇਂ ਏਚ.ਯੂ.ਡੀ., ਧਾਰਾ 8, ਆਦਿ, ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਮੁੱਲ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਹਰ ਕੋਈ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਬਿਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
		$	
		$	

COUNTY USE ONLY

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

FS **37** **A. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕੋਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਖਰਚੇ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਖਾਨਿਆਂ ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਗੈਸ		ਕੂੜਾ ਜਾਂ ਟ੍ਰੈਸ਼	
ਬਿਜਲੀ		ਮਲ ਪਰਵਾਹ	
ਕੋਈ ਹੋਰ ਈਂਧਣ (ਜਿਵੇਂ ਪ੍ਰੋਪੇਨ, ਬਯੁਟੇਨ, ਲੱਕੜ, ਕੋਲਾ, ਆਦਿ)		ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ/ਸੰਚਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਸਾਧਨ, ਜਿਵੇਂ ਇੰਟਰਨੈੱਟ, ਆਦਿ।	
ਪਾਣੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ		ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):	

FS **B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤਾਪਨ ਜਾਂ ਸੀਤਲੀਕਰਨ ਲਈ ਗੈਸ, ਬਿਜਲੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਈਂਧਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਉਪਯੋਗੀ ਸੇਵਾ	ਤਾਪਨ ਜਾਂ ਸੀਤਲੀਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?
ਗੈਸ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਬਿਜਲੀ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਕੋਈ ਹੋਰ ਈਂਧਣ	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

Utility allowance
- ☐ SUA
- ☐ LUA
- ☐ TUA
- ☐ None allowed

FS **38** **ਆਪਣੇ ਲਈ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:**

ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਪਤਾ	ਫ਼ੋਨ
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **ਕੀ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੋਈ ਚਿਕਿਤਸੀ/ਗਰਭਅਵਸਥਾ-ਸਬੰਧੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਸੀ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਹੀਨੇ	ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨ		ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?	
		ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ

COUNTY USE ONLY

Retroactive Application
- ☐ Retro Only
- ☐ Retro and Cont.
- ☐ MC 210A

CA FS MC (40) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਅਕਤੀ	ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਦਾਵਾ ਸੰਖਿਆ	(√) ਮਹੀਨਿਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ			
		ਲਈ	ਚੈੱਕ 'ਚੋਂ ਕੱਟਿਆ ਗਿਆ	ਪੁੱਜਤ ਤੋਂ ਬਾਹਰ	ਕੋਈ ਹੋਰ
		ਭਾਗ A			
		ਭਾਗ B			
		ਭਾਗ A			
		ਭਾਗ B			

- ☐ MEDICARE referral
- FS: ☐ DFA 285-C
  Gross Premium $ _____
- ☐ QMB
- ☐ SLMB/QI
- ☐ QDWI

CA MC (41) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਸਿਹਤ, ਦੰਤੀ, ਨਜ਼ਰ, ਹਸਪਤਾਲ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਯੋਜਨਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕੈਸਰ, ਬਲੂ ਕ੍ਰੱਸ, ਚੈਮਪਸ, ਆਦਿ, ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਅਕਤੀ	ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕਿਸ਼ਤ ਦੀ ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
			$	
			$	

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO

- ☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਹਾਜ਼ਰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਤੋਂ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਕਿਸ਼ਤ ਦੀ ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
		$	
		$	

- ☐ DHS 6155

CA MC (43) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ ਜਾਂ ਪਿੱਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ 'ਚ ਉਹ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਅਕਤੀ	ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕਿਸ਼ਤ ਦੀ ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
			$	
			$	

- ☐ DHS 6155

CA MC (44) **ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੱਟ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਰਕੇ ਅਪਾਹਜਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਉਸਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ 'ਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਸਮੱਸਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਬਹਾਲੀ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ

- ☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ(ਦੇ) ਕੋਈ ਚਿਕਿਤਸੀ ਹਾਲਾਤ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀ(ਆਂ) ਹਨ ਜਿਸ(ਜਿਨ੍ਹਾਂ) ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਹਰ ਆਇਟਮ ਤੇ (√)"ਹਾਂ" ਜਾਂ "ਨਹੀਂ" ਦੇ ਰੂਪ ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਖਾਸ ਖੁਰਾਕ-ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ			ਉਪਯੋਗੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਅਤਿਅਧਿਕ ਵਰਤੋਂ		
ਯਾਤਾਯਾਤ ਸਬੰਧੀ ਖਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤ			ਖਾਸ ਲਾਂਡਰੀ ਸੇਵਾ		
ਖਾਸ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਉਪਕਰਨ			ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ):		
ਘਰੇਲੂ ਕੰਮ (ਘਰ ਚ ਕੋਈ ਉਹ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ)					

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

CA FS MC **B. ਕੀ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਦੱਸ ਵੱਲੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:

CA MC **C. ਕੀ ਕੋਈ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜੋ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸਦੇ ਚਿਕਿਤਸੀ ਖਰਚੇ ਹਨ (ਵੀਲਚੇਅਰ, ਆਦਿ), ਜੋ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ:

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਖਰਚੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਰਕਮ
		$
		$

- ☐ Receipts
- ☐ MC 272 ☐ MC 273
- ☐ IRWE (QMB and SGA)
- FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਨ-ਹੋਮ ਸਪੋਰਟਿਵ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (ਆਈ.ਏਚ.ਐੱਸ.ਐੱਸ.) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਨ?** ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਸੇਵਾ ਕਿਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?_____ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ? $ _____

CA (46) **ਕੀ ਪਰਵਾਰ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਅਜੀਬ ਹਾਲਾਤਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਭੁਚਾਲ, ਅੱਗ, ਜਾਂ ਹੜ੍ਹ, ਕਰਕੇ ਗੁਆਚੀਆਂ ਜਾਂ ਨਸ਼ਟ ਹੋਈਆਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਘਰੇਲੂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਖਾਸ ਜ਼ਰੂਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ?**
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

COUNTY USE ONLY

	YES	NO
Special Need Verified		
Eligible for Special Need		

CA FS (47) **ਕੀ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਹਿਰਾਸਤ ਜਾਂ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੈਦ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਤੋਂ ਬੱਚ ਜਾਂ ਨੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?**
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਦੱਸੋ:

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

CA FS (48) **ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਬੰਧ ਚ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਈ ਗਈ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 49 ਤੇ ਜਾਓ।**

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

FS convictions after 8/22/96
CW convictions after 1/1/98

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਨਾਂ ਦੱਸੋ:_____ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਉਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:_____।

ਕੀ ਉਹ ਸਜ਼ਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਲਈ ਸੀ:

- ਇਸ ਰਾਜ ਚ ਕੋਈ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਲਿਆਉਣਾ, ਆਯਾਤ ਕਰਨਾ, ਵੇਚਣਾ, ਖਵਾਉਣਾ, ਦੇਣਾ, ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਕਬਜ਼ੇ ਹੇਠ ਰਕ੍ਖਣਾ, ਵਿਕਰੀ ਲਈ ਖਰੀਦਣਾ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਉਤਪਾਦਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੱਗਰੀ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਚਰਸ ਦੀ ਖੇਤੀ ਕਰਨਾ, ਫ਼ਸਲ ਕੱਟਣਾ ਜਾਂ ਸੰਸਾਧਤ ਕਰਨਾ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
- ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਕਿਰਿਆ ਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨਾਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਰਨਾ, ਭੁਸਲਾਉਣਾ, ਧਿਆਨ ਖਿੱਚਣਾ ਜਾਂ ਧਮਕਾਉਣਾ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

Qualifying Drug Felon?
☐ Yes ☐ No

Meets felony conditions of eligibility?
☐ Yes ☐ No

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੇ:

a) ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦਾ ਕੋਈ ਸਰਕਾਰੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

b) ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਚ ਹਿੱਸਾ ਲਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

c) ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਚ ਦਾਖਲਾ ਲਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

d) ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਲਈ ਪਰਤੀਖਿਆ ਸੂਚੀ ਚ ਰਕ੍ਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

e) ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:_____

CA MC (49) **ਹੇਠ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨਗੇ। ਹਰ ਆਈਟਮ ਤੇ (√) "ਹਾਂ" ਜਾਂ "ਨਹੀਂ" ਦੇ ਰੂਪ ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।**

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
A. ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਯੋਗ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਅਪਾਹਜਤਾ ਰੋਕਥਾਮ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ (ਸੀ.ਏਚ.ਡੀ.ਪੀ.) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਰਕ੍ਖਿਆ ਕਰਨ ਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
• ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੀ.ਏਚ.ਡੀ.ਪੀ. ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?			☐ CHDP Referral
• ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੀ.ਏਚ.ਡੀ.ਪੀ. ਦੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?			☐ Social Services Referral (MCO)
• ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੀ.ਏਚ.ਡੀ.ਪੀ. ਦੀਆਂ ਦੰਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?			
• ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੀ.ਏਚ.ਡੀ.ਪੀ. ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਨੀਯਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉੱਥੇ ਜਾਣ ਲਈ ਯਾਤਾਯਾਤ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?			
B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?			☐ Referred for Immuniz.
C. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਲੱਭਣ, ਸਿਹਤਮੰਦ ਭੋਜਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਕੰਮ ਲਈ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਦਦ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਤਨਪਾਨ ਕਰਾ ਰਹੇ ਹੋ?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿੱਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਜਨਮ ਦਿੱਤਾ ਹੈ?			
ਜੇਕਰ (49) ਸੀ. ਜਾਂ ਡੀ. ਲਈ ਤੁਸੀਂ "ਹਾਂ" ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵਿਮੈਨ, ਇਨਫ਼ੈਂਟਸ ਐਂਡ ਚਿੱਲਡ੍ਰਨ (ਡਬਲਯੂ.ਆਈ.ਸੀ.) ਲਈ ਸਪੈਸ਼ਲ ਸੱਪਲੀਮੈਂਟਲ ਫ਼ੂਡ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਮ ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।			☐ WIC referral
E. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਅਨਿਯੋਜਤ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਗਲਾ ਬੱਚਾ ਜੰਮਣ ਲਈ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਪਰਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਸਬੰਧੀ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਘੱਟ-ਕੀਮਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਨਿਯਮਿਤ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜਾਂ, ਪਰਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਦੇ ਗੁਪਤ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਦੇ ਤੱਥਾਂ ਅਤੇ ਥਾਂ ਲਈ, 1-800-942-1054 ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਫ਼ਾਇਦੇ ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਸਬੰਧੀ ਤੱਥਾਂ ਸਮੇਤ, ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤੱਥਾਂ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਸਥਾਨਕ, ਰਾਜਕੀ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਮਾਲਕ, ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪਰਸ਼ਾਸਨ, ਟੈਕਸ, ਕਲਿਆਣ ਅਤੇ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਸਕੂਲ 'ਚ ਹਾਜ਼ਰੀ, ਆਦਿ, ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਲਈ, ਗਰਿਫ਼ਤਾਰੀ ਦੇ ਵਾਰੰਟਾਂ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਫ਼ਾਇਦੇ ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਸਬੰਧੀ ਤੱਥਾਂ ਸਮੇਤ, ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ, ਰਾਜਕੀ, ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਗਲਤ ਤੱਥ ਦੇਣ 'ਤੇ, ਮੇਰੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ, ਅਤੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਮੇਰੇ ਦਾਹਵੇ ਦਾ ਚੁਣਾਵ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ, ਗੁਣਵੱਤਾ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਸਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਸਮੀਖਿਆ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਪੜਚੋਲ ਜਾਂ ਸਮੀਖਿਆ 'ਚ ਮੈਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ, ਰਾਜਕੀ, ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।
- ਆਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਸਿਟਿਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਐਂਡ ਇਮਿਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (ਯੂ.ਐੱਸ.ਸੀ.ਆਈ.ਐੱਸ.) (ਪਹਿਲਾਂ ਆਈ.ਐੱਨ.ਐੱਸ.) ਨੂੰ ਤੱਥ ਭੇਜੇਗੀ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਯੂ.ਐੱਸ.ਸੀ.ਆਈ.ਐੱਸ. ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਤੱਥ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਮੈਂ (ਏ.) ਇੱਕ ਕਨੂੰਨੀ ਸਥਾਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ (ਐੱਲ. ਪੀ.ਆਰ.) <u>ਨਹੀਂ</u> ਹਾਂ, (ਬੀ.) ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ ਆਈ.-688 ਵਾਲਾ/ਵਾਲੀ ਖਿਮਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਜਾਂ (ਸੀ.) ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਬਾਣੇ ਹੇਠ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ (ਪ੍ਰੂਕੌਲ) ਹੇਠ ਯੁਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ 'ਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ/ਵਾਲੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ <u>ਨਹੀਂ</u> ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਯੂ.ਐੱਸ.ਸੀ.ਆਈ.ਐੱਸ. ਨੂੰ ਤੱਥ ਨਹੀਂ ਭੇਜੇਗੀ।
- ਕੋਈ ਸ਼ੁਲਕ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਹੋਣ 'ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਉਪਲਬਧ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰਕ੍ਖਣਾ ਪਵੇਗਾ; ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਇੰਜ ਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੇਰੇ ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਸਦੱਸਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਇਹੋ ਜਿਹੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਪਸ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਜੋ ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਸੀ।
- ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਰਵਾਰ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕੋਈ ਸਦੱਸ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਬਾਹਰ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ), ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਦੱਸ ਦੇ ਪ੍ਰਯੋਜਕ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਯੋਗ ਸੰਸਥਾ 'ਚ ਨਿਵਾਸੀਆਂ ਦੇ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਜੋ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਸਨ।
- ਮੇਰੇ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ, ਜੋ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਹਿਰਾਸਤ ਜਾਂ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੈਦ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਤੋਂ ਬੱਚ ਜਾਂ ਨੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।
- ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਜਿਸਨੂੰ 22 ਅਗਸਤ 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਕਬਜ਼ੇ ਹੇਠ ਰਕ੍ਖਣ, ਵਰਤਣ, ਉਤਪਾਦਨ, ਵਿਕਰੀ, ਵਿਤਰਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ, ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਗੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਗਤੀਵਿਧੀ, ਜਾਂ ਚਰਸ ਦੀ ਫ਼ਸਲ ਕੱਟਣ, ਉਸਦੀ ਖੇਤੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਸੰਸਾਧਤ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਕਿਰਿਆਵਾਂ 'ਚ ਕਿਸੇ ਨਾਬਾਲਗ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਈ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।
- ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਲਈ, ਕਾਉਂਟੀ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਅਤੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕੁਝ ਖਾਸ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀਆਂ ਉਂਗਲੀਆਂ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਅਤੇ ਚਿੱਤਰ ਲਏ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਸਭ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂਨੂੰ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਰਾਦਤਨ ਗਲਤ ਤੱਥ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ, ਅਤੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਪਰਭਾਵਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੱਥਾਂ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਅਯੋਗ ਘੋਸ਼ਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਲਿਆਣ ਸਬੰਧੀ ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਲਈ
ਜੁਰਮਾਨਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ:

- ਜੇਕਰ ਇਰਾਦਤਨ ਮੈਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਸਬੰਧੀ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ $10,000 ਤਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ 3 ਸਾਲ_ ਲਈ ਜੇਲ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ/ਕੈਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:
  - ਸਭ ਤੱਥਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਦੇਣ ਜਾਂ ਗਲਤ ਤੱਥ ਦੇਣ ਲਈ: ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 6 ਮਹੀਨੇ, ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 12 ਮਹੀਨੇ, ਜਾਂ ਤੀਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ; ਅਤੇ ਰਿਫਯੂਜੀ ਕੈਸ਼ ਅਸਿੱਸਟੈਂਸ ਲਈ, ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਅਤੇ ਬਾਅਦ 'ਚ ਕਦੇ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 6 ਮਹੀਨੇ।
  - ਇੱਕ ਵਾਰ 'ਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਾਮਲਿਆਂ 'ਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਦੇਣ ਲਈ: ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਸਜ਼ਾ ਹੋਣ 'ਤੇ 2 ਸਾਲ, ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਸਜ਼ਾ ਹੋਣ 'ਤੇ 4 ਸਾਲ, ਜਾਂ ਤੀਜੀ ਵਾਰ ਸਜ਼ਾ ਹੋਣ 'ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ।
  - ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਗੀਨ ਚੋਰੀਆਂ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਲਈ: $2,000 ਤੋਂ ਘੱਟ ਰਕਮ ਦੀ ਚੋਰੀ ਲਈ 2 ਸਾਲ; $2000 ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ $4999.99 ਦੀ ਰਕਮ ਲਈ 5 ਸਾਲ; ਅਤੇ $5000 ਜਾਂ ਵੱਧ ਦੀ ਰਕਮ ਲਈ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ।
  - ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਕਾਉਂਟੀਆਂ ਜਾਂ ਰਾਜਾਂ 'ਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਨਕਲੀ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇਣ ਲਈ; ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਯੋਗ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ, ਜੋ ਮੌਜੂਦ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਬਾਰੇ ਗਲਤ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇਣ ਲਈ; ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਰਾਹੀਂ ਨਕਦ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ 'ਚ $10,000 ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ; ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ ਜਾਂ ਪਰਸ਼ਾਸਨਕ ਸੁਣਵਾਈ 'ਚ ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਲਈ ਤੀਜੀ ਵਾਰ ਸਜ਼ਾ ਸੁਣਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ:ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ।

ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਲਈ:

- ਜੇਕਰ ਇਰਾਦਤਨ ਮੈਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਸਬੰਧੀ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ, ਤਾਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 12 ਮਹੀਨੇ, ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 24 ਮਹੀਨੇ, ਅਤੇ ਤੀਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਮੇਰੀਆਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ। ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ $250,000 ਤਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ 20 ਸਾਲ ਲਈ ਜੇਲ੍ਹ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ/ਕੈਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ 'ਚ ਮੈਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਾਰਨਾਂ ਵਜੋਂ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:
  - ਹਥਿਆਰਾਂ, ਬਾਰੂਦ ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ ਮੈਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਜਾਂ ਵਿਕਰੀ ਕੀਤੀ ਸੀ, ਇਸਲਈ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਮੇਰੀਆਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਬੰਦ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
  - ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਮੈਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਜਾਂ ਵਿਕਰੀ ਕੀਤੀ ਸੀ, ਇਸਲਈ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ 24 ਮਹੀਨੇ ਅਤੇ ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਮੇਰੀਆਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਬੰਦ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
  - ਮੈਂ $500 ਜਾਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਦੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਜਾਂ ਵਿਕਰੀ ਕੀਤੀ ਸੀ, ਮੇਰੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਫ਼ਾਇਦੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
  - ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਮੈਂ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਪਛਾਣ ਜਾਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਸਬੰਧੀ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ, ਇਸਲਈ ਮੇਰੇ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਫ਼ਾਇਦੇ 10 ਸਾਲ ਲਈ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਯੁਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਆੱਫ਼ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਦੇ ਕਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਹੇਠ ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਇਸ ਕਥਨ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚ, ਸਹੀ, ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ (ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਮੈਡੀ-ਕਲ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ ਦਾ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ)			ਮਿਤੀ
ਹਸਤਾਖਰ (ਜੇਕਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਹੀ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ)	ਮਿਤੀ	ਚਿੰਨ੍ਹ ਦੇ ਗਵਾਹ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ/ਲਾਭਾਰਥੀ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	ਮਿਤੀ

COUNTY USE ONLY

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/ Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE