



درخواست مزایای CALFRESH

در صورتیکه ناتوانی دارید و یا برای پر کردن این تقاضانامه به کمک احتیاج دارید، اداره رفاه کانتی (کانتی) را در جریان بگذارید تا یک نفر به شما کمک کند.

در صورتیکه ترجیح می دهید به زبان دیگری جز انگلیسی صحبت کنید، بخوانید یا بنویسید، کانتی بدون هزینه شخصی را برای کمک به شما معرفی می کند.

چگونه باید تقاضا بدهم؟

این تقاضانامه را وقتی به کار ببرید که تنها برای مزایای CalFresh درخواست داده اید. CalFresh یک برنامه کمک در خصوص مواد غذایی برای کمک به شما در زمینه هزینه خرید غذا برای خانوار است. اگر شما می خواهید برای برنامه هایی غیر از CalFresh درخواست دهید، مانند CalWORKs یا Medi-cal، لطفاً یک تقاضانامه برای درخواست سایر برنامه ها تقاضا کنید. شما می توانید به صورت آنلاین از طریق <http://www.benefitscal.org/> برای CalFresh یا سایر برنامه ها درخواست دهید. می توانید با رفتن به <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> چک کنید که آیا واجد شرایط هستید.

- در صورت امکان، تمام فرم تقاضانامه را پر کنید. شما باید حداقل نام، آدرس و امضای خود را (سوال 1 در صفحه 1) را به کانتی بدهید تا پروسه درخواست شروع شود.
- تقاضانامه را به صورت شخصی، با پست کردن، با فکس و یا به صورت آنلاین به کانتی بدهید.
- روزی که کانتی تقاضانامه امضا شده شما را دریافت کند زمان پاسخ به شما برای اینکه آیا می توانید از مزایا بهره مند شوید یا خیر آغاز می شود. در صورتیکه شما در یک موسسه بسر می برید، این تاریخ از زمانی آغاز می شود که شما این موسسه را ترک کنید.

در ادامه چه کاری باید انجام دهم؟

- قبل از امضای تقاضانامه، حقوق و وظایف خود مطالعه کنید (قوانین برنامه صفحه 1 تا 3).
- شما باید در مورد تقاضانامه خود با کانتی مصاحبه داشته باشید. اکثر مصاحبه ها به صورتی تلفنی انجام می شوند، ولی می تواند به صورت حضوری در دفتر کانتی یا سایر مکان هایی که به وسیله کانتی هماهنگ شده اند، انجام شود. در صورتیکه یک ناتوانی دارید، می توان ترتیب دیگری داد.
- در صورتیکه همه قسمت های فرم تقاضانامه را پر نکنید، می توانید در هنگام مصاحبه آن را تکمیل کنید.
- باید مدارک درآمد و هزینه ها و شرایط دیگر را ارائه کنید تا واجد شرایط بودن شما ثابت شود.

این پروسه چه مدت زمانی طول می کشد؟

ممکن است بررسی تقاضای شما تا 30 روز طول بکشد. شما ممکن است بتوانید مزایا را طی 3 روز تقویمی دریافت کنید، اگر:

- درآمد ناخالص ماهانه خانوار (درآمد قبل از کسورات) کمتر از \$150 باشد و اندوخته نقدی یا در حسابهای پس انداز یا جاری بانکی \$100 و یا کمتر باشد؛ یا
- هزینه های مسکن خانوار (اجاره بها/ وام مسکن و آب و برق) بیش از درآمد ناخالص ماهیانه و اندوخته نقدی یا در حساب های پس انداز یا جاری بانکی باشد؛ یا
- شما یک مهاجر یا کارگر فصلی هستید که در حساب پس انداز یا جاری خود کمتر از \$100 اندوخته دارید و (1) درآمد شما متوقف شده، یا (2) درآمد شما آغاز شده اما انتظار دریافت مبلغی بیش از \$25 در 10 روز آینده ندارید.

جهت کمک به کانتی برای مشخص ساختن اینکه آیا می توانید ظرف سه روز مزایا را دریافت کنید، لطفاً به سوالات 1، 6 تا 8، 11، و 16 پاسخ دهید و مدرک شناسایی خود را (اگر دارید) به همراه تقاضانامه به کانتی تحویل دهید.

کانتی نامه ای برای شما می فرستد تا بدانید که آیا خانوار شما جهت دریافت مزایای CalFresh تأیید یا رد شده است.

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

به چه چیزهایی برای مصاحبه احتیاج دارم؟

جهت جلوگیری از تاخیر، مدارک زیر را با خود به مصاحبه بیاورید. حتی در صورتیکه مدارک را ندارید در مصاحبه شرکت کنید. کانتی ممکن است بتواند به شما در گرفتن مدارک لازم کمک کند. طی مصاحبه، کانتی اطلاعات شما در فرم درخواست را مرور کرده و از شما سوالهایی می پرسد تا مشخص شود که آیا شما می توانید مزایای CalFresh را دریافت کنید و میزان آن چقدر است.

مدارکی که برای گرفتن مزایای CalFresh بیشتر مورد نیاز هستند

مدارک لازم برای دریافت مزایا

- مدارک شناسائی (گواهینامه رانندگی، کارت شناسائی ایالتی، پاسپورت).
- جایی که شما زندگی می کنید (قرارداد اجاره، صورتحساب فعلی با آدرس ذکر شده).
- شماره های سوشال سکيوریتی (نکته زیر را در مورد برخی افراد غیر سیتیزن در نظر بگیرید).
- پول موجود در بانک برای تمام اعضای خانوار شما (صورتحساب های بانکی اخیر).
- درآمد کسب شده تمام اعضای خانوار در 30 روز گذشته (فیش های حقوق اخیر، نامه های کاری از یک کارفرما). **نکته:** اگر خود اشتغال هستید، سوابق درآمد و مخارج یا سوابق مالیاتی.
- درآمدهای کسب نشده (مزایای بیکاری، SSI، سوشال سکيوریتی، مزایای بازنشستگان نیروهای مسلح، حمایت از کودک، غرامت کارگران، کمک های مالی مدرسه یا وام، درآمد اجاره، و غیره).
- وضعیت مهاجرت قانونی **تنها** برای غیر سیتیزن هائی که برای مزایا اقدام کرده اند (کارت ثبت نام اتباع خارجی، ویزا).
- **نکته:** برخی غیر سیتیزن ها که در حال ارائه تقاضا براساس خشونت خانگی، تعقیب جنایی یا قاچاق هستند نیازی به این مدارک ندارند. این گروه همچنین نیاز به شماره سوشال سکيوریتی ندارند.

چگونه می توانم مزایای CalFresh دریافت کرده/از آنها استفاده کنم؟

- کانتی یک کارت الکترونیکی پلاستیکی انتقال مزایا (EBT) برای شما پست می کند و یا آن را به طور مستقیم در اختیارتان قرار میدهد. زمانی که تقاضانامه شما تایید شد مزایا به کارت شما ریخته می شود. بعد از اینکه کارتان را دریافت کردید آن را امضا کنید. شما یک کد شناسایی شخصی (PIN) جهت استفاده از کارت خود تعریف می کنید.
- اگر کارت EBT شما گم شد، دزدیده شد، خراب شد، یا شما فکر کردید که ممکن است فردی کد PIN شما را بداند که شما نخواهید از مزایای شما استفاده کند به شماره 328-9677 (877) زنگ بزنید یا فوراً با کانتی تماس بگیرید. مطمئن شوید که همه بزرگسالان مسئول و نمایندگان مجازتان نیز از چگونگی گزارش فوری یکی از این مشکلات باخبرند. اگر شما گزارش نداده اید که شخصی که شما نمی خواهید مزایای شما را خرج کند، کد PIN شما را دارد و شما کد PIN خود را تغییر نداده اید، مزایای استفاده شده قابل برگشت نیست.
- می توانید از مزایای CalFresh برای خرید تقریباً انواع غذاها و همچنین بذرها و گیاهانی که با آن می توان غذای خود را تهیه کرد استفاده کنید. شما نمی توانید با آن الکل، تنباکو، غذای حیوانات، برخی از غذاهای آماده و یا مواد غیرخوراکی (مانند خمیردندان، صابون یا حوله کاغذی) خرید.
- مزایای CalFresh در اکثر فروشگاه های مواد غذایی یا مکان هایی که در آن غذا می فروشند پذیرفته می شود. برای دریافت اطلاعات در مورد مکانهایی که نزدیک شما هستند و کارت EBT را می پذیرند، به وبسایت های زیر سر بزنید. <https://www.ebt.ca.gov> یا <https://www.snapfresh.org>.
- مزایای CalFresh **تنها** برای شما و اعضای خانواده تان است. مزایای خود را در محلی امن نگه دارید. کد PIN خود را به کسی ندهید. کد PIN خود را در کنار کارت EBT نگهداری نکنید.

در صورتیکه بی خانمان باشم چه اقداماتی لازم است؟

لطفاً در صورتیکه بی خانمان هستید سریعاً به کانتی اطلاع دهید تا به شما کمک کنند و آدرسی را برای پذیرش تقاضانامه و دریافت اطلاعاتی در این مورد از کانتی اختصاص دهید. برای CalFresh، بی خانمان بودن یعنی شما:

- A. در پناهگاهی تحت نظارت، اقامت گاه های موقت، یا محل مشابه سکونت دارید.
- B. ساکن شدن در منزل شخص دیگری یا یکی از بستگان برای مدتی که بیشتر از 90 روز نیست.
- C. خوابیدن در مکانی که برای آن طراحی نشده است، یا به طور معمول به عنوان مکانی برای خواب به کار نمی رود (مانند راهرو، ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکان های مشابه).

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

شما مسئولید که:

- تمام اطلاعات لازم برای تعیین صلاحیت خود را در اختیار کانتی قرار دهید.
- مدارک و شواهد لازم برای اطلاعاتی که در دست دارید را در مواقع نیاز به کانتی ارائه دهید.
- تغییرات را همانطور که لازم است گزارش دهید. کانتی، اطلاعات لازم در مورد محتوا، زمان ونحوه گزارش را در اختیار شما قرار می دهد. اگر شما الزامات گزارش دهی خانوار خود را رعایت نکنید پرونده شما بسته خواهد شد یا مزایای CalFresh کم شده یا قطع خواهد شد.
- به دنبال یک شغل باشید یا آن را حفظ کنید و یا در فعالیت های دیگری شرکت کنید، اگر کانتی آن را امری ضروری در مورد وضعیت شما می داند.
- اگر پرونده شما برای بازنگری و بررسی انتخاب شده تا صلاحیت شما و سطح بهره مندیتان از مزایا به خوبی تعیین شود، سعی کنید که همکاری کاملی را با کانتی، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظرها منجر به کاهش مزایای شما می گردد.
- هرگونه مزایای CalFresh را که واجد شرایط دریافت آنها نبوده اید، بازگردانید.

شما حق دارید که:

- تقاضانامه ای را برای دریافت CalFresh تنها با ذکر نام، آدرس و امضایتان به ما تحویل دهید.
- در مواقع نیاز می توانید مترجمی شفاهی را که به طور رایگان توسط ایالت تعیین شده به کار گیرید.
- اطلاعات منتقل شده به کانتی محرمانه حفظ شوند، مگر اینکه مستقیماً به اجرای برنامه های کانتی مرتبط باشند.
- قبل از زمان تعیین صلاحیت توسط کانتی از تقاضای خود انصراف دهید.
- برای پر کردن درخواست برای CalFresh کمک بخواهید و شرحی از مقررات و قوانین را دریافت نمایید.
- جهت تحویل مدارکی که ضروری هستند کمک بگیرید.
- با حسن نیت، توجه و احترام با شما رفتار شود و مورد تبعیض قرار نگیرید.
- اگر واجد شرایط استفاده از خدمات فوری هستید طی 3 روز از مزایای CalFresh برخوردار شوید.
- پس از دادن درخواست در مدت زمان معقولی توسط کانتی مصاحبه شوید و صلاحیت شما ظرف مدت 30 روز تعیین گردد.
- حداقل 10 روز برای دادن مدارک لازم جهت تعیین صلاحیت به کانتی فرصت داشته باشید.
- دست کم 10 روز قبل از اینکه بخش مزایای CalFresh را کاهش دهد یا متوقف کند ابلاغی کتبی دریافت کنید.
- مسئله خود را با کانتی مورد بحث قرار داده و هر موقع درخواست کردید، پرونده شما مورد بررسی قرار گیرد.
- در مواردی که در مورد پرونده CalFresh با کانتی موافق نیستید در طی 90 روز درخواست دادرسی ایالتی بدهید. اگر شما پیش از اینکه گام جدیدی در مزایای CalFresh شما برداشته شود تقاضای دادرسی کنید، مزایای CalFresh تا زمان دادرسی و یا اواخر دوره صلاحیت (هر کدام که نزدیک تر است) تغییر نخواهد کرد. می توانید از کانتی بخواهید که تا مدتی پس از دادرسی تغییری را در مزایای شما اعمال کند تا مجبور نشوید مزایای اضافه پرداختی را پس بدهید. اگر قاضی دیوان اداری به نفع شما رای دهد، کانتی تمامی مزایای قطع شده را به شما بر می گرداند.
- می توانید در رابطه با حقوق دادرسی تان و یا ارجاعی به کمک های حقوقی با شماره تلفن های رایگان **1-800-952-5253** و یا با شماره مخصوص TDD، به شماره **1-800-952-8349** تماس حاصل کنید. شما همچنین می توانید کمک های حقوقی رایگانی را از پایگاه های کمک های حقوقی محلی و دفاتر حقوق رفاهی دریافت کنید.
- اگر نمی خواهید در روز دادرسی تنها حاضر شوید دوست یا فرد دیگری را همراه خود بیاورید.
- برای ثبت نام رای گیری از کانتی کمک بخواهید.
- حتی آن دسته از تغییراتی را که ملزم به گزارش آنها نیستید ولی به افزایش مزایای CalFresh می انجامد، گزارش دهید.
- مدارکی را در رابطه با هزینه های خانواده تان که ممکن است شانس برخورداری از مزایای بیشتر CalFresh را برای شما مهیا کند ارائه دهید. عدم ارائه مدارک به کانتی در حکم این است که چنین مخارجی را بر عهده ندارید و در نتیجه مزایای بیشتر CalFresh دیگر به شما تعلق نمی گیرد.
- اگر خواستید فرد دیگری از مزایای CalFresh خانواده تان استفاده کند و یا در این مورد به شما کمک نماید (نماینده مجاز) حتماً به کانتی اطلاع دهید.

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

قوانین و مجازات های برنامه

اگر اطلاعاتی دروغین یا غلط را ارائه دهید و یا از روی عمد و برای به دست آوردن مزایای CalFresh، که واجد شرایط دریافت آن نیستید و یا عدم ارائه اطلاعات کامل و کمک به فرد دیگری برای دستیابی به این مزایا که واجد شرایط دریافت آن نیست، متخلف محسوب می شوید. شما باید هرگونه مزایای دریافتی را که واجد شرایط استفاده از آن نبودید پس بدهید.

من تایید می کنم که اگر...	من ممکن است...
<ul style="list-style-type: none"> تخلفی عمدی را در رابطه با این برنامه به یکی از روش های زیر مرتکب شوم: مخفی کردن اطلاعات یا ارائه اظهارات دروغین استفاده از کارتهای الکترونیکی انتقال مزایا (EBT) دیگران و یا اجازه استفاده آن را به افراد دیگر دادن استفاده از مزایای CalFresh برای خرید الکل یا تنباکو معامله، فروش یا بخشیدن مزایای CalFresh یا کارت های EBT 	<ul style="list-style-type: none"> برای ارتکاب اولین تخلف 12 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم برای ارتکاب دومین تخلف 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم برای ارتکاب سومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم به میزان \$250,000 جریمه شوم، بیش از 20 سال محکوم به حبس شوم و یا هر دوی آنها
<ul style="list-style-type: none"> مزایای CalFresh را برای مواد کنترل شده ای نظیر مواد مخدر معامله کنم به منظور دریافت مزایای مازاد CalFresh اطلاعات دروغینی را راجع به هویت و محل زندگی خود ارائه دهم به معامله یا فروش مزایای CalFresh به ارزش بیش از \$500 و یا معامله مزایای CalFresh برای اسلحه، مهمات و مواد منفجره محکوم شوم 	<ul style="list-style-type: none"> برای ارتکاب اولین تخلف به مدت 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم برای ارتکاب دومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم. برای ارتکاب هر تخلف به مدت 10 سال از مزایای CalFresh محروم شوم
<ul style="list-style-type: none"> به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم 	<ul style="list-style-type: none"> به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم

اطلاعات مهم برای غیر سیتیزن ها

- شما می توانید برای دریافت مزایای CalFresh برای افراد واجد شرایط درخواست دهید، حتی اگر تمامی اعضای خانواده تان واجد شرایط استفاده از آن نباشند. برای مثال، والدین مهاجر می توانند برای دریافت مزایای CalFresh یا برای فرزندان سیتیزین یا مهاجر واجد شرایط خود، گرچه والدین آنها واجد شرایط نباشند، درخواست دهند.
- دریافت کمک های غذایی هیچ تاثیری در وضعیت مهاجرت شما و یا خانواده تان برجای نمی گذارد. اطلاعات مهاجرتی کاملاً خصوصی و محرمانه است.
- وضعیت مهاجرت افراد غیر سیتیزینی که صلاحیت استفاده از مزایا را دارند و برای آن تقاضا داده اند توسط سازمان سیتیزین شیب و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) مورد بررسی قرار می گیرد. قانون فدرال می گوید که USCIS به جز در موارد مربوط به تخلف نمی تواند از این اطلاعات استفاده کند.

کناره گیری و انصراف

شما لازم نیست هیچگونه اطلاعات، شماره سوشال سکيوریتی و یا مدارک مربوط به آن دسته از اعضای خانواده غیر سیتیزین که درخواست دریافت مزایای CalFresh نداده اند را ارائه کنید. کانتی باید به طور کامل از درآمد و منابع آنها مطلع شود تا مزایای خانواده شما را به درستی تعیین کند. کانتی در رابطه با افرادی که برای دریافت مزایای CalFresh درخواست نداده اند با USCIS ارتباطی برقرار نمی کند.

کاربرد شماره های سوشال سکيوریتی (SSN)

هر کس که برای دریافت مزایای CalFresh درخواست داده است باید در صورت داشتن SSN آن را ارائه دهد یا مدارکی را مبنی بر اینکه برای گرفتن SSN درخواست داده است عرضه کند (مانند نامه ای از اداره سوشال سکيوریتی). کانتی می تواند از دادن مزایای CalFresh به شما یا هر یک از اعضای خانواده که SSN را به ما ارائه نداده اند چشم پوشی کند. برخی از افراد مانند قربانیان تجاوزهای خانگی، شهود دادستانی جرم و جنایت و قربانیان قاچاق لازم نیست SSN ارائه دهند.

صدور بیش از حد

این بدان معناست که شما بیش از اندازه لازم مزایای CalFresh دریافت کرده اید. شما باید حتماً این مبلغ را بازگردانید حتی اگر کانتی اشتباه کرده باشد و یا این اقدام ناخواسته باشد. مزایای شما احتمالاً کاهش می یابد یا متوقف می شود. SSN شما ممکن است در وصول مزایای مقروض از طریق دادگاه، دیگر سازمانهای مسئول این جمع آوری و اقدامات وصولی دولت فدرال به کار رود.

گزارش دهی

هر کدام از اعضای خانواده که از مزایای CalFresh برخوردارند باید برخی تغییرات را گزارش دهند. بخش شما را از محتوای گزارش ها راجع به تغییرات، چگونگی و زمان آن مطلع خواهد کرد. عدم گزارش تغییرات منجر به کاهش مزایای CalFresh یا متوقف شدن آن می گردد. همچنین شما می توانید چیزهایی را که باعث افزایش مزایای شما می گردد مانند دریافت درآمد کمتر گزارش کنید.

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

دادرسی ایالتی

شما می توانید درخواست جلسه دادرسی ایالتی دهید اگر با هیچیک از اقداماتی که در راستای تقاضای شما و یا مزایای در حال جریان شکل می گیرد موافق نیستید. شما می توانید در مدت زمانی 90 روزه درمورد عملکرد کانتی تقاضای دادرسی ایالتی دهید و باید علت آن را نیز بیان کنید. اعلامیه تأیید یا رد شدن که از کانتی دریافت می کنید اطلاعاتی در مورد چگونگی درخواست دادن برای دادرسی ایالتی ارائه خواهد کرد. اگر پیش از اینکه جریانی اتفاق بیفتد تقاضای دادرسی کنید، می توانید میزان مزایای CalFresh را تا زمانی که رای و تصمیمی صادر نشده ثابت نگه دارید.

عدم تبعیض

این رویه و سیاست ایالت و کانتی است که با همه افراد رفتاری برابر، احترام آمیز و در خور شأن آنها داشته باشد. با توجه به قوانین فدرال و خط مشی وزارت کشاورزی آمریکا (USDA) هرگونه تبعیض مربوط به نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، جنسیت، سن، مذهب، عقاید سیاسی یا از کارافتادگی ها به شدت ممنوع است.

برای تشکیل پرونده در مورد شکایتی مبنی بر تبعیض، یا با مشاور حقوق مدنی کانتی محل زندگیتان تماس بگیرید و یا با USDA و اداره سوشال سکيوریتی کالیفرنیا (CDSS) مکاتبه نمایید یا تماس بگیرید.

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (تماس رایگان)

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
TDD و صدا 1-202-720-5964

USDA یک کارفرمای ارائه دهنده فرصت های برابر است.

قانون حفظ حریم خصوصی و افشا

شما اطلاعات شخصی خود را در تقاضانامه درج می کنید. کانتی از این اطلاعات برای بررسی صلاحیت شما در دریافت این مزایا استفاده می کند. اگر شما این اطلاعات را در اختیار کانتی نگذارید ممکن است تقاضای شما را رد کنند. شما اجازه این را دارید که به بازنگری، تغییر یا اصلاح هر اطلاعاتی که در اختیار کانتی قرار داده اید بپردازید. کانتی اطلاعات شما را به دیگران نشان نداده و در اختیارشان قرار نمی دهد، مگر اینکه شما، یا قوانین فدرال یا ایالتی به آنها چنین اجازه ای را داده باشد. کانتی این اطلاعات را از طریق برنامه های تطبیقی کامپیوتری مانند سیستم بررسی صحت درآمد و عایدات (IEVS) بررسی می کند. این اطلاعات به منظور بررسی رعایت شدن مقررات برنامه و در راستای مدیریت برنامه استفاده می شود. کانتی ممکن است به تبادل این اطلاعات با نهادهای ایالتی و فدرال به منظور بررسی رسمی، با مقامات اجرایی قانون به منظور دستگیری افرادی که از قانون سرپیچی کرده اند و یا برای انجام اقدامات وصول مطالبات با نهادهای خصوصی وصول مطالبات کند. کانتی ممکن است به بررسی وضعیت مهاجرت اعضای خانواده ای که برای مزایا تقاضا کرده اند از طریق ارتباط با USCIS بپردازد. اطلاعاتی که کانتی از این نهادها دریافت می کند در صلاحیت و سطح مزایای دریافتی شما موثر است.

بررسی پرونده ها

پرونده شما ممکن است برای بررسی های بیشتر انتخاب شود تا مشخص گردد که آیا تعیین صلاحیت شما بدرستی انجام شده است یا خیر. اگر پرونده شما به بازنگری و بررسی صحت این امر می پردازد که صلاحیت شما و سطح بهره مندیتان به خوبی تعیین شده، باید همکاری کاملی را با کانتی، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظرها منجر به کاهش مزایای شما می گردد.

قوانین کار برای CalFresh

کانتی ممکن است شما را برای اجرای یک برنامه کاری منصوب کند. آنها شما را از این نکته که این کار داوطلبانه است و یا شما مجبور به انجام آن هستید مطلع می کند. اگر به شما یک فعالیت کاری اجباری محول شود و شما آن را انجام ندهید، مزایای شما کاهش می یابد و یا قطع می شود.

اگر شما اخیراً از شغلی انصراف داده باشید ممکن است صلاحیت لازم برای استفاده از CashFresh را نداشته باشید.

استفاده از EBT

هر میزان مزایا که پیش از گزارش دزدی و گم شدن کارت EBT یا کد PIN از حسابتان کم شود، دیگر برگردانده نمی شود.

هرگونه استفاده از کارت EBT توسط شخص شما، یکی از اعضای خانواده تان، نماینده ی مجاز و یا هر کسی که شما داوطلبانه کارت EBT و کد PIN خود را در اختیارش گذاشته اید به نام شما تمام می شود و هرگونه برداشت مزایا از حسابتان به هیچ وجه بازگردانده نمی شود.

اگر شما گزارش نکنید که شخصی که شما نمی خواهید از مزایای شما استفاده کند کد PIN شما را داشته باشد و شما PIN را تغییر نداده اید، هرگونه مزایای استفاده شده برگشت داده نمی شود.

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

لطفاً از قلم با رنگ آبی یا مشکی استفاده کنید زیرا راحت تر خوانده و کپی می شود. لطفاً پاسخ های خود را با حروف واضح و درشت بنویسید. اگر شما به فضای بیشتری برای جواب دادن به سوال ها احتیاج دارید، از صفحه 10 بخش "فضای نوشتاری اضافی" استفاده کنید و چنانچه نیاز به ارائه اطلاعات بیشتری دارید صفحات اضافی را پیوست کنید. لطفاً مطمئن شوید که سوالی که در مورد آن در فضای اضافه یا صفحات اضافی توضیح داده اید را به درستی مشخص می کنید.

1. اطلاعات متقاضی

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		نام های دیگر (پیشوند، نام مستعار و غیره)		شماره سوشال سکوریته (اگر این شماره را دارید و برای گرفتن مزایا اقدام می کنید)	
آدرس منزل و یا نشانی تقریب محل سکونت		شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس پستی (در صورتی که با مورد بالا متفاوت است)		شهر	ایالت	کد پستی	
تلفن منزل		آدرس ایمیل			
تلفن دریافت پیام/دیگر/محل کار		من تمایل دارم اطلاعات مربوط به پرونده من از طریق ایمیل ارسال شود. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			

آیا شما بیخانمان هستید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله می باشد، لطفاً در اسرع وقت به کانتی اطلاع بدهید که بی خانمان هستید تا به شما کمک کنند و آدرسی را برای پذیرش شما اختصاص دهند تا از این طریق موارد مربوط به پرونده شما به اطلاعاتان برسد.

(اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید) ترجیح می دهید اطلاعات را به چه زبانی بخوانید؟

(اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید) ترجیح می دهید به چه زبانی صحبت کنید؟

کانتی یک مترجم شفاهی را بدون هزینه در اختیار شما قرار می دهد. در صورتیکه ناشنوا هستید و یا مشکلات شنوایی دارید اینجا را علامت بزنید

آیا شما ناتوانی یا از کار افتادگی دارید و برای تقاضای نامه نیاز به کمک دارید؟

بله نه

آیا شما تمایل دارید برای Medi-cal تقاضا دهید؟ اگر جواب بله است کانتی پاسخ های شما را به کار می برد تا دریابد که شما می توانید

بله نه

Medi-cal بگیری یا خیر.

آیا درآمد ناخالص ماهیانه خانوار شما کمتر از \$150 است و اندوخته نقدی یا موجودی حساب های پس انداز یا جاری شما \$100 و یا کمتر است؟

بله نه

آیا مجموع درآمد ناخالص ماهیانه خانوار شما و اندوخته نقدی و یا موجودی حساب های جاری و یا پس انداز شما کمتر از جمع هزینه اجاره بها/ وام مسکن و آب و برق است؟

بله نه

آیا خانواده شما مهاجر/ کارگر کشاورزی فصلی با درآمد شناور کمتر از \$100 است و یا درآمندان متوقف شده یا بیش از \$25 در 10 روز آینده نمی توانید بدست آورید؟

بله نه

من درک می کنم که با امضای این فرم بر اساس مجازات دادن اطلاعات نادرست (اظهارات نادرست):

- من اطلاعات این فرم و پاسخ هایم به سوالات این فرم را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- طبق دانش من، پاسخ هایم به سوالات، واقعی و کامل هستند.
- طبق دانش من، هر پاسخی که ممکن است در مورد تقاضای نامه ارائه کنم واقعی و کامل هستند.
- من حقوق و مسئولیت هایم (قوانین برنامه صفحه 1) را برای برنامه CalFresh خوانده ام و یا برایم خوانده شده است و متوجه حقوق و مسئولیت هایم شده ام و با آنها موافقم.
- من قوانین برنامه و مجازات ها (قوانین برنامه صفحات 2 تا 3) را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- من درک می کنم که ارائه اظهارات نادرست یا گمراه کننده یا پنهان کردن یا خودداری از ارائه حقایق برای تعیین صلاحیت CalFresh تقلب محسوب می شود. تقلب ممکن است باعث تشکیل یک پرونده جنایی علیه من شود و/یا ممکن است طی یک دوره زمانی (یا کل زندگی) از مزایای CalFresh محروم شوم.
- من درک می کنم که ممکن است شماره سوشال سکوریته و یا وضعیت مهاجرت اعضای خانواده که برای مزایای تقاضا داده اند بر اساس قانون فدرال با سازمان های دولتی ذیربط و در موارد مورد نیاز به اشتراک گذاشته شود.

امضای متقاضی (با اعضای بزرگسال خانواده / نماینده مجاز / قیم).

تاریخ

* در صورتی که شما نماینده مجاز هستید لطفاً سوال 2 در صفحه بعد را پاسخ دهید.

2. نماینده مجاز خانوار

شما می توانید به شخصی 18 ساله و یا بزرگتر برای کمک در زمینه مزایای CalFresh خانواده خود مجوز بدهید. این شخص همچنین می تواند به جای شما در مصاحبه صحبت کند، به شما در تکمیل فرم ها کمک کند، برای شما خرید کند و تغییرات را به جای شما گزارش دهد. شما مجبور به بازپرداخت مزایایی هستید که به واسطه اطلاعات غلط این فرد به کانتی، ممکن است به شما داده شده باشد و هر گونه مزایایی که خرج نکرده اید بازپس داده خواهند شد. در صورتیکه شما نماینده مجاز هستید باید مدارک شناسایی خود و متقاضی را به کانتی ارائه کنید. آیا مایلید شخصی را برای کمک به شما در مورد پرونده CalFresh معرفی کنید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز:	شماره تلفن نماینده مجاز:
آیا مایلید شخصی را معرفی کنید که مزایای CalFresh شما را دریافت دارد و برای خانواده تان خرج کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	شماره تلفن:
نام:	شماره تلفن:
آدرس:	شهر
	ایالت
	کد پستی

3. نژاد/ قومیت

تکمیل اطلاعات نژاد و قومیت اختیاری است. این اطلاعات بدان دلیل درخواست می شوند که مطمئن گردیم مزایا بدون توجه به نژاد، رنگ و خاستگاه ملی ارائه می شوند. پاسخ های شما تاثیری بر واجد شرایط بودن و یا مقدار مزایا ندارد. تمامی مواردی که در مورد شما صادق است را علامت بزنید. قانون می گوید که کانتی باید خاستگاه قومی و نژادی شما را ثبت کند. در صورتیکه نمی خواهید اطلاعات نژاد و قومیت خود را به کانتی بدهید، این قسمت را علامت بزنید. در صورتیکه تمایل نداشته باشید، کانتی این اطلاعات را فقط برای آمار حقوق شهروندی وارد می کند.

قومیت	آیا شما خاستگاه هیسپانیک یا لاتین دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	اگر شما خاستگاه هیسپانیک یا لاتینی دارید، جزء کدام گروه هستید: <input type="checkbox"/> مکزیکی <input type="checkbox"/> پورتوریکونی <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> سایر موارد

خاستگاه نژادی/قومیت

سفیدپوست سرخپوست امریکایی یا بومی الاسکا امریکایی افریقایی یا سیاه پوست سایر موارد و یا دورگه _____

آسیایی (در صورت علامت زدن این قسمت، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید):

فیلیپینی چینی ژاپنی کامبوجی کره ای ویتنامی هندو آسیایی لانوسی

آسیایی دیگر (مشخص کنید) _____

بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام (در صورتیکه علامت زده اید، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید): بومی هاوایی گوامی و چامورویی ساموایی

4. اولویت های مصاحبه

شما یا یک عضو بزرگسال خانوار شما لازم است یک مصاحبه با کانتی برای بحث در مورد تقاضای و دریافت مزایای CalFresh داشته باشید. مصاحبه برای CalFresh معمولاً با تلفن انجام می پذیرد، مگر اینکه شما هنگامی که درخواست خود را به صورت حضوری به کانتی تحویل می دهید مصاحبه شوید یا مصاحبه حضوری را ترجیح دهید. مصاحبه معمول کانتی کاری معمولی دفتر بخش انجام می شود.

لطفا این بخش را در صورتی که یک مصاحبه حضوری را ترجیح می دهید علامت بزنید.

در صورتیکه به دلیل ناتوانی جسمی به تمهیدات خاصی احتیاج دارید این قسمت را علامت بزنید.

لطفا قسمت های زیر را برای زمان و روز مورد نظر جهت مصاحبه علامت بزنید:

روز: امروز روز در دسترس بعد هر روز دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه جمعه

زمان: اوایل صبح اواسط صبح بعد از ظهر اواخر بعد از ظهر هر زمان

5. برنامه های دیگر

آیا شما یا شخصی در خانوار شما نوعی از کمک عمومی را دریافت کرده است (کمک موقتی برای خانواده های نیازمند، Medicaid، برنامه کمک تغذیه مکمل [CalFresh])، کمک های عمومی (GA)/(امداد عمومی (GR) و غیره)؟ بله نه

در صورت بله بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (کانتی/ ایالت)؟
در صورت بله بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (کانتی/ ایالت)؟

اطلاعات زیر را برای تمامی افراد خانه، شامل خودتان که برای آنها خرید می کنید و غذا تهیه می کنید پر کنید. اگر برای غیر سیتیزن ها تقاضا می کنید، لطفا سوال 6b و 6c را کامل کنید. اگر نه، به سوال 6d بروید.		ارائه شماره سوشال سکيوریتی برای افرادی که برای مزایا درخواست داده اند اختیاری می باشد. شما بایستی سوالات زیر را برای هر شخصی که برای مزایا تقاضا کرده جواب بدهید.			
درخواست برای مزایا (بله یا خیر را علامت بزنید)	نام (نام خانوادگی، نام، حرف اختصاری نام میانی)	نسبت فرد با شما چیست؟	تاریخ تولد	جنسیت (زن یا مرد)	شماره سوشال سکيوریتی
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		خودم			سیتیزن یا تبعه ایالات متحده (بله یا نه را علامت بزنید) اگر نه، سوال 6b را در زیر پاسخ دهید
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					

لطفا نام هر کس که با شما زندگی می کند و ولی برای او غذا خریداری یا آماده نمی کنید را ذکر کنید:

نام	نام
نام	نام

6b. اطلاعات غیر سیتیزن ها - برای افراد لیست شده در سوال 6a در بالا که سیتیزن نیستند و برای کمک درخواست داده اند را پر کنید.

نام	زمان ورود به ایالات متحده (اگر مشخص است)	یکی از موارد زیر را ذکر کنید (اگر مشخص است): شماره پاسپورت، شماره ثبت اتباع خارجی، غیره.	حمایت شده است؟ (بله یا نه را علامت بزنید): اگر پاسخ بله است، سوال 6c را در زیر پاسخ دهید:
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

آیا هر فرد لیست شده در بالا حداقل 10 سال سابقه کاری (40 فصل) یا در ارتش آمریکا دارد؟

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

بله نه

آیا شخصی از افراد لیست بالا ویزای نوع T، نوع U یا درخواست VAWA دارند، و یا برای گرفتن آن تقاضا کرده اند، و یا برنامه ای برای تقاضا برای این نوع ویزا دارند؟

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

6c. اطلاعات غیر سیتیزن های حمایت شده - لیست در سوال 6b در بالا را که غیر سیتیزن های حمایت شده هستند و برای کمک درخواست داده اند را پر کنید. آیا حامی یک I-864 را امضا کرده است؟ بله نه اگر جواب بله است، بقیه سوال را پاسخ دهید. در صورتی که حامی فرم I-134 را امضا کرده نیازی به پاسخ دادن به این سوال نیست.

آیا حامی به طور منظم کمک مالی می کند؟ بله نه اگر پاسخ بله است، چه مقدار؟ \$ _____

آیا حامی به صورت های زیر و به طور منظم کمک می کند (همه مواردی که صادق است را علامت بزنید)؟

اجاره بها لباس غذا سایر موارد

نام حامی	چه کسی تحت حمایت است؟	شماره تلفن حامی
نام حامی	چه کسی تحت حمایت است؟	شماره تلفن حامی

6d. دانش آموزان و دانشجویان

آیا شما یا یکی از افرادی که برای مزایا تقاضا داده اند به کالج یا مدرسه فنی و حرفه ای می روند؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام شخص	نام مدرسه/مرکز آموزشی	وضعیت ثبت نام (✓) یک مورد را علامت بزنید)	آیا آنها کار می کنند؟
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	تعداد متوسط ساعات کاری در هفته: _____
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	تعداد متوسط ساعات کاری در هفته: _____

6e. آیا یک کودک پرورشگاهی در منزل شما هست؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

لطفاً سوال های زیر را در مورد فرزند(انتان) پر کنید:

بله نه

آیا این فرزند(ان) با دستور دادگاه در منزل شما هستند؟

بله نه

آیا می خواهید کودکان پرورشگاهی در پرونده CalFresh شما به حساب بیایند؟ اگر جواب بله است، درآمد نگهداری فرزند بایستی به عنوان درآمد کسب نشده محاسبه شود. اگر جواب نه است، درآمد نگهداری فرزند جزو درآمد کسب نشده حساب نمی شود.

7. درآمد کسب نشده

آیا شما یا هر شخصی که برای وی غذا می خرید یا آماده می کنید درآمدی دارد که از راه کار کردن به دست نیامده باشد (کسب نشده)؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

تمامی انواع درآمدهای کسب نشده ای را که در مثالهای زیر وجود دارند و در مورد شما صادق است علامت بزنید (ممکن است مواردی در این لیست وجود نداشته باشند):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> سوشال سیکیوریتی | <input type="checkbox"/> مزایای سرباز بازنشسته یا مقرری ارتشی | <input type="checkbox"/> برنده شدن در قمار/لاتاری |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> کمک مالی (اعتبارات مدرسه ای/وامها/بورسیه ها) | <input type="checkbox"/> کمک برای اجاره/غذا/لباس |
| <input type="checkbox"/> Cash Aid | <input type="checkbox"/> هدایای مالی | <input type="checkbox"/> حقوق تعیین شده در پرونده های حقوقی یا بیمه |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> بیمه عدم اشتغال به کار/بیمه ناتوانی ایالتی (SDI) | <input type="checkbox"/> بازنشستگی خصوصی یا ناتوانی |
| <input type="checkbox"/> اتاق و خوراک (از اجاره دهنده شما) | <input type="checkbox"/> غرامت کارگران | <input type="checkbox"/> مزایای اعتصاب |
| <input type="checkbox"/> مقرری بازنشستگی | <input type="checkbox"/> سایر موارد _____ | |
| <input type="checkbox"/> مقرری ناتوانی یا بازنشستگی دولتی/راه آهن | | |
| <input type="checkbox"/> حمایت فرزند/همسر | | |

فردی که پول را می گیرد؟	از کجا؟	چه مقدار؟	هر چند مدت یکبار دریافت می کند؟ (یک مرتبه، هفتگی، ماهانه یا سایر)	تمایل به ادامه دارد؟ (بله یا نه را علامت بزنید)
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

اگر انتظار نمی رود که این درآمد پیدا کند دلیل آن را توضیح دهید:

8. درآمد کسب شده

آیا شما یا شخصی که برای وی غذا می خرید یا آماده می کنید از یک شغل درآمد دارید (درآمد کسب شده)؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ نه است، به سوال 9 بروید.

نکته: اگر خود اشتغال هستید سوال 8a را پر کنید.

لطفاً کلیه حقوق قبل از مالیات ها و سایر کسورات را لیست کنید (درآمد ناخالص).

مثال هایی از درآمد کسب شده عبارتند از (این مثال ها عبارتند از تمام وقت، به طور موقت، فصلی، یا آموزشی، و سایرین که ممکن است در انجا نیامده باشد):

- دستمزدها
- کمیسیونها
- انعام ها
- حقوق
- کار مطالعاتی (دانشجویان)

شخص شاغل	نام و آدرس کارفرما	شماره تلفن کارفرما	نرخ ساعتی	میانگین ساعت در هفته	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (یکبار در هفته، ماهانه، سایر)	کل درآمد ناخالص دریافت شده در این ماه؟	انتظار می رود ادامه داشته باشد؟ (بله یا نه را علامت بزنید)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

اگر انتظار نمی رود که این درآمد ادامه پیدا کند دلیل آن را توضیح دهید:

آیا شخصی در 60 روز گذشته کار خود را از دست داده، تغییر داده، رها کرده و یا ساعتهای کاری وی کاهش یافته است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟	زمان از دست دادن کار، ترک کار یا تغییر کار؟	زمان آخرین پرداخت
----------------------------------	---	-------------------

دلیل؟

آیا کسی در اعتصاب است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟	تاریخ شروع اعتصاب	زمان آخرین پرداخت
----------------------------------	-------------------	-------------------

دلیل؟

8a. خود اشتغال

اعضای خود اشتغال خانوار ممکن است هزینه های واقعی خود اشتغالی را کم کنند یا بطور استاندارد 40% از درآمد خوداشتغالی خود کسر نمایند. اگر شما هزینه های واقعی را انتخاب می کنید، باید مدارک مخارج را به کانتی بدهید.

شخص خود اشتغال	زمان شروع کسب و کار	نوع کسب و کار و نام	درآمد ناخالص ماهانه	هزینه های خود اشتغالی (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$

9. هزینه های مراقبت از کودکان/بزرگسالان خانوار

آیا شما یا افرادی که برای آنها غذا می خرید یا آماده می کنید هزینه ای برای نگهداری از کودکان، بزرگسالان ناتوان، یا سایر وابستگان پرداخت می کنید تا شما و یا سایر افراد بتوانید به کار، مدرسه، دوره های آموزشی بروید و یا به دنبال کار بگردید؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

از چه کسی مراقبت می شود؟	چه کسی مراقبت می کند؟ (نام و آدرس تامین کننده)	مقدار پرداخت شده؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

آیا کسی به خانوار شما کمک می کند تا تمام یا بخشی از هزینه های نگهداری از فرزندان/بزرگسالان لیست شده در بالا را پرداخت کنید؟ بله نه اگر پاسخ بله است، موارد زیر را پر کنید:

از چه کسی مراقبت می شود؟	چه کسی به پرداخت کمک می کند؟	مقدار پرداخت شده؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر)
		\$	
		\$	

10. پرداخت های حمایت از کودکان

آیا شما یا افرادی که برای آنها غذا می خرید یا آماده می کنید به صورت قانونی مجبور به پرداخت مبالغ حمایتی از کودک شامل بدهی حمایتی کودک است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

چه کسی مبلغ حمایت از کودک را می پردازد؟	نام کودک یا کودکتانی که مبلغ حمایتی برای وی پرداخت می شود:	مقدار پرداخت شده؟	هر چند وقت یکبار پرداخت می شود (هفته ای/ ماهانه یا سایر)
		\$	
		\$	

11. هزینه های خانوار

آیا شما یا افرادی که برای آنها غذا می خرید یا آماده می کنید برای هزینه های خانوار مسئولید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.
نکته: هزینه های پرداخت شده توسط HUD یا بخش 8 را وارد نکنید. هزینه های گرمایش، سرمایش، تلفن، سایر امکانات و پناهگاه بی خانمانها به عنوان مقرری های تعیین شده در نظر گرفته می شوند و نیازی به پر کردن مقدار واقعی بدهی ندارند.

نوع هزینه ها	هزینه هایی دارد؟	چه کسی پرداخت می کند؟	مقدار بدهی	چه زمانهایی صورت حساب دریافت می شود؟ (هفتگی/ماهانه)
پرداختی های منزل یا اجاره	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		\$	
مالیات املاک یا بیمه (در صورتی که صورت حسابی جدا از اجاره بها یا وام مسکن داشته باشد)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		\$	
گاز، برق یا سایر سوخت هائی که برای سرمایش یا گرمایش استفاده می شوند مانند چوب یا پروپان (در صورتی که صورت حسابی جدا از اجاره بها یا وام مسکن داشته باشد)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
تلفن/تلفن همراه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
هزینه های پناهگاه بی خانمانها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
آب، فاضلاب، جمع آوری زباله	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
آیا شخصی که در خانوار شما ثبت نشده برای پرداخت مواردی از لیست بالا به شما کمک می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ بله است، لطفاً کامل کنید.		چه کسی به پرداخت کمک می کند؟	چه مقدار؟ \$	چه زمانهایی پرداخت می شود؟

آیا خانوار شما در حال دریافت مبلغی از برنامه کمک هزینه انرژی خانگی افراد کم درآمد (LIHEAP) است یا انتظار می رود که از این برنامه کمکی بگیرد؟ بله نه

12. هزینه های پزشکی:

آیا شما یا شخصی که به همراه وی غذا می خرید یا تهیه می کنید یک شخص کهنسال (60 سال یا بالاتر) و یا شخصی ناتوان هستید که هزینه های پزشکی را پرداخت می کند؟
 بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.
نکته: همسران یا کودکانی که پرداخت های مخصوص وابستگان را برای SSI یا ناتوانی و یا نابینایی دریافت می کنند لیست نکنید.
 هزینه هایی که انتظار دارید در آینده نزدیک داشته باشید ذکر کنید.

- هزینه های پزشکی مجاز به این شرح می باشند:
- مراقبت پزشکی یا دندانپزشکی
 - حق بیمه Medicare (سهام هزینه Medi-cal از مخارج، غیره)
 - بستری شدن در بیمارستان / درمان سرپایی
 - دندان مصنوعی، سمک و پروتز
 - مراقبت پرستاری
 - داشتن یک نفر کمک کننده به دلیل سن، بیماری یا ناتوانی
 - داروهای نسخه ای
 - تعداد و هزینه وعده های غذایی که به شخص کمک کننده
 - حق بیمه های بهداشتی و بستری
 - داده می شود
 - داروهای بدون نسخه تجویز شده
- هزینه حمل و نقل (مسافت پیموده شده یا هزینه) و اقامت
 برای به دست آوردن درمان پزشکی یا خدمات
 عینک یا لنز تماسی با نسخه پزشک
 تجهیزات پزشکی یا مکمل با نسخه پزشک
 هزینه های حیوانات خدمات رسان (غذا، صورتحساب دامپزشکی، غیره)

نام شخص ناتوان/کهنسال	میزان هزینه ها	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (ماهانه، هفتگی، سایر)	نوع هزینه ها؟ (نسخه، دندان مصنوعی، وعده های غذایی افراد کمک کننده، و غیره)	آیا بازپرداختی برای هزینه های پزشکی به خانوار صورت گرفته است؟ (توسط Medi-Cal، بیمه، اعضای خانواده، غیره)
	\$			اگر پاسخ بله است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$
	\$			اگر پاسخ بله است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$
	\$			اگر پاسخ بله است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$
	\$			اگر پاسخ بله است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$

13. آیا شما یا هر شخصی که برای دریافت مزایا درخواست می دهد، از برنامه های زیر غذا دریافت می نماید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

- تسهیلات غذاخوری جمعی برای سالمندان / افراد ناتوان
- برنامه توزیع مواد غذایی محل سکونت بومیان آمریکایی
- سایر برنامه های غذایی

در صورت بله بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا؟
در صورت بله بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا؟

14. آیا شما یا هر شخصی که برای دریافت مزایا درخواست می دهد در یکی از موارد زیر سکونت دارد؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

- پناهگاه بی خانمانها
- پناهگاه زنان کتک خورده
- محل سکونت بومیان آمریکایی
- مرکز توانبخشی ترک مواد مخدر / الکل
- مرکز تادیبی / نهاد مجازات (بازداشتگاه یا زندان)
- مراکز زندگی گروهی نابینایان/افراد ناتوان
- خانه هایی با پارانه فدرال
- بیمارستان روانی/موسسات معلولان ذهنی
- بیمارستان
- مراکز مراقبت بلند مدت یا مراکز اقامت و مراقبتی

نام شخص	نام موسسه (مرکز، پناهگاه، مجموعه، غیره)	تاریخ پیش بینی شده ترخیص (در صورتیکه قابل تعیین است)

15. آیا شما یا هر شخصی که با شما زندگی می کند 60 سال یا بیشتر سن داشته و به دلیل ناتوانی و ازکارافتادگی قادر به خرید غذا و آماده کردن غذا نیستید؟ بله نه

در صورت بله بودن پاسخ، چه کسی؟

16. منابع خانوار

آیا شما یا هر شخصی که با وی غذا خریداری یا آماده می کنید منابع خاصی (نقدی، پول ذخیره شده در بانک، گواهی سپرده گذاری، سهام و اوراق قرضه و غیره) دارد؟ بله نه در صورتیکه پاسخ **بله** است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ **نه** است، به سوال بعد رجوع کنید.

هرکدام از منابع لیست شده در زیر را علامت بزنید:

- حساب بانکی / موسسه اعتباری (جاری)
- حساب بانکی / موسسه اعتباری (پس انداز)
- صندوق امانات
- پس انداز اوراق قرضه
- حساب یا حسابهای بازار پول
- صندوق سرمایه گذاری مشترک
- گواهی سپرده گذاری (CD)
- وجوه نقدی
- سهام
- اوراق قرضه
- سایر: _____

در صورتیکه حساب مشترکی با شخصی دارید در اینجا مشخص کنید.

برای هرکدام از مواردی که در بالا مشخص کرده اید اطلاعات زیر را کامل کنید.

منابع به نام چه کسی هستند؟	چه نوع از منابع؟	ارزش منابع؟	منابع در کجا هستند؟ (نام شرکت یا بانکی که پول در آن نگه داری می شود را بنویسید)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

آیا شما یا شخصی از خانوار شما در 3 ماه گذشته منابعی را فروخته، معامله کرده، واگذار نموده یا منتقل کرده است؟ بله نه

17. مزایای مکرر

آیا شما یا شخصی از خانواده شما پس از 22 سپتامبر 1996 در هر ایالتی برای تغلب و استفاده دوباره از مزایای SNAP (نام فدرال برای برنامه کمک غذایی، در کالیفرنیا با نام CalFresh شناخته می شود) مجرم شناخته شده است؟ در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟

بله نه

18. قاچاق مزایا

آیا شما یا شخصی از خانواده شما پس از 22 سپتامبر 1996، برای قاچاق (اجازه استفاده و یا فروش کارت EBT به دیگران) و مزایای SNAP \$500 یا بیشتر، مجرم شناخته شده است؟ در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟

بله نه

19. معامله مزایا با مواد مخدر

آیا شما یا شخصی از خانواده شما برای معامله مزایا SNAP با مواد مخدر بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده است؟ در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟

بله نه

20. معامله مزایا با سلاح گرم و مواد منفجره

آیا شما یا شخصی از خانواده شما به علت معامله مزایای SNAP با اسلحه، مهمات یا مواد منفجره بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده اند؟ در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟

بله نه

21. مجرم فراری

آیا شما یا شخصی از خانواده شما در حال فرار و یا مخفی شدن از قانون به خودداری از پیگرد قانونی، بازداشت شدن، و یا رفتن به زندان برای یک جرم یا اقدام به جنایت است؟ در صورتیکه پاسخ **مثبت** است، چه کسی؟

بله نه

22. تخلف از شرایط آزادی مشروط/تعلیق مجازات

آیا شما یا شخصی از خانواده شما توسط دادگاهی قانونی متهم به نقض شرایط آزادی مشروط/تعلیق مجازات هستید؟ در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟

بله نه

کامل نکنید- فقط برای استفاده کانتی

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No