現金補助，糧食券，和加州醫藥補助(MEDI-CAL)/ 州政府辦理的郡醫療服務計劃(CMSP)

- 請填入你申請福利方面所有問題的回答。請用墨水筆，正楷回答所有的問題。被列於每道問題左邊的 "CA"代表現金補助，"FS"代表糧食券，"MC"代表MEDI-CAL/ 州政府辦理的CMSP，它們告訴你哪些問題屬於哪一項計劃。
- 請提供證明（如賬單，收據和記錄）以證實你的回答。你若需要幫助獲取證明或填寫此表格，請告訴你的工作員。如果你需要更多的篇幅，可以附上另一頁紙。
- 如果你在申請糧食券，而你不是成人家庭成員，請附上一份由戶主或其他成人成員簽署的書面授權書。

郡政府專欄

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. 申請人或要求補助孩子（們）的照看親屬。**
姓名： 家裡電話 ( )

家裡地址（號碼，街名） 郵寄地址（如若不同） 日間電話 ( )

市 州 郵遞區號 市 州 郵遞區號

FS **B. 你是無家可歸者嗎?** ☐ 是 ☐ 否
如"是"：你是暫時住在別人家中嗎? ☐ 是 ☐ 否
如"是"：請提供你開始住在這個家中的日期：

② **為每一位在家中居住的成人提供我們所有的資料。**

CA FS MC **(A)** 成人姓名（名，中間名，姓）
公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否
和申請人或孩子（們）照看親屬的關係
出生日期 (月 日 年) 社會安全號碼
性別(✓) ☐ 男 ☐ 女 盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否 懷孕 ☐ 是 ☐ 否
出生地點 市 州 國
申請補助的類型(✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal ☐ 州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 事實形成的婚姻 ☐ 寡居

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption
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)** 成人姓名（名，中間名，姓）
公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否
和申請人或孩子（們）照看親屬的關係
出生日期 (月 日 年) 社會安全號碼
性別(✓) ☐ 男 ☐ 女 盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否 懷孕 ☐ 是 ☐ 否
出生地點 市 州 國
申請補助的類型(✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal ☐ 州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 事實形成的婚姻 ☐ 寡居

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption
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)** 成人姓名（名，中間名，姓）
公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否
和申請人或孩子（們）照看親屬的關係
出生日期 (月 日 年) 社會安全號碼
性別(✓) ☐ 男 ☐ 女 盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否 懷孕 ☐ 是 ☐ 否
出生地點 市 州 國
申請補助的類型(✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal ☐ 州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 事實形成的婚姻 ☐ 寡居

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

郡政府專欄

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)

③ 請為每一位住在家中的孩子，短期離家的孩子，或你報稅時申報為眷屬的孩子，向我們提供所有的資料。如果你懷孕，請把孩子列為"未出生"，並提供預產期。

郡政府專欄

CA FS MC (A) 孩子姓名（名，中間名，姓）

公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否

孩子需要補助因為父母（在下面劃 [✓]）: 死亡 | 殘障 | 離家 | 失業

社會安全號碼

性別(✓) ☐ 男 ☐ 女

出生日期或預產期 (月，日，年)

孩子年齡

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

種了這一期的疫苗? ☐ 是 ☐ 否

盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否

孩子現在是否在學校註冊? (✓) ☐ 是 ☐ 否

假如是，學校名稱:

申請補助的類型 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal ☐ 無

母親姓名

和申請人或孩子（們）照看親屬的關係

孩子現在住在你家? ☐ 是 ☐ 否

父親姓名

AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ 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) 孩子姓名（名，中間名，姓）

公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否

孩子需要補助因為父母（在下面劃 [✓]）: 死亡 | 殘障 | 離家 | 失業

社會安全號碼

性別(✓) ☐ 男 ☐ 女

出生日期或預產期 (月，日，年)

孩子年齡

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

種了這一期的疫苗? ☐ 是 ☐ 否

盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否

孩子現在是否在學校註冊? (✓) ☐ 是 ☐ 否

假如是，學校名稱:

申請補助的類型 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal ☐ 無

母親姓名

和申請人或孩子（們）照看親屬的關係

孩子現在住在你家? ☐ 是 ☐ 否

父親姓名

AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ 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) 孩子姓名（名，中間名，姓）

公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否

孩子需要補助因為父母（在下面劃 [✓]）: 死亡 | 殘障 | 離家 | 失業

社會安全號碼

性別(✓) ☐ 男 ☐ 女

出生日期或預產期 (月，日，年)

孩子年齡

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

種了這一期的疫苗? ☐ 是 ☐ 否

盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否

孩子現在是否在學校註冊? (✓) ☐ 是 ☐ 否

假如是，學校名稱:

申請補助的類型 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal ☐ 無

母親姓名

和申請人或孩子（們）照看親屬的關係

孩子現在住在你家? ☐ 是 ☐ 否

父親姓名

AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ 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) 孩子姓名（名，中間名，姓）

公民 / 非公民身份(✓) ☐ 美國公民 / 國民 ☐ 非公民: 受擔保 ☐ 是 ☐ 否

孩子需要補助因為父母（在下面劃 [✓]）: 死亡 | 殘障 | 離家 | 失業

社會安全號碼

性別(✓) ☐ 男 ☐ 女

出生日期或預產期 (月，日，年)

孩子年齡

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

種了這一期的疫苗? ☐ 是 ☐ 否

盲，聾或殘障 ☐ 是 ☐ 否

孩子現在是否在學校註冊? (✓) ☐ 是 ☐ 否

假如是，學校名稱:

申請補助的類型 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal ☐ 無

母親姓名

和申請人或孩子（們）照看親屬的關係

孩子現在住在你家? ☐ 是 ☐ 否

父親姓名

AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐ NO	☐ 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

		郡政府專欄
CA (4)	**列出不住在你家中的孩子（們）或未出世孩子的父母（們）。**	
父母姓名	父母不住家中的原因	☐ Verif. on File ☐ MC 13
CA FS (5)	**在過去12個月中有任何人改變公民／移民身份嗎？** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列：	
姓名	改變了什麼 / 日期 / 外僑號碼（如適合）	
CA FS (6)	**A. 是住在家中的寄養孩子嗎？** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，是誰：	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS	**B. 你要把寄養孩子（們）和寄養照看收入算入糧食券案件中嗎？** ☐ 是 ☐ 否	
CA FS (7)	**有任何人使用過其他姓名（娘家的，被收養的姓名等）嗎？** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列：	
姓名	其他用過的姓名	
姓名	其他用過的姓名	

		是	否	
CA MC (8)	**A. 是否每個人都住在加州?** 假如"否"，請說明：			Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA	**B. 是否每個人都打算永久住在加州？**			☐ Property
CA	**C. 是否有任何人在加州以外擁有，定期出租或留有住房?**			☐ PA
CA MC	**D. 是否有任何人目前在加州以外領取民眾補助?** 假如"是"，請說明：			
CA	**E. 是否有任何人打算離開加州超過 30 天？**			

MC (9)	**你是18 歲至21 歲並為所得稅報稅被申報為眷屬嗎?** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，是誰：	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS (10)	**A. 是否有任何人的現金補助或糧食券曾被停止，由於：在質量控制審查中不合作，受到工作或訓練的制裁或者沒有符合對糧食券無眷屬，能工作的成人 (ABAWD) 的工作規定，或是為了任何其它原因?** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請在下面說明：	
姓名 / 為何 / 何時 / 哪個郡／州		
CA FS	**B. 是否有任何人因為福利欺詐或糧食券蓄意觸犯計劃條例而有一段時期或或永遠停發現金補助或糧食券？** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請在下面說明：	
姓名 / 為何 / 何時 / 哪個郡／州		
FS (11)	**是否有任何與你同住的人和家中其他人分開購買食品和準備飯菜?** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，是誰：	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12)	**是否與你同住的人有年為60 歲或更大年歲，並且因為殘障而不能分開購買食品和準備飯菜?** ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，是誰:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. 你付人家餐費和 / 或房費嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

你付給錢的人名	劃 (✔) ☐ 餐費 ☐ 房費 ☐ 兩者	多少錢 $	多久一次	每天的餐數

CA FS B. 有任何人付你餐費和 / 或房費嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

付你錢的人名	劃 (✔) ☐ 餐費 ☐ 房費 ☐ 兩者	多少錢 $	多久一次	每天的餐數

郡政府專欄

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (14) 是否有任何人在下列任何計劃項下領取食物? ☐ 是 ☐ 否

- 為老人或殘障者服務的社區食堂
- 美洲土著保留處辦理的食品分配計劃
- 其他食品計劃

姓名	計劃名稱	姓名	計劃名稱

CA FS MC (15) A. 是否有人住在以下住所： ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

- 庇護所，住宿中心所
- 美洲土著保留處
- 精神病醫院 / 心理病治療所
- 殘障者 / 盲人集體居住處
- 醫院或療養院
- 聯邦政府資助的老人住房
- 吸毒或酗酒復健中心
- 膳宿和護理所
- 刑事機構 / 懲教所

姓名	住宿中心所，庇護所，醫院等名稱	住入日期	預期離開日期

MC B. 住在醫院或療養院的人家中是否有配偶或其他家人 ? ☐ 是 ☐ 否

CA (16) 請列出任何6-16歲，不正規上學的孩子，並說明他 / 她為何不正規上學。 ☐ 無6-16 歲的孩子

姓名	不正規上學的原因

CA FS MC (17) A. 是否有任何14歲或更大歲數的人註冊上學，大專，或訓練計劃? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

姓名	年齡	學校 / 大專 / 訓練計劃名稱	註冊 (✔) 情況 ☐ 全時間 ☐ 半時間 ☐ 其他（請指明）：	每週學分 / 時數 / 預期畢業日期	工作 ☐ 是 ☐ 否
姓名	年齡	學校 / 大專 / 訓練計劃名稱	註冊 (✔) 情況 ☐ 全時間 ☐ 半時間 ☐ 其他（請指明）：	每週學分 / 時數 / 預期畢業日期	工作 ☐ 是 ☐ 否

CA FS B. 請為任何註冊上大專或上類似教育機構的人填寫下列。

姓名	學期 (✔) 劃狀況 ☐ 半學年 ☐ 學年 ☐ 學季	每學期的學費 / 費用 $	每學期的書籍，設備等 $
每天往返學校 / 托兒所的哩程	每週上課天數	使用的交通工具	
每週交通費用 $	每週合乘車人員付的金額 $	每天的公共交通（巴士等） $	

CA (18) A. 有任何20歲以下的人懷孕或當父母嗎? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

姓名	年齡	劃 (✔) 狀況 ☐ 懷孕 ☐ 十幾歲年輕父母

學校狀況，劃 (✔)
☐ 有中學畢業文憑 ☐ 有一般教育發展(GED)程度 ☐ 未正規上學（請解釋）：
☐ 目前在正規上學 ☐ 其他（請解釋）：

B. 是否有任何人從加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn) 得到現金紅利或懲罰，或是得到托兒照顧，交通等的幫助? ☐ 是 ☐ 否

姓名	哪裡（郡）	收到日期

CA FS (19) 是否有任何人罷工? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

罷工者姓名	僱主 / 訓練計劃名稱和地址
工會名稱	
罷工日期	在罷工以前從這個工作得到的月薪（扣除前） $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO
School Attendance 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) 是否有任何人，包括孩子們，曾工作，或預期要工作，包括部份時間工作和臨時性工作? 請對每一項劃 (✔) "是" 或 "否"。 假如"是"，請填寫下列：

	是	否
是否有任何人在前60天內停止或拒絕工作或訓練?		
是否有任何人現在在工作或訓練?		
是否有任何人在下兩個月中預期要工作或參加訓練?		

假如自己是僱主：**對糧食券：** 請在另一頁紙上列出你的業務開銷。
對現金補助： 劃 (✔) 你要求每個月如何計算你的業務開銷：
☐ 40% 標準寬減額 ☐ 實際業務開銷 ☐ 每月平均額（整年的業務費除以12 個月）。 **假如是實際開銷，** 你必須在另一頁紙上列出你的業務開銷。

(A)姓名 CA FS MC | 每月工作 / 訓練的時數 上月_____ 本月_____ | 僱主名稱和地址

發薪日期 | 自己是僱主 ☐ 是 ☐ 否 | 扣除前工資 $ 每 | 上次收到支票的日期 | 曾收到或預期收到的小費或佣金 ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列：

離開工作 / 訓練的原因 | 工作 / 訓練的最後一天 | 收到的金額 $_____ 預期的金額 $_____

預期下次支票的日期 | 預期扣除前的金額 $ | 職業

(B) 姓名 CA FS MC | 每月工作 / 訓練的時數 上月_____ 本月_____ | 僱主名稱和地址

發薪日期 | 自己是僱主 ☐ 是 ☐ 否 | 扣除前工資 $ 每 | 上次收到支票的日期 | 曾收到或預期收到的小費或佣金 ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列：

離開工作 / 訓練的原因 | 工作 / 訓練的最後一天 | 收到的金額 $_____ 預期的金額 $_____

預期下次支票的日期 | 預期扣除前的金額 $ | 職業

CA FS MC (21) A. 是否有任何人付錢照看孩子，殘障成人，或其他眷屬，使他 / 她能夠去工作，上學或尋找工作? ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：並且劃 (✔) 是工作或是訓練。

誰接受照看	誰支付	誰提供照看	☐ 工作 ☐ 訓練	支付金額 / 多久一次 $ 每
誰接受照看	誰支付	誰提供照看	☐ 工作 ☐ 訓練	支付金額 / 多久一次 $ 每

CA FS MC B. 是否有其他任何人付你全部或部份的托兒照顧費? ☐ 是 ☐ 否
包括由不住在家的親戚或朋友，教育處，教育處分發的托兒照顧費（Block Grant）等支付的費用。假如 "是"，請填寫下列：

孩子姓名	誰支付	每月支付的金額 $	還有誰支付	每月支付的金額 $
孩子姓名	誰支付	每月支付的金額 $	還有誰支付	每月支付的金額 $

FS MC (22) 是否有任何人支付子女或配偶撫養費? ☐ 是 ☐ 否
假如 "是"，請填寫下列：

誰支付	為誰支付	每月金額 $

CA FS MC (23) 是否有任何人，包括孩子，在前12 個月申請或領取失業保險金或殘障保險金或者 預期在將來領取這些福利金？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

姓名	申請日期	哪裡（郡 / 州）	上次收到日期
姓名	申請日期	哪裡（郡 / 州）	上次收到日期

CA (24) 是否有任何人從任何郡或其他州領取轉換現金付款或非現金服務? ☐ 是 ☐ 否
假如 "是"，請填寫下列：

姓名	郡 / 州	收到的金額 $	列出得到的服務	服務的約估價值 $	收到的金額

郡政府專欄

(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:
$

工作履歷

CA FS MC **(25) 是否有任何住在家中的父母在過去24個月中工作或受訓過？** ☐ 是 ☐ 否

假如 "是", 請填寫下列:

- 包括在美國或不在美國所做的一切工作。
- 包括所作的工作除拿錢以外，交換別的東西，如：房租，食物，水電費或**任何其他東西**。
- 從每位人士的最近工作或訓練開始。

A. 姓名

他／她是美洲土著嗎？ ☐ 是 ☐ 否
若"是",請列出部落：

僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃(✓)，是工作或是訓練	受僱時間 月日年	支付的金額	僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃(✓)，是工作或是訓練	受僱時間 月日年	支付的金額
1. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	4. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
2. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	5. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
3. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	6. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月

B. 姓名

他／她是美洲土著嗎？ ☐ 是 ☐ 否
若"是",請列出部落：

僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃(✓)，是工作或是訓練	受僱時間 月日年	支付的金額	僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃(✓)，是工作或是訓練	受僱時間 月日年	支付的金額
1. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	4. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
2. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	5. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
3. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	6. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月

FS **(26) 所有糧食券家庭的成員都是美國 (U.S.) 公民嗎？** ☐ 是 ☐ 否

假如 "否", 請對每一位**不是美國公民**的糧食券家庭成員填寫下列。

每一位非公民的姓名	A. 這人，他們的配偶，和／或他們的父母（在這人滿18歲以前）住在美國總共多少年？	B. 當住在美國時，這人，他們的配偶，和／或他們的父母（在這人滿18歲以前）在A欄的呈報年數中，有多少年在美國工作賺錢？	C. 當不住在美國時，這人，他們的配偶，和／或他們的父母（在這人滿18歲以前）在美國總共工作多少年？
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC **(27) 是否曾有人在美國軍隊服役，或者有人是曾在美國服役人士的配偶，父母，或子女？** ☐ 是 ☐ 否

假如 "是", 請填寫下列:

姓名	美國公民	(✓) 身份	光榮退役	服役部門	服役日期
	☐ 是 ☐ 否	☐ 在軍隊服役／退伍軍人 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人的配偶，父母或子女	☐ 是 ☐ 否		
姓名	美國公民	(✓) 身份	光榮退役	服役部門	服役日期
	☐ 是 ☐ 否	☐ 在軍隊服役／退伍軍人 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人的配偶，父母或子女	☐ 是 ☐ 否		

郡政府專欄

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.

郡政府專欄

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. 是否有人，包括子女，從下列的任何來源得到或預期得到錢？**
為每一項"是或否"劃 (✔)。

	是	否		是	否
半工半讀，工作訓練合作法案（JTPA），福利引至工作（Welfare-to-Work），或其他計劃			和VA（退役軍人）教育有關的收入		
其他訓練津貼			VA 補助和出勤費		
教育補助，貸款和獎學金			社會保險殘障或保險補助金／州政府補助計劃（SSI/SSP）		
加州工作機會和對孩子負責計劃（CalWORKs）／得自另一州的現金補助			VA殘障		
難民補助（RCA）			鐵路殘障		
移民現金補助計劃（CAPI）			其他聯邦，州或當地政府機構的殘障收入		
GA/GR（一般補助／救濟）			其他非政府機構的殘障或病假		
員工賠償金			社會保險退休金或遺族金		
子女／配偶撫養費或者醫藥賬單或保險費的金錢			鐵路退休		
罷工福利			其他聯邦，州或當地政府機構的退休收入		
貸款，禮物，捐贈			其他非政府機構的退休收入		
法律或保險賠償款/待採取的法庭行動			按每個人口計算的付款		
銷售票據，合同，信託基金，本票			贏金(賭博／樂透獎券／賓果，獎金等)		
軍隊配給金和養老金			其他(請解釋)		

假如"是"，請填寫下列：

姓名	來源	（扣除前收到的金額）	何時	多久一次
		$		
		$		

郡政府專欄

☐ 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. 是否有人預期目前所收到的錢額有改變，如：增加生活費？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

姓名	什麼	金額	何時
		$	

CA FS MC **29 是否有人免費或者以工作換取住房，或者房租，水電雜費，食物或衣服？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列，並且劃 (✔) 是免費或是以工作交換：

取得的項目	免費	工作交換	誰得到此項目	價值	誰提供此項目
住房或房租				$	
水電雜費				$	
食物				$	
衣服				$	

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

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC **30 A. 是否有人在任何地方，包括在美國以外的地方，擁有或購買不動產，如土地和／或建築物？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列。包括有股權的土地和／或建築物。

類型(土地，大樓內獨立擁有的公寓，公寓，房屋)	你怎樣使用此產業？劃(✔)	是	否	擁有者	地址或地點	所欠金額	出租收入
	居住					$	$
列作出售 ☐ 是 ☐ 否	出租產業						
	其他(請解釋):						

類型(土地，大樓內獨立擁有的公寓，公寓，房屋)	你怎樣使用此產業？劃(✔)	是	否	擁有者	地址或地點	所欠金額	出租收入
	居住					$	$
列作出售 ☐ 是 ☐ 否	出租產業						
	其他(請解釋):						

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

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

CA MC **B. 是否有人擁有房屋，現在不居住，而他／她希望日後住回去？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列。

產業主	產業地址	預期回去的日期(如若知道)

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

CA $
FS $
MC $

CA FS MC (31) **A. 是否有人，包括子女們，有下列任何個人或與業務有關的資產？**
在每一項項目"是"或"否"劃(✔)。
包括一切擁有的，使用的，控制的，以及和任何人共享或共有的所有資產（甚至只是為了方便起見）。郡政府將決定這些資產是否被算入。

	是	否		是	否
現金（手頭有或在別的地方）			信託基金（不論是否拿得到）		
未兑現的支票（手頭有或在別的地方）			票據，房屋貸款單，信託契約，銷售合同等		
儲蓄帳戶一孩子和成人的			個人退休帳戶(IRA)或自己是僱主的退休計劃(Keogh)等		
支票帳戶一不論是否在使用			假如你停止工作，你可以得到的退休金〔如公立機關僱員退休制度（PERS）等〕		
信用合作會帳戶			員工緩期補償金計劃		
股票，公債，定期存款，金融市場帳戶等			人壽保險或養老金		
油，礦藏或礦藏權			任何產業的終身財產利益		
喪葬信託金或合同，保險，被指定用於墳地，棺木或其他喪葬品的喪葬基金／錢			長期照看保險		
			上月電子福利轉帳（EBT）現金結餘額		
所得稅退稅			其他（請解釋）		

假如"是"，請填寫下列：

資產	與業務有關	擁有者	帳戶／保險單號碼	銀行等的名稱和地址	目前的價值
	☐ 是 ☐ 否				$
	☐ 是 ☐ 否				$
	☐ 是 ☐ 否				$

CA FS MC **B. 是否有任何人從上列資產中得到或預期得到錢，如：利息，紅利等？** ☐ **是** ☐ **否**
假如"是"，請填寫下列。

姓名	錢源	金額	多久一次	與業務有關
		$		☐ 是 ☐ 否
		$		☐ 是 ☐ 否

MC (32) **是否有備案的留置產業，或者你是否和醫生，診所或醫院簽署保證協議書，把你或你家人擁有的產業用作為保健服務的保證金？** ☐ **是** ☐ **否**
假如"是"，請填寫下列。

留置產業或保證金金額	產業的類型和地點	已得到／將得到的醫療保健的日期和類型	提供者名稱
$			
$			

MC (33) **A. 是否有任何人擁有任何動產，如：** ☐ **是** ☐ **否**
- 非機動船隻，露營車，非機動拖車。
- 槍枝; 工具; 或運動器材等。
- 個人使用的寵物或家畜。
- 首飾，藝術品，古董，珍藏品，照相機，音樂設備（鋼琴，吉他，擴音機等）。

假如"是"，請填寫下列： 不包括結婚戒和訂婚戒或者傳家寶。
請列出超過$100的首飾以及每一件超過$500的家庭物件或個人物品。

項目	列作出售	購價或目前價值	所欠金額	項目	列作出售	購價或目前價值	所欠金額
	☐ 是 ☐ 否	$	$		☐ 是 ☐ 否	$	$
	☐ 是 ☐ 否	$	$		☐ 是 ☐ 否	$	$

MC **B. 是否有任何人有業務上的產業，包括工具，存貨和材料，業務設備，牲畜等？** 包括和別人共享或共有的產業？假如"是"，請填寫下列： ☐ **是** ☐ **否**

項目	列作出售	購價或目前價值	所欠金額	項目	列作出售	購價或目前價值	所欠金額
	☐ 是 ☐ 否	$	$		☐ 是 ☐ 否	$	$
	☐ 是 ☐ 否	$	$		☐ 是 ☐ 否	$	$

郡政府專欄

☐ 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):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)
CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

CA MC (34) **是否有人出售，花用，交易，轉讓或贈送任何不動產，如：房屋或土地；；或者動產，如：錢，汽車，銀行帳戶，得自法律或意外事件保險賠償的錢，或者其他任何東西？**（請為現金補助項目列出前12 個月的任何賣掉或作交易的產業，為糧食券項目列出前3個月的，為Medi-Cal項目列出前2 1/2年（30個月）的。假如“是”，請說明是什麼以及何時：

☐ 是 ☐ 否

郡政府專欄

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 FS MC (35) **是否有人擁有，使用任何機動車輛，如：汽車，摩托車，滑雪車，娛樂車，機動船等，或者有他們的姓名在車輛註冊卡上，即使車輛不能開動？** 假如“是”，請填寫下列。請查看你的註冊卡以得到每輛車的情況：

☐ 是 ☐ 否

	車輛(1)	車輛(2)	車輛(3)
車主			
使用車輛人的姓名			
年份／車廠／車型			
執照號碼			
估價	$	$	$
結欠額	$	$	$
持有執照	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
長期租借	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

你如何使用此車輛？為每個項目劃(✔) "是"或"否"	是	否	是	否	是	否
用作住房						
去工作或訓練或者尋職						
為了自己當僱主，自立，或自辦業務						
為殘障家人所需						
為家人拿取燃料或水						
只用於娛樂						

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:_____$_____

郡政府專欄－車輛

CASH AID/FOOD STAMPS	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/FS

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

(D) Equity Values-CA/FS

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/FS

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 MC (36) **A. 是否有人有房屋花費？** ☐ 是 ☐ 否

假如"是", 請填寫下列：

房屋花費	花費總額	你付多少錢	其他家庭／家庭成員付多少錢	多久付一次
房租	$	$	$	
房屋（抵押金）付款	$	$	$	
房產稅（若不包括在房屋付款內）	$	$	$	
保險（若不包括在房屋付款內）	$	$	$	
其他（請說明）	$	$	$	

CA FS **B. 是否有別人支付全部或部分這些房屋花費？包括不住在家中的親戚或朋友， 任何租金補助計劃，如：對貧窮人的房屋補助計劃 (HUD)，第8條條例等。** ☐ 是 ☐ 否

假如"是", 請填寫下列：

房屋花費類型	支付人的姓名	各付多少錢	多久付一次
		$	
		$	

郡政府專欄

Housing verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Total housing $ _____

Shared housing: ☐ **YES** ☐ **NO**

FS (37) **A. 是否有人有任何水電雜費花費？** ☐ 是 ☐ 否

假如"是", 請填寫下列：

水電雜費花費	花費總額	你付多少錢	其他家庭／家庭成員付多少錢	多久付一次
瓦斯和其他燃料	$	$	$	
電或其他燃料	$	$	$	
瓦斯或電或者其他燃料是否用作屋內的暖氣或冷氣？	☐ 是 ☐ 否			
水	$	$	$	
下水道	$	$	$	
垃圾或廢物	$	$	$	
電話（一個電話的基本費加上稅錢）	$	$	$	
水電設備的安裝	$	$	$	
其他（請解釋）	$	$	$	

FS **B. 是否有別人支付全部或部分的這些水電雜費？包括不住在家中的親戚／朋友，低收入能量補助計劃等。** ☐ 是 ☐ 否

假如"是", 請填寫下列：

水電雜費花費類型	支付人的姓名	各付多少錢	多久付一次

Utilities verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Metered: ☐ **YES** ☐ **NO**

Client elects

☐ Actual

If Actual, Total Utilities

$_____

☐ SUA

SUA prorated:

☐ **YES** ☐ **NO**

FS (38) **你可以授權給家中其他的人或不是你家庭成員的人領取你的糧食券，或者用此糧食券來為你購買食物。假如你願意授權給某人的話，請填寫下列：**

授權代表姓名	地址	電話
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **是否有人在本月份或本月前三個月中受到醫藥／懷孕治療？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

接受治療人姓名	治療月份	為治療支付的款項		這些月中你要MEDICAL嗎？	
		是	否	是	否

郡政府專欄

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

CA FS MC (40) **是否有人有聯邦醫藥保健計劃(MEDICARE)保險？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

受保險人	MEDICARE 請領號碼	對	劃(✔)如何付每月保險費		
			從支票中扣除	由你支付	其他
		部份A			
		部份B			
		部份A			
		部份B			

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB
☐ QDWI

CA MC (41) **是否有人有健康，牙齒，視力，住院或長期照看保險，或者健康計劃，如：Kaiser, Blue Cross,統一服務的平民衛生醫療計劃(CHAMPUS)等？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	受保險人	截止日期	保險費金額	多久付一次
			$	
			$	

State Certified LTC Policy:
☐ YES ☐ NO
☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **是否有人有可以得自父母，僱主或不在家父母，但未申請的健康保險？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	要受保險的人	保險費金額	多久付一次
		$	
		$	

☐ DHS 6155

CA MC (43) **是否有任何人的健康保險預期要終止，或者在前60天中已經終止？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	受保險的人	截止日期	保險費金額	多久付一次
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (44) **是否有人因為受傷或意外事件引起的殘障，致使他們難以工作或照料自己的需要？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

人名	問題類型	發生問題日期	預期復健日期

☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. 是否有任何人具有需要下列項目的醫療病況或醫療情況？**
對每一項劃(✔)"是"或"否"：

	是	否		是	否
特殊飲食—由醫生處方			大量使用水電		
特殊交通需要			特殊洗衣服務		
特殊電話或其他設備			其他（請說明）：		
家務（家中無人能做）					

假如"是"，請解釋：

CA MC FS **B. 家中是否有孩子或殘障人士需要別家的家人對他們的照看？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請解釋：

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

CA MC **C. 是否有殘障人士在工作並有醫療花費（輪椅等），需要有此項目才能工作？** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

人名	花費類型	金額
		$
		$

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. 是否有任何人得到家中協助服務(IHSS)?** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，誰得到服務？_____ 你每月付多少錢？ $_____

			郡政府專欄
CA (46)	**由於突發和不尋常的情況，如：地震，火災或水災，家庭是否需要為喪失或損壞的房屋或主要家用物件申請特殊需要付款?** 假如"是"，請在下面解釋。	☐ 是 ☐ 否	Special Need Verified YES NO Eligible for Special Need
CA FS (47)	**是否有家人躲避或逃脫法律判定的重罪制裁，定罪後監禁或服刑，或者違犯執行假釋期或緩刑期?** 假如"是"，提供這人的姓名：	☐ 是 ☐ 否	
CA FS (48)	**是否有家人因擁有，使用或分發違禁藥品而犯了和毒品有關的重罪? 對現金補助提供在98年1月1及以後定罪的事實；對糧食提供在96年8月22及以後犯罪和定罪的事實。** 假如"是"，請填寫下列：	☐ 是 ☐ 否	

定罪人姓名	定罪日期	犯罪日期

CA MC (49) **你可以得到下列服務。你對這些問題的回答並不影響你的補助資格。請在每一項"是"或"否"劃(✔).**	☐ 是	☐ 否	
A. 在你的要求下，透過兒童健康和殘障防治計劃(CHDP).為你家裡21歲以下的合格人員提供定期體檢以幫助保障你家人的健康。			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ CHDP Referral
• 你是否需要更多有關 CHDP 服務的資料?			☐ Social Services Referral (MCO)
• 你是否需要 CHDP 醫療服務?			
• 你是否需要 CHDP 牙醫服務			
• 你是否需要幫助你預約時間，或得到去CHDP 服務所的交通工具?			
B. 你是否需要更多免疫注射服務的資料?			☐ Referred for Immuniz.
C. 假如你懷孕，可以幫助你尋找醫生，得到健康食物，以及得到其它的幫助。你是否要找人談論此幫助事項?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. 你是否為孩子餵母奶?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
假如"是"，你是否在最近12 個月內生孩子的?			
假如你在(49) C或 D 劃"是"，你可能有資格得到婦女，嬰孩和兒童(WIC)特殊補充食物計劃所提供的服務?			☐ WIC referral
E. 你或任何家人是否需要免費或低費用的家庭計劃服務，來幫助籌劃如何防止未計畫有的懷孕，和/或籌劃有下一個孩子? 假如"是"的話，請打電話給你的保健計劃或是固定就醫的醫生。或者，有關保密的家庭計劃診所的情況和地點，可以打免費電話號碼 1-800-942-1054.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

證明

我瞭解：

- 我所提供的任何事實，包括福利和收入的事實，要和當地政府，州政府和聯邦政府的記錄相核對，如僱主，社會安全局，稅務，福利和失業代理機構，學校出勤率等。 對於現金補助和糧食券，此記錄還要和執法代理機構核對是否有逮捕令。
- 所有我提供的事實，包括福利和收入的事實，要受到郡政府，州政府和聯邦政府工作員的審查和核對，並且假如我提供錯誤事實的話，我的現金補助，糧食券和 Medi-Cal 會被拒絕或停止。
- 我的案件可能會被挑選到作審查以確保我的合乎資格的計算是正確的，並且確保我在任何檢查和審查中,包括質量控制審查,須充分同郡政府，州政府和聯邦政府工作員合作。
- 郡政府將把事實資料寄給移民歸化局 (INS) 來證實移民身份，並且郡政府從 INS 得到的資料可能會影響我領取現金補助，糧食券和全額 Medi-Cal 的資格。但是，如果我只申請 Medi-Cal 並且如果我不是(a)合法永久居住的非公民 (LPR)，(b) 具有目前生效的 I-688的特赦外僑，或者，(c) 法律所訂特殊條例下永久居住在美國的非公民 (PRUCOL), 郡政府將不把資料寄給 INS。
- 我必須申請並保持有可得到的健康保險額，如果不需化錢的話；如若我不這樣做的話，我的 Medi-Cal 將被拒絕或停止。
- 我或其他家庭成員將被規定償還任何我不應當領取的現金補助。
- 糧食券家庭，任何糧食券家庭的成人（即使他／她已搬走），非公民家庭成員的擔保人，或住合格機構居民的授權代表會被規定償還任何此家庭不該領取的福利金。
- 我家中任何躲避或逃脫法律對重罪的制裁，定罪後的監禁或服刑，或者違反執行假釋期或緩刑期的人不可以領取現金補助或糧食券。
- 任何人自 1996 年 8 月 22 日起因擁有，使用，或 分發 違禁藥品而犯了和毒品有關的重罪，就不能領取糧食券，或者假如是自 1998 年1 月1 日起犯了罪，就不能領取現金補助。
- 有關現金補助和糧食券，郡政府將規定我和某幾位家庭成員作指紋和相片影象。如果我不合作，我的福利會被拒絕或停止。

我也瞭解：

假如我故意提供錯誤的事實，或不彙報會影響我的資格或現金補助，糧食券和Medi-Cal 福利的事實或情況，就要受到取消資格和／或福利欺詐懲罰。

對現金補助：

- 假如我故意不遵守現金補助的條例的話，我會被罰款高達 $10,000 和／或監禁／坐牢3 年。我的現金補助會被停止：
  - 假如不呈報所有的事實或提供錯誤的事實：第一次違反，為期 6 個月，第二次違反，為期 12 個月，或者第三次違反，則永遠停止；對難民現金補助計劃，第一次違反，為期 3 個月，以後任何次數的違反為期 6 個月。
  - 同一時間遞交一份或更多份申請表格在多於一個案件中領取補助：第一次犯法，為期 2 年，第二次犯法，為期 4 年，或者第三次違犯，則永遠停止。
  - 對判為竊取補助的重罪： 竊取金額 $2000 以下的，為期 2 年，竊取金額 $2000 至 $4999.99，為期 5 年，金額為 $5000 或更多的，則永遠停止。
  - 為了同時在兩個或更多郡或州領取補助而提供郡政府假居住證明; 提供郡政府不合格孩子或不存在孩子的假證明; 通過欺詐，領取多於 $10,000 的現金福利; 在法庭或行政聽證第三次判欺詐罪：則永遠停止。

對現金補助：

- 假如我故意不 遵守糧食券條例，第一次違犯，我的糧食券會被停止12個月，第二次違犯，會被停止24個月，第三次違犯，則永久停止。並且我可能會被罰款高達$250,000和／或監禁／坐牢20年。
- 假如我被法庭判決有罪，因為：
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，以取得槍枝，彈藥，或炸藥，第一次違犯，就會永久停止我的糧食券。
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，以取得違禁藥品，第一次違犯，我的糧食券會被停止24個月，第二次違犯，則永久停止。
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，其價值是$500 或超過$500，就會永久停止我的糧食券。
  - 我在同時提交兩份或更多份的糧食券申請表，並且提供郡政府假身份或假居住情況，我的糧食券就會被停止10年。

我在願意承受美國法律及加州法律對僞證作懲罰下聲明，在這份事實聲明中，所有的資料正確無誤，並且是全面的。

簽名（父母或看護親屬，Medi-Cal 申請人，糧食券家庭成員成人，或糧食券授權代表）			日期
簽名（住在家中的另一位父母，假如申請現金補助）	日期	簽名（作記號證人，翻譯員或是申請人／受益人的代表簽名	日期

郡政府專欄

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
	YE	NO	YE	NO	YE	NO
Residency	S		S		S	
Deprivation						
Age						
Immuniz Regs Met						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Gross and net income						

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
	YE	NO	YE	NO	YE	NO
Property/Resources—Within limits and verified amount $	S		S		S	
Work participation						
FSET						
ABAWDs-CalWORKs						
CFAP						
Sponsored alien Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation (Managed Care)						

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			
If "NO", why:			

COMMENTS

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

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