State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

اقدام برای دریافت مزایای CALFRESH

اگر دچار معلولیت هستید یا برای ارائه این درخواست به کمک نیاز دارید، به بخش رفاه اجتماعی کانتی (کانتی) اطلاع دهید تا یکی از مسئولین به شما کمک کند.

اگر ترجیح می دهید که به زبانی بجز انگلیسی صحبت کنید، بنویسید یا بخوانید، کانتی به صورت رایگان فردی را در اختیارتان قرار می دهد تا به شما کمک کند.

چگونه برای دریافت این مزایا اقدام کنم؟

اگر فقط برای مزایای CalFresh درخواست می دهید از این فرم تقاضا استفاده کنید. CalFresh یک برنامه کمک غذایی است که به شما در هزینه خرید مواد غذایی برای خانوارتان کمک می کند. اگر می خواهید برای برنامه هایی غیر از CalFresh، مانند CalWORKs یا Medi-Cal اقدام کنید، لطفاً برای درخواست برنامه های دیگر یک فرم تقاضا درخواست کنید. همچنین می توانید با مراجعه به https://www.benefitscal.org برای CalFresh یا سایر برنامه ها درخواست دهید.

- در صورت امکان، کل فرم درخواست را پر کنید. برای شروع پروسه درخواست، باید حداقل نام، آدرس و امضاء خود را (سوال 1 در صفحه 1) را در اختیار کانتی قرار دهید.

- فرم درخواست را به صورت حضوری، از طریق پست، فکس یا به صورت آنلاین در اختیار کانتی قرار دهید.

- زمان پاسخگویی به اینکه آیا واجد شرایط دریافت مزایا می باشید یا نه، از روزی شروع می گردد که کانتی فرم امضاء شده درخواست شما را دریافت کند. اگر در یک مرکز مراقبت و نگهداری بسر می برید، این زمان از روزی شروع می گردد که آن کانون یا مرکز را ترک کنید.

مرحله بعدی چیست؟

- قبل از امضای فرم درخواست، درباره حقوق و مسئولیت هایتان (قوانین دریافت مزایا صفحه 1 تا 5) مطالعه کنید.

- شما باید در مورد تقاضانامه خود با کانتی مصاحبه داشته باشید. اکثر مصاحبه ها به صورت تلفنی انجام می شوند، ولی در دفتر کانتی یا سایر مکان هایی که توسط کانتی هماهنگ شده اند به صورت حضوری نیز قابل اجرا می باشد. در صورتیکه دچار معلولیت هستید، می توان ترتیب دیگری اتخاذ کرد.

- اگر همه قسمت های فرم درخواست را پر نکرده اید، در زمان مصاحبه می توانید این کار را انجام دهید.

- برای تعیین واجد شرایط بودن شما، باید مدارک درآمد، هزینه ها و یا شرایط دیگر خود را ارائه دهید.

چقدر طول می کشد؟

رسیدگی به درخواست شما ممکن است تا حداکثر 30 روز طول بکشد. ولی اگر واجد شرایط دسترسی سریع به خدمات باشید، ممکن است در ظرف 3 روز کاری این مزایا در اختیار شما قرار داده شوند:

- اگر درآمد خانوار شما (درآمد قبل از کسورات) کمتر از 150 دلار باشد و نقدینگی شما در حساب پس انداز یا جاری شما 100 دلار یا کمتر باشد؛ یا

- اگر هزینه خانوار (کرایه /رهن و قبض ها) بیشتر از درآمد خالص ماهیانه و نقدینگی شما در حساب پس انداز یا جاری باشد؛ یا
- اگر مهاجر یا کارگر فصلی مزرعه باشید و خانوار شما کمتر از 100 دلار در حساب پس انداز یا جاری خود داشته و (1) درآمدتان متوقف شده باشد، یا (2) درآمدتان را دریافت می کنید اما تا 10 روز آینده بیش از 25 دلار دریافت نخواهید کرد.

برای اینکه کانتی در مدت زمان سه روز بتواند بررسی کند آیا شما واجد شرایط دریافت مزایا هستید یا نه، لطفاً به سؤال های 1، 6 تا 8، 11 و 16 پاسخ داده و همراه با فرم درخواست، کارت شناسایی خود (اگر دارید) را نیز به کانتی ارائه دهید.

کانتی نامه ای برایتان ارسال خواهد کرد تا به شما اطلاع دهد که آیا خانوار شما مزایای CalFresh را دریافت خواهد کرد یا نه.

جلسه با نماینده کانتی

جلسه با نماینده کانتی، اقدامی است که تحت آن به خانوار این حق داده می شود که با مسئول تعیین واجد شرایط بودن دریافت خدمات ملاقات کرده (این جلسه ممکن است با حضور مددکار تعیین کننده واجد شرایط بودن افراد و و یک نماینده مجاز برگزار شود)، تا به صورت رسمی به اختلاف نظر ها رسیدگی شده و مشخص گردد که آیا خانوار از معیارهای لازم برای دسترسی سریع به خدمات برخوردار می باشد یا نه.

جلسه با نماینده کانتی، ظرف دو روز کاری بعد از ارائه درخواست برگزار می شود، مگر اینکه به درخواست خانوار، این جلسه به روز دیگری موکول گردیده یا با ترجیح خانوار کلًا لغو شود.

برای مصاحبه به چه چیزهایی نیاز دارم؟

برای اینکه هیچ تأخیری روی ندهد، اسناد زیر را در جلسه مصاحبه با خودتان بیاورید. حتی اگر اسناد را در اختیار ندارید، در جلسه مصاحبه شرکت کنید. اگر برای دریافت اسناد به کمک نیاز دارید، ممکن است کانتی بتواند به شما کمک کند. در طول مصاحبه، اطلاعات موجود در فرم درخواست توسط کانتی مورد بررسی قرار می گیرد و سؤال هایی از شما پرسیده می شود تا به این نتیجه برسند که آیا واجد شرایط دریافت مزایای CalFresh هستید یا نه و اینکه تا چه میزانی مزایا به شما تعلق خواهد گرفت.

اسناد مورد نیاز برای دریافت مزایا

- کارت شناسایی (گواهینامه رانندگی، کارت شناسایی ایالتی، پاسپورت).
- محل زندگی (قرارداد کرایه، قبضی (بل) که در آدرس تان روی آن درج شده باشد).
- شماره های بیمه اجتماعی یا سوشال سکوریتی (افراد غیر شهروند به نکات زیر مراجعه کنند).
- مبلغ موجودی در حساب بانکی برای همه اعضای خانواده (آخرین صورتحساب های بانکی).
- درآمد کسب شده توسط همه اعضای خانواده در 30 روز گذشته (آخرین فیش های حقوقی، نامه اشتغال به کار از طرف کارفرما). **نکته:** اگر شغل آزاد دارید، سوابق مربوط به درآمد، هزینه ها یا مالیات را ارائه دهید.

- درآمد انتقالی (مزایای بیکاری، SSI، بیمه تأمین اجتماعی، مزایای بازنشستگان ارتش، نفقه فرزند، جبران خسارت کارگری، وام دانش آموزی، درآمد حاصل از کرایه و سایر موارد).
- وضعیت مهاجرت قانونی **فقط** برای افراد غیر شهروند که برای دریافت مزایا اقدام کرده اند (کارت اقامت، ویزا).

نکته: بعضی از افراد غیر مهاجر که وضعیت مهاجرت آنها بر اساس خشونت خانگی، پیگرد جنایی یا قاچاق انسانی می باشد، ممکن است به این سند نیازی نداشته باشند. ممکن است به شماره بیمه اجتماعی نیز نیازی نداشته باشند.

اسناد مورد نیاز برای دریافت مزایای CalFresh بیشتر

- هزینه های مسکن (رسید های مربوط به کرایه، قبض (بل) قرضه مسکن، قبض (بل) مالیات ملک، اسناد مربوط به بیمه منزل).
- قبض (بل) تلفن و آب، برق و گاز
- هزینه های پزشکی برای همه اعضای مسن خانواده (60 سال به بالا) یا ناتوان.
- هزینه های نگهداری و مراقبت از کودکان و بزرگسالان بدلیل کار کردن، جستجو برای یافتن شغل، حضور در دوره های آموزشی یا مدرسه، یا شرکت در فعالیت های الزامی برای کار.
- پرداخت نفقه فرزند از طرف عضوی از خانوار شما.

چطور می توانم مزایای CalFresh را دریافت کنم / و یا از آن استفاده کنم؟

- کانتی یک کارت پلاستیکی انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) را برایتان پست می کند یا شخصا به شما خواهد داد. مزایای شما بعد از تأیید به این کارت واریز خواهد شد. بعد از دریافت کارت، آن را امضا کنید. برای استفاده از کارتتان یک شماره شناسایی شخصی (PIN) برای خود بسازید.

- اگر کارت EBT شما گم شد، سرقت شد، خراب شد، یا تصور کردید که فردی شماره PIN شما را دارد و شما نمی خواهید که به مزایای شما دسترسی داشته باشد، می توانید فوراً با شماره 9677-328 (877) یا با کانتی تماس بگیرید. مطمئن شوید که تمام افراد بزرگسال مجاز و نماینده شما بدانند که در صورت بروز این مشکلات چگونه فوراً آن را گزارش دهند. اگر گزارش ندهید که فردی شماره PIN شما را دارد و شما نمی خواهید به مزایای شما دسترسی داشته باشد و اگر شماره PIN خود را تغییر ندهید، مزایای مصرف شده برگردانده نخواهند شد.

- تقریبا برای خرید همه مواد غذایی و همچنین برای خرید بذر گیاهان برای کاشت و پرورش آنها می توانید از مزایای CalFresh استفاده کنید. ولی نمی توانید این اقلام را بخرید: الکل، تنباکو، غذای حیوانات خانگی، بعضی از انواع غذاهای پخته شده یا مواد غیرخوراکی (مثل خمیردندان، صابون یا دستمال توالت).

- مزایای CalFresh در اکثر مغازه های خواربار فروشی و سایر مکانهایی که مواد غذایی می فروشند پذیرفته می شود. برای لیست مکانهایی در نزدیکی شما که EBT قبول می کنند، لطفاً به https://www.ebt.ca.gov مراجعه نمایید.

- مزایای CalFresh فقط برای شما و اعضای خانواده تان می باشد. مزایایتان را حفظ کنید. شماره PIN خود را به هیچکس ندهید. شماره PIN خود را در کنار کارت EBT قرار ندهید.

اگر بی خانمان باشم چطور؟

گر بی خانمان هستید، لطفاً فورا به کانتی اطلاع دهید تا با در نظر گرفتن آدرسی، درخواست شما مورد قبول قرار گرفته و اعلامیه های مربوط به پرونده شما به آن آدرس ارسال گردد. بی خانمان از نظر CalFresh به این معنا است که:

A. اگر فرد در یک پناهگاه محافظت شده، خانه های نیمه ساخته یا مکان های مشابه زندگی می کند.

B. اگر در خانه فرد یا خانواده ای دیگر اقامت دارد ولی کلاً بیشتر از 90 روز نمی تواند در آنجا بماند.

C. اگر فرد در جایی می خوابد که برای خوابیدن نیست یا به این منظور ساخته نشده است (مثل سالن های انتظار، ایستگاه اتوبوس، راهرو ساختمان یا مکان های مشابه).

صفحه اطلاعات - لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

حقوق و مسئولیت ها

شما مسئول هستید که کارهای زیر را انجام دهید:

- همه اطلاعات مورد نیاز برای تعیین واجد شرایط بودنتان را در اختیار کانتی قرار دهید.
- در صورت نیاز، اسناد مرتبط با اثبات اطلاعات ارائه شده را در اختیار کانتی بگذارید.
- در صورت درخواست، تغییرات را گزارش دهید. کانتی به شما اعلام می کند که چه اطلاعاتی را در چه زمانی و چگونه به کانتی ارسال دارید. اگر این الزامات را انجام ندهید، پرونده شما بسته خواهد شد یا مزایای CalFresh شما کاهش یافته یا متوقف خواهد گردید.
- در جستجوی شغلی باشید، شغلی را پیدا کنید و شغل خود را حفظ کنید، اگر کانتی به شما اطلاع داده که این امر در خصوص پرونده شما الزامی است.
- اگر پرونده تان برای بررسی و تحقیق انتخاب گردد تا مشخص شود که آیا به درستی واجد شرایط دریافت مزایا بوده اید و آیا سطح مزایای دریافتی درست بوده است یا نه، کاملا با پرسنل کانتی، ایالت یا فدرال همکاری کنید. اگر در این مراحل بررسی، همکاری لازم را نداشته باشید، ممکن است مزایایتان را از دست بدهید.
- اگر مزایای CalFresh را دریافت کرده اید ولی واجد شرایط آن نبوده اید، آن را برگردانید.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- فقط با ارائه نام، آدرس و امضایتان، درخواست CalFresh را ارائه دهید.
- در صورت لزوم از ایالت بخواهید که مترجمی را به صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد.
- اطلاعاتی که در اختیار کانتی قرار داده اید به صورت محرمانه حفظ شود، مگر اینکه مستقیماً در رابطه با اجرای برنامه های کانتی باشد.
- در هر زمان قبل از اینکه کانتی درباره واجد شرایط بودن شما تصمیمی بگیرد، درخواستتان را لغو کنید.
- برای تکمیل درخواست CalFresh راهنمایی دریافت کنید و قوانین برایتان به طور کامل توضیح داده شود.
- برای تهیه اسناد و مدارک مورد نیاز به شما کمک شود.
- با حفظ احترام با شما برخورد شود و تبعیضی قائل نشوند.
- اگر واجد شرایط دسترسی سریع به خدمات شناخته شدید، در مدت 3 روز مزایای CalFresh در اختیارتان قرار بگیرد.
- زمانی که برای دریافت مزایا اقدام کردید، در فاصله زمانی قابل قبولی از طرف کانتی با شما مصاحبه شود تا ظرف مدت زمان 30 روز نسبت به واجد شرایط بودن شما تصمیم گیری شود.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید

- حداقل 10 روز به شما فرصت داده شود تا مدارک مورد نیاز را در اختیار کانتی قرار دهید تا درباره واجد شرایط بودن شما تصمیم بگیرند.
- حداقل 10 روز قبل از اینکه کانتی مزایای CalFresh شما را متوقف کرده یا کاهش دهد، اعلامیه کتبی دریافت کنید.
- در مورد پرونده تان با کانتی صحبت کنید و هرگاه خواستید، پرونده تان مورد بررسی قرار بگیرد.
- اگر با تصمیم کانتی در مورد پرونده CalFresh موافق نیستید، در مدت زمان 90 روز درخواست برگزاری جلسه استماع دادرسی ایالتی داشته باشید. اگر قبل از اینکه اقدامی در مورد پرونده CalFresh شما صورت بگیرد درخواست برگزاری جلسه بررسی کنید، مزایای CalFresh شما همچنان تا زمانی که جلسه برگزار شود یا تا پایان مدت تاییدیه، هرکدام که زودتر باشد، بدون تغییر باقی می ماند. می توانید از کانتی درخواست کنید تا بعد از برگزاری جلسه مزایایتان را تغییر دهد، تا اگر مزایای اضافی دریافت کنید بعداً نیازی به بازپرداخت آنها وجود نداشته باشد. اگر قاضی امور اداری به نفع شما حکم دهد، کانتی هر مبلغی از مزایا را که کمتر شده است به شما باز می گرداند.
- درباره حقوقتان در مورد جلسه دادرسی، یا برای ارجاع به مرکز خدمات حقوقی با شماره تلفن رایگان **1-800-952-5253** تماس بگیرید. افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند و از TDD استفاده می کنند با شماره **1-800-952-8349** تماس بگیرند. با مراجعه به دفتر امور رفاه اجتماعی یا خدمات حقوقی محلی خود می توانید به خدمات حقوقی رایگان دسترسی داشته باشید.
- اگر نمی خواهید تنها به جلسه دادرسی بروید، می توانید یکی از دوستان یا هر فرد دیگری را به همراه خود به جلسه ببرید.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

- برای شرکت در انتخابات و رأی دادن از کانتی کمک بگیرید.
- اگر اعلام گزارشات ضروری نمی باشد ولی ممکن است مزایای CalFresh شما را افزایش دهد، این کار را انجام دهید.
- ارائه اسناد هزینه های خانواده ممکن است باعث افزایش مزایای CalFresh شما گردد. اگر این اسناد را در اختیار کانتی قرار ندهید، به این معنی است که اعلام کرده اید هزینه ای نداشته و لذا قادر نخواهید بود تا مزایای CalFresh بیشتری دریافت کنید.
- اگر می خواهید فرد دیگری (نماینده مجاز شما) از مزایای CalFresh شما و برای اعضای خانواده تان استفاده کند یا در رابطه با پرونده CalFresh به شما کمک کند، این امر را به کانتی اطلاع دهید.

قوانین و جریمه های مربوط به برنامه

اگر اطلاعات اشتباه یا غلط ارائه دهید، یا از روی عمد همه اطلاعات موجود را ارائه ندهید تا مزایای CalFresh که در حقیقت واجد شرایط آن نیستید را دریافت کرده، یا به فرد دیگری کمک کنید تا مزایایی را دریافت کند که واجد شرایط دریافت آنها نیست، این امر به منزله ارتکاب جرم است. هر مزایایی که دریافت کرده ولی واجد شرایط آن نباشید را باید برگردانید.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

موارد تخلف از برنامه برای CalFresh: می دانم که اگر هرکدام از کارهای زیر را انجام دهم، مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده ام:

- پنهان کردن اطلاعات یا ارائه اطلاعات اشتباه
- استفاده از کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) که متعلق به فرد دیگری است یا به فردی دیگر اجازه دهم تا از کارت من استفاده کند
- استفاده از مزایای CalFresh برای خرید الکل و تنباکو
- تجارت، خرید، فروش، سرقت یا انتقال مزایای CalFresh یا کارت EBT به دیگران، یا تلاش برای تجارت، خرید، فروش، سرقت یا انتقال مزایای CalFresh یا کارت EBT به دیگران
- تلاش برای دو بار دریافت مزایا، مثلا اقدام به دریافت مزایا در دو ایالت یا کانتی مختلف و به صورت همزمان

جریمه
امکان دارد که:

- برای اولین بار تخلف، مزایای CalFresh را برای 12 ماه از دست داده و مجبور شوم تمامی مزایای CalFresh که اضافه دریافت کرده ام را برگردانم
- برای دومین بار تخلف، مزایای CalFresh را برای 24 ماه از دست داده و مجبور شوم تمامی مزایای CalFresh که اضافه دریافت کرده ام را برگردانم

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

موارد تخلف از برنامه برای CalFresh: می دانم که اگر هرکدام از کارهای زیر را انجام دهم، مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده ام: (ادامه)

- ارائه اسناد اشتباه برای کودکان یا اعضای خانواده که واجد شرایط نیستند یا کلاً وجود ندارند
- نقض شرایط آزادی مشروط یا بقید التزام
- فرار پس از محکومیت جنایی
- خرید (ابتیاع) یک محصول با مزایای CalFresh که دارای سپرده بازگشت است، عمداً (به طور هدفمند) محتویات را دور بریزید و ظرف را برای دریافت مبلغ سپرده بازگردانید یا تلاش کنید تا ظرف را برای دریافت مبلغ سپرده بازگردانید

جریمه امکان دارد که: (ادامه)

- برای سومین بار تخلف، مزایای CalFresh را بطور دائم از دست داده و مجبور شوم تمامی مزایای CalFresh که اضافه دریافت کرده ام را برگردانم

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

موارد تخلف از برنامه برای CalFresh: می دانم که اگر هرکدام از کارهای زیر را انجام دهم، مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده ام: (ادامه)	جریمه امکان دارد که: (ادامه)
• خرید محصولی با مزایای CalFresh و فروش عمدی آن برای دریافت وجه نقد یا هر چیز دیگری بجز مواد غذایی مورد تایید	• تا میزان 250000 دلار جریمه شده، تا 20 سال زندانی شوم یا هر دو مورد
• مبادله مزایای CalFresh یا تلاش برای مبادله مزایای CalFresh: در مقابل دریافت وجه نقد، اسلحه، کالاهای غیر واجد شرایط و یا مواد کنترل شده مانند مواد مخدر	• از دست دادن مزایای CalFresh به مدت 24 ماه برای اولین تخلف • از دست دادن مزایای CalFresh بطور دائم برای دومین تخلف
• ارائه اطلاعات اشتباه درباره هویت و محل زندگیتان برای اینکه مزایای CalFresh بیشتری دریافت کنید	• از دست دادن مزایای CalFresh برای 10 سال برای هر مورد تخلف

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

موارد تخلف از برنامه برای CalFresh: می دانم که اگر هرکدام از کارهای زیر را انجام دهم، مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده ام: (ادامه)	جریمه امکان دارد که: (ادامه)
• محکومیت نسبت به مبادله، فروش یا تلاش برای مبادله مزایای CalFresh با ارزش بیش از 500 دلار، یا تلاش برای مبادله مزایای CalFresh در مقابل دریافت اسلحه، مهمات و مواد منفجره	• از دست دادن مزایای CalFresh بطور دائم

اطلاعات مهم برای افراد غیر شهروند

• افرادی که واجد شرایط هستند، حتی اگر در خانواده آنها افرادی غیر واجد شرایط وجود داشته باشند، می توانند برای مزایای CalFresh اقدام کنند و آن را دریافت کنند. بعنوان مثال، والدین مهاجر می توانند برای فرزندانشان که شهروند آمریکا یا مهاجر واجد شرایط هستند، برای مزایای CalFresh درخواست دهند حتی اگر والدین شخصاً واجد شرایط نباشند.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

- دریافت مزایای غذایی تاثیر منفی بر وضعیت مهاجرت شما یا خانواده شما ندارد. اطلاعات مربوط به افراد مهاجر، خصوصی و محرمانه هستند.
- وضعیت اقامت افراد مهاجر غیر شهروند که واجد شرایط دریافت مزایا بوده و برای آن اقدام کرده اند، از طرف اداره خدمات مهاجرت و شهروندی ایالات متحده (USCIS) مورد بررسی قرار می گیرد. با اینحال بر اساس قوانین فدرال، USCIS نمی تواند از این اطلاعات در تعیین شهروندی افراد استفاده کند مگر در مواردی که فرد کلاهبرداری کرده باشد.

مشارکت نداشتن

در صورتی که فردی از اعضای خانواده که شهروند نیست و نمی خواهد برای مزایای CalFresh اقدام کند، نیازی نیست که اطلاعات مربوط به مهاجرت، شماره بیمه اجتماعی یا اسناد دیگری را به کانتی ارائه دهد. با اینحال، کانتی اطلاعات مربوط به درآمد و منابع درآمدی این فرد را برای تعیین مزایای دیگر اعضای خانواده نیاز دارد. کانتی در مورد افرادی که برای مزایای CalFresh اقدامی نمی کنند با USCIS تماس نخواهد گرفت.

قانون حریم خصوصی و افشای اطلاعات: شما در فرم درخواستتان، اطلاعات شخصی خود را وارد می کنید. کانتی از این اطلاعات برای تعیین واجد شرایط بودن شما در دریافت مزایا استفاده می کند. اگر اطلاعات درخواستی را ارائه ندهید، کانتی ممکن است با درخواست شما مخالفت کند. شما حق دارید که اطلاعات داده شده به کانتی را مرور کرده، تغییر داده یا تصحیح کنید. کانتی اطلاعات شما را به دیگران نشان نمی دهد و در اختیار دیگران قرار نخواهد داد مگر اینکه خودتان به آنها اجازه انجام چنین کاری را بدهید، یا اگر به واسطه قانون فدرال یا قانون ایالتی چنین اجازه ای به آنها داده شود. بیانیه 273.2(4)(b) قانون حریم خصوصی افراد. بعنوان دفتر نمایندگی کانتی، ما باید موارد زیر را به همه اعضای خانواده که برای دریافت مزایای CalFresh درخواست کرده یا از آن انصراف داده اند، اطلاع دهیم:

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید

(i) دریافت این اطلاعات، از جمله شماره بیمه اجتماعی (SSN) تمامی اعضای خانواده تحت قانون Food Stamp سال 1977 و اصلاحیه 7 U.S.C. 2011-2036 از از این اطلاعات برای تعیین واجد شرایط بودن یا ادامه دریافت مزایای CalFresh برای خانواده شما استفاده می گردد. از طریق برنامه های تطبیق کامپیوتری مانند، IEVS (سیستم تأیید و صحت میزان در آمد افراد)، صحت یا سقم اطلاعات ارائه شده از طرف شما مورد بررسی قرار می گیرد. از این اطلاعات همچنین برای نظارت بر پیروی از قوانین برنامه و مدیریت برنامه استفاده می گیرد.

(ii) این اطلاعات ممکن است برای بررسی های رسمی در اختیار سایر سازمان های فدرال و ایالتی نیز قرار بگیرد، همچنین ممکن است در اختیار مسئولین سازمان های قانونگذار برای دستگیری افراد فراری و گریزان از قانون قرار داده شود.

(iii) اگر CalFresh بر علیه اعضای خانواده شما دادخواستی را پر کند، از اطلاعات موجود در فرم درخواست، از جمله SSN، برای ارجاع به سازمان های فدرال و دولتی و همچنین سازمان های خصوصی مطالبه دعاوی برای دریافت مطالبات خود، استفاده خواهد شد.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید

(iv) ارائه اطلاعات درخواستی از جمله SSN برای هر یک از اعضای خانواده، اختیاری است. با این وجود عدم ارائه SSN، سبب رد درخواست دریافت مزایای CalFresh برای آن فرد می گردد. تمام SSN های دریافت شده، خواه فرد واجد شرایط دریافت مزایا باشد یا نباشد، بطور یکسان در اختیار سازمان های ذکر شده در بالا قرار گرفته و استفاده می شود.

کانتی ممکن است وضعیت مهاجرت افراد متقاضی دریافت مزایا را از USCIS استعلام کند. اطلاعات دریافتی از این سازمان ها ممکن است بر قبول یا میزان پرداختی مزایا تاثیر بگذارد.

با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه داده های سازمانهای فدرال و ایالتی همچون IRS (اداره درآمد داخلی)، مرکز مدیریت بیمه اجتماعی، بخش امنیت داخلی و/ یا **نمایندگی گزارش مصرف کنندگان**، کانتی پاسخ های شما را چک می کند. اگر اطلاعات مطابقت نداشته باشند، کانتی ممکن است از شما بخواهد تا اسنادی برای اثبات آنها ارائه دهید.

استفاده از شماره بیمه اجتماعی (SSN)

همه کسانی که برای مزایای CalFresh اقدام می کنند لازم است شماره SSN خود را (اگر داشته باشند) ارائه کنند، یا سندی ارائه دهند که ثابت کند برای دریافت SSN اقدام کرده اند (مانند نامه ای از طریق دفتر بیمه اجتماعی). در صورت ارائه ندادن شماره SSN، کانتی ممکن است مزایای CalFresh شما یا هر کدام از اعضای خانواده که شماره SSN خود را ارائه نداده اند را رد کند. با اینحال بعضی از افراد لازم نیست برای دریافت کمک، SSN ارائه دهند، مانند قربانیان خشونت های خانگی، شاهدان صحنه جرم و قربانیان قاچاق انسانی.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید

دریافت بیش از حد مجاز

این عبارت به این معنی است که بیش از حد مجاز به شما مزایای CalFresh پرداخت گردیده است. حتی اگر کانتی اشتباه کرده باشد یا بصورت غیر عمد صورت پذیرفته باشد، باید این مبلغ اضافی را برگردانید. ممکن است مزایایتان کم شده یا متوقف گردد. برای وصول این مبلغ بدهی ممکن است از طریق SSN، دادگاه، دیگر سازمان های وصول بدهی یا دولت فدرال استفاده شود.

گزارش دادن

در صورت بروز تغییرات خاص، همه اعضای دریافت کننده مزایای CalFresh باید آن را گزارش دهند. کانتی به شما اطلاع می دهد که چه تغییراتی را باید گزارش دهید، چطور آنها را گزارش کنید و چه زمان این کار را انجام دهید. اگر تغییرات را گزارش ندهید، ممکن است مزایای CalFresh شما کم شده یا متوقف گردد. شما همچنین می توانید اتفاقاتی را که منجر به افزایش مزایا می گردند را گزارش دهید، مثلا اگر سطح درآمد شما کاهش یابد.

استماع دادرسی ایالتی

اگر با هر گونه اقدامی که در رابطه با درخواست شما یا مزایای فعلی شما است موافق نیستید، می توانید درخواست برگزاری جلسه دادرسی ایالتی داشته باشید. ظرف مدت 90 روز از اقدامات کانتی، می توانید برای جلسه دادرسی ایالتی اقدام کنید و باید بگویید که چرا درخواست برگزاری چنین جلسه ای را دارید. در اعلامیه پذیرش یا عدم پذیرش که از طرف کانتی دریافت می کنید، اطلاعاتی درباره نحوه درخواست برگزاری جلسه دادرسی ایالتی ارائه شده است. اگر قبل از اجرای اقدامات کانتی، درخواست جلسه دادرسی ایالتی را ارائه کرده باشید، می توانید تا زمان صدور رأی همچنان مزایای CalFresh خود را به صورت قبل حفظ کنید.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

بیانیه عدم تبعیض: بر اساس قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و مقررات مربوط به حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، دفاتر نمایندگی این وزارتخانه، دفاتر و کارکنان آن و موسسات شرکت کننده در برنامه های USDA یا مجری این برنامه ها، نباید بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، مذهب، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی یا به تلافی فعالیت های مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA اجرا شده یا با حمایت مالی آن بوده است، نسبت به افراد تبعیض قائل شوند.

افرادی که معلولیت خاص داشته و برای دسترسی به اطلاعات برنامه به روش های ارتباطی دیگری نیاز دارند (مثل خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، ضبط صدا، زبان اشاره آمریکایی و سایر موارد، باید با دفاتر نمایندگی (ایالتی یا فدرال) که در آنجا برای دریافت مزایا درخواست داده اند، تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم شنوا و کسانی که مشکل گفتاری دارند می توانند با USDA از طریق سرویس رله فدرال به شماره 8339-877 (800) تماس بگیرند. همچنین ممکن است اطلاعات برنامه به زبان هایی بجز زبان انگلیسی نیز ارائه شود.

برای ثبت شکایت در مورد تبعیض در یک برنامه، فرم شکایت (AD 3027 USDA Program Discrimination Complaint Form) را از طریق وب سایت https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint، مراجعه به یکی از دفاتر USDA، تماس با مسئول هماهنگی حقوق مدنی کانتی، یا با نوشتن نامه و ارائه تمام اطلاعات مورد نیاز فرم در نامه به آدرس USDA یا به آدرس نامه نوشته و با ارائه تمام اطلاعات درخواست شده در فرم نوشتن نامه به بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا (CDSS) به آدرس زیر، دریافت کنید. برای درخواست یک کپی از فرم شکایت، با شماره 9992 - 632 (866) تماس بگیرید. فرم تکمیل شده یا نامه خود را به آدرس زیر برای USDA ارسال فرمایید:

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

(1) از طریق پست: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

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

(2) از طریق فکس: 690-7442 (202) یا

(3) از طریق ایمیل: program.intake@usda.gov

این مؤسسه، ارائه دهنده فرصت های برابر می باشد.

موارد بررسی پرونده

برای اطمینان از صلاحیت و واجد شرایط بودن متقاضیان، ممکن است پرونده شما مجدداً مورد بررسی قرار بگیرد. لذا شما باید با پرسنل کانتی، ایالت یا فدرال در انجام این امر و تمامی تحقیقات و منجمله بررسی کنترل کیفیت خدمات همکاری کنید. عدم همکاری در این خصوص می تواند به از دست رفتن مزایای شما منجر گردد.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

قوانین کار کردن برای دریافت CalFresh

کانتی ممکن است شما را در یک برنامه کاری قرار دهد. کانتی به شما اطلاع می دهد که آیا این برنامه کاری اختیاری است یا ملزم به شرکت در آن هستید. اگر انجام فعالیت های کاری الزامی باشد و شما در آن شرکت نکنید، ممکن است مزایایتان کم شده یا متوقف گردد. اگر اخیراً و بدون دلیل موجهی کارتان را ترک کرده اید، ممکن است واجد شرایط دریافت CalFresh نباشید.

استفاده از کارت EBT

اگر کارت EBT یا PIN خود را گم کرده یا از شما دزدیده شده است و شما، یکی از اعضای خانواده یا نماینده مجازتان این مورد را گزارش ندهد، هیچکدام از مزایای برداشت شده از کارت، جایگزین **نخواهد** شد.

هرگونه استفاده از کارت EBT که توسط شما، یکی از اعضای خانواده یا نماینده مجازتان، یا هر کس دیگری که شما داوطلبانه کارت EBT و PIN خود را به او داده اید، انجام پذیرد به منزله تایید شما بوده و هیچیک از مزایای برداشته شده، جایگزین **نخواهد گردید**.

اگر گزارش ندهید که فرد دیگری بدون تمایل شما به PIN دسترسی داشته و از مزایای شما استفاده کرده و PIN خود را تغییر ندهید، هیچیک از مزایای برداشته شده، جایگزین **نخواهد گردید**.

لطفاً این صفحه را بعنوان ثبت سابقه نزد خود نگهدارید.

یادداشت

لطفاً برای پر کردن فرم از رنگ های آبی یا مشکی استفاده کنید تا خواندن و کپی کردن آن راحت تر باشد. لطفاً پاسخ هایتان را با حروف بزرگ بنویسید. اگر برای پاسخ دادن به سؤالات به فضای بیشتری نیاز دارید، از بخش "فضای بیشتر برای نوشتن" در صفحه 10 استفاده کنید و در صورت لزوم برای ارائه اطلاعات بیشتر، صفحه های بیشتری را پیوست کنید، لطفاً مشخص کنید که پاسخ کدامیک از سؤال ها را در فضای اضافی یا در صفحات پیوست می نویسید.

1. اطلاعات متقاضی

نام (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	سایر نام ها (نام قبل از ازدواج، نام مستعار و سایر موارد)	شماره بیمه بیمه اجتماعی (سوسیال سیکیوریتی) (اگر شماره دارید و برای دریافت مزایا اقدام می کنید)

آدرس منزل یا مسیر منتهی به منزل	شهر	ایالت	کد پستی
آدرس پستی منزل (اگر با آدرس بالا تفاوت دارد)	شهر	ایالت	کد پستی

اجازه تماس

لطفاً بهترین اطلاعات تماس خود را در اختیار کانتی قرار دهید تا با شما تماس گرفته شود. با این کار کمک می کنید که به درخواستتان رسیدگی شود. با ارائه اطلاعات تماس خود در زیر، به کانتی اجازه می دهید تا در رابطه با درخواستتان از طریق تلفن، ایمیل یا پیامک یا منشی تلفنی با شما تماس گرفته شود.

شماره تلفن منزل	تلفن همراه	برای دریافت پیامک تلفنی، این مربع را علامت بزنید ☐
شماره محل کار/ سایر شماره ها / تلفن دریافت کننده پیام	آدرس ایمیل	

آیا بی خانمان هستید؟ ☐ بله ☐ نه اگر پاسختان **بله** است، لطفاً فورا به کانتی اطلاع دهید تا با در نظر گرفتن آدرسی، درخواست شما مورد قبول قرار گرفته و اعلامیه های مربوط به پرونده شما به آن آدرس ارسال گردد.

ترجیح می دهید به چه زبان مطالب را بخوانید (اگر زبان انگلیسی نباشد) _____

ترجیح می دهید به چه زبان صحبت کنید (اگر زبان انگلیسی نباشد) _____

کانتی به صورت رایگان مترجمی را در اختیارتان قرار می دهد. اگر ناشنوا هستید یا مشکل شنوایی دارید، لطفا این قسمت را علامت بزنید ☐

آیا شما یا فرد دیگری از اعضای خانواده معلول می باشید (پاسخ اختیاری است)؟ ☐ بله ☐ نه

(لطفاً یکی را انتخاب کنید)

آیا شما یا فرد دیگری از اعضای خانواده معلول می باشید (پاسخ اختیاری است)؟ ☐ بله ☐ نه

آیا قبلاً درگیر خشونت های خانگی/بدرفتاری بوده اید (پاسخ اختیاری است)؟ ☐ بله ☐ نه

آیا می خواهید برای Medi-Cal اقدام کنید؟ اگر پاسختان **بله** است، کانتی با استفاده از پاسخ های دریافت شده مشخص خواهد کرد که آیا واجد شرایط دریافت Medi-Cal خواهید بود یا نه. ☐ بله ☐ نه

آیا درآمد ناخالص ماهیانه خانوار شما کمتر از 150 دلار است و وجه نقد در دست یا در حساب پس انداز و جاری شما 100 دلار یا کمتر می باشد؟

☐ بله ☐ نه

آیا مجموع درآمد ناخالص ماهیانه خانواده شما و وجه نقد در دست یا در حساب پس انداز و جاری شما کمتر از مجموع هزینه کرایه/وام یا قرضه ماهیانه مسکن و قبوض خدمات همگانی شما است؟ ☐ بله ☐ نه

آیا مهاجر یا کارگر فصلی مزرعه می باشید و منابع نقدی مالی خانوار شما کمتر از 100 دلار می باشد و خواه درآمدتان متوقف شده ، یا درآمدتان را دریافت می کنید اما تا 10 روز آینده بیش از 25 دلار دریافت نخواهید کرد؟ ☐ بله ☐ نه

با آگاهی از قانون مجازات سوگند دروغ (ادعای کذب)، اینجانب اعلام می دارم که با امضاء این فرم نسبت به موارد زیر آگاهی دارم:

- اطلاعات موجود در این فرم درخواست و پاسخ های داده شده به سؤالات آن، برای من خوانده شده یا آنها

را خوانده ام.

- پاسخی که به سؤال ها داده ام، صحیح هستند و تا جایی که اطلاع دارم کامل هستند.
- همه پاسخ هایی که در حین ارائه این درخواست داده ام، تا جایی که اطلاع دارم، صحیح و کامل هستند.
- حقوق و مسئولیت ها (صفحه 1 قوانین برنامه) در مورد برنامه CalFresh را خوانده ام یا برایم خوانده شده اند، آنها را متوجه شده ام و با آنها موافق هستم.
- قوانین و جرایم مربوط به برنامه CalFresh (صفحه 2 قوانین برنامه) را خوانده ام یا برایم خوانده شده است.
- من می دانم که ارائه اطلاعات اشتباه یا گمراه کننده، پنهان کردن حقایق یا عدم ارائه حقایق با این هدف که برای CalFresh واجد شرایط شناخته شوم، در حکم کلاهبرداری است. "کلاهبرداری" سبب می شود بر علیه من پرونده جنایی تشکیل شود و/یا ممکن است برای مدتی (یا برای همیشه) از دریافت مزایای CalFresh محروم شوم.
- من می دانم که شماره امنیت اجتماعی یا وضعیت مهاجرت اعضای خانواده که برای مزایا اقدام کرده اند ممکن است طبق الزامات دولت فدرال در اختیار سازمان های دولتی مربوطه قرار داده شود.

امضاء متقاضی (یا عضو بزرگسال خانواده / نماینده مجاز* / قیم (محافظ))	تاریخ

*** اگر نماینده مجاز دارید، لطفاً سؤال 2 را در صفحه بعد تکمیل کنید.**

2. نماینده مجاز خانواده

می توانید به فردی 18 ساله یا بیشتر اجازه دهید که در رابطه با مزایای CalFresh به خانواده شما کمک کند. این فرد همچنین می تواند از طرف شما در مصاحبه صحبت کند، در تکمیل فرم ها به شما کمک کند، برایتان خرید کند و تغییرات ایجاد شده را گزارش کند. اگر به دلیل اطلاعات ارائه شده توسط این فرد به کانتی، مزایایی را به اشتباه دریافت کنید، باید این مزایا را برگردانید، و هرگونه مزایایی که بدون رضایت شما استفاده شده باشند، دیگر برگردانده نخواهد شد. اگر شما یک نماینده مجاز هستید، باید سندی برای اثبات هویت خودتان و فرد متقاضی به کانتی ارائه دهید.

آیا می خواهید فردی را مشخص کنید تا در مورد پرونده CalFresh به شما کمک کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه اگر پاسخ **بله** است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز	شماره تلفن نماینده مجاز

آیا می خواهید فردی را معرفی کنید تا مزایای CalFresh خانواده شما را دریافت و خرج کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام			شماره تلفن
آدرس خیابان	شهر	ایالت	کد پستی

3. نژاد/قومیت

ارائه اطلاعات مربوط به نژاد و قومیت، اختیاری است. حتماً مطمئن شوید که مزایا بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ پوست یا ملیت شما در اختیارتان قرار بگیرد. پاسخ هایی که می دهید بر واجد شرایط بودن شما یا مبلغ مزایا تأثیری ندارد. همه مواردی را که در مورد شما صدق می کند علامت بزنید. بر اساس قانون، کانتی باید گروه قومیتی و نژاد شما را در سوابق درج کند.

☐ اگر نمی خواهید در مورد نژاد و قومیت خود اطلاعاتی در اختیار کانتی قرار دهید، این کادر را علامت بزنید. اگر این کادر را علامت نزنید، کانتی این اطلاعات را فقط برای بخش آماری مربوط به حقوق مدنی مورد استفاده قرار خواهد داد.

قومیت	آیا از نژاد هیسپانیک یا لاتینو هستید؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه اگر از نژاد هیسپانیک یا لاتینو هستید، در کدام گروه زیر قرار می گیرید: ☐ مکزیک ☐ پورتوریکو ☐ کوبا ☐ سایر مناطق _____

منشاء نژاد/قومیت

☐ سفید پوست ☐ بومی آمریکا یا آلاسکا ☐ سیاه پوست یا سیاه پوست آمریکایی

☐ سایر موارد یا ترکیبی از این موارد _____

☐ آسیایی (اگر این گزینه را انتخاب می کنید، لطفا یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید):

☐ فیلیپینی ☐ چینی ☐ ژاپنی ☐ کامبوجی ☐ کره ای ☐ ویتنامی

☐ هندی آسیایی ☐ لائوسی ☐ سایر بخش های آسیا (لطفا مشخص کنید) _____

منشاء نژاد/قومیت - Continued

☐ بومی هاوایی یا دیگر بخش های اقیانوس آرام (اگر این گزینه را انتخاب می کنید، لطفاً یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید):

☐ بومی هاوایی ☐ گوام یا چامورو ☐ ساموا

4. مرجع مصاحبه

شما یا یکی از اعضای بزرگسال خانواده باید با کانتی مصاحبه ای داشته باشید، درباره درخواستتان صحبت کنید و مزایای CalFresh را دریافت کنید. مصاحبه ها برای CalFresh معمولا به صورت تلفنی انجام می شوند مگر اینکه همزمان با ارائه درخواست، کانتی به صورت حضوری با شما مصاحبه کند، یا به کانتی اطلاع دهید که ترجیح می دهید مصاحبه شما به صورت حضوری انجام شود. مصاحبه های حضوری فقط در ساعات کار اداری کانتی انجام می شوند.

☐ اگر می خواهید که مصاحبه شما حضوری باشد، لطفا این مربع را علامت بزنید.

☐ اگر به دلیل معلولیت نیاز به مساعدت دارید، لطفا این مربع را علامت بزنید.

لطفا مربع زیر را برای روز و ساعت مورد نظرتان برای مصاحبه علامت بزنید:

روز: ☐ امروز ☐ روز بعدی که امکان مصاحبه وجود دارد ☐ هر روزی ☐ دوشنبه ☐ سه شنبه ☐ چهارشنبه ☐ پنج شنبه ☐ جمعه

ساعت: ☐ صبح زود ☐ اواسط روز ☐ بعد از ظهر ☐ عصر ☐ هر زمانی

5. سایر برنامه ها

آیا شما یا هر فرد دیگری در خانواده تاکنون از کمک های عامه استفاده کرده اید (کمک های موقت برای خانواده های نیازمند، Medicaid، برنامه کمک مکمل غذایی [CalFresh]، کمک های عمومی (GA) / رفاه عمومی (GR) و سایر موارد) ؟
(لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسختان **بله** است، چه کسی این کمک ها را دریافت کرده است؟	محل دریافت کمک کجا بوده است (کانتی/ ایالت)؟
اگر پاسختان **بله** است، چه کسی این کمک ها را دریافت کرده است؟	محل دریافت کمک کجا بوده است (کانتی/ ایالت)؟

6a. اطلاعات مربوط به خانواده

اطلاعات زیر را برای همه افرادی پر کنید که برای آنها غذا می خرید و غذا تهیه می کنید، از جمله خودتان. **اگر برای افراد غیر شهروند فرم درخواست را پر می کنید، لطفا سؤال 6b و 6c را پاسخ دهید. اگر نه، به سؤال 6d بروید.**

ارائه شماره امنیت اجتماعی برای اعضای خانواده که برای مزایا اقدام نمی کنند، اختیاری است. ولی تمام افرادی که برای دریافت مزایا اقدام می کنند باید به سوال های زیر پاسخ دهند.

اقدام برای دریافت مزایا (بله یا نه را علامت بزنید)	نام (نام خانوادگی، نام اول، نام وسط)	این فرد چه نسبتی با شما دارد؟	تاریخ تولد	جنسیت (مرد یا زن)	شهروند ایالات متحده یا مقیم (بله یا نه را علامت بزنید). اگر پاسخ شما در زیر 6b را پاسخ دهید، سوال	شماره بیمه اجتماعی
☐ بله ☐ نه		**خودم هستم**			☐ بله ☐ نه	
☐ بله ☐ نه					☐ بله ☐ نه	
☐ بله ☐ نه					☐ بله ☐ نه	
☐ بله ☐ نه					☐ بله ☐ نه	
☐ بله ☐ نه					☐ بله ☐ نه	

لطفاً نام همه کسانی را که با شما زندگی می کنند ولی در خرید و تهیه غذا همراه شما نیستند را بنویسید:

نام	نام
نام	نام

6b. اطلاعات مربوط به افراد غیر شهروند - برای همه کسانی که در سوال 6b بالا نام آنها آمده، شهروند نیستند ولی می خواهند خدمات دریافت کنند، این قسمت پر شود.

نام	**تاریخ ورود به ایالات متحده** (اگر می دانید)	**یکی از این اطلاعات را وارد کنید** (اگر می دانید): **شماره پاسپورت، شماره ثبت اقامت و سایر موارد.**	**کفیل دارید؟** (✓ بله یا نه را علامت بزنید). اگر پاسخ بله است، سوال 6C را تکمیل کنید:
		نوع سند: شماره سند:	☐ بله ☐ نه
		نوع سند: شماره سند:	☐ بله ☐ نه
		نوع سند: شماره سند:	☐ بله ☐ نه

(لطفاً یکی را انتخاب کنید)

آیا هیچکدام از افرادی که در بالا از آنها نام برده اید، حداقل 10 سال (40 ربع سال) سابقه کار یا حضور در ارتش آمریکا را دارند؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

آیا هیچکدام از افرادی که در بالا از آنها نام برده اید، قبلاً برای ویزای T، ویزای U یا وضعیت VAWA اقدام کرده یا قصد دارند اقدام کنند؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

6c. اطلاعات مربوط به افراد غیر شهروند دارای کفیل - برای همه کسانی که در سوال 6b بالا نام آنها آمده، شهروند نیستند ولی کفیل دارند و می خواهند خدمات دریافت کنند، این قسمت پر شود.

آیا کفیل، فرم I-864 را امضاء کرده است؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، به بقیه سوالات پاسخ دهید. اگر کفیل فرم I-134 را امضاء کرده، از این سوال رد شوید.

آیا کفیل مرتباً از نظر مالی حمایت می کند؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، این مبلغ چقدر است؟ $_____

آیا کفیل مرتباً برای هزینه های زیر کمک می کند (مواردی که برای آنها به شما کمک می شود را علامت بزنید)؟

☐ کرایه ☐ پوشاک ☐ غذا ☐ سایر موارد _____

نام حامی مالی(سپانسر)	از چه کسی حمایت مالی می شود؟	شماره تلفن حامی مالی(سپانسر)
نام حامی مالی(سپانسر)	از چه کسی حمایت مالی می شود؟	شماره تلفن حامی مالی(سپانسر)

6d. دانش آموزان

آیا فردی که برای دریافت مزایا اقدام می کند، از جمله خودتان، به کالج یا مدرسه فنی حرفه ای می رود؟
(لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، به این سوالات پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است، به سؤال بعدی بروید.

نام این فرد	**نام مدرسه/مرکز آموزشی**	**وضعیت ثبت نام** (✓یک مورد را با علامت بزنید)	**این فرد کار می کند؟**
		☐ نیمه وقت یا بیشتر ☐ کمتر از نیمه وقت تعداد واحد ها: _____	متوسط ساعات کار در هفته:_____
		☐ نیمه وقت یا بیشتر ☐ کمتر از نیمه وقت تعداد واحد ها: _____	متوسط ساعات کار در هفته:_____

6e. آیا فرزنده خوانده ای با شما در خانه زندگی می کند؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐بله ☐نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

لطفاً به سؤالات زیر درباره این فرزند (فرزندان) پاسخ دهید:

آیا این فرزند (فرزندان) تحت حکم وابستگی دادگاه با شما در خانه زندگی می کنند؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐بله ☐ نه

آیا می خواهید فرزند خوانده (فرزند خوانده ها) در پرونده CalFresh شما لحاظ (حساب) شوند؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، درآمدی که برای مراقبت از فرزند خوانده دریافت می کنید به عنوان درآمد کسب نشده لحاظ خواهد شد. اگر پاسخ **نه** است، درآمدی که برای مراقبت از فرزند خوانده دریافت می کنید به عنوان درآمد کسب نشده لحاظ نخواهد شد.

7. درآمد کسب نشده

آیا شما یا هر فرد دیگری که برایش غذا می خرید و تهیه می کنید، درآمدی دارد که از منبعی بجز شغل به دست می آید (درآمد کسب نشده)؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، به این سوالات پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است، به سؤال بعدی بروید.

انواع درآمدهای کسب نشده ای که در زیر عنوان شده و در مورد شما صدق می کند را علامت بزنید (ممکن است مواردی در لیست باشد که مربوط به شما نیست):

- ☐ تأمین اجتماعی
- ☐ SSI/SSP
- ☐ Cash aid یا کمکهای نقدی
- ☐ CalWORKs/TANF/GA/GR/ CAPI
- ☐ کرایه اتاق و غذا (از مستاجر)
- ☐ حقوق بازنشستگی نفقه کودک / همسر
- ☐ بازنشستگی یا معلولیت
- ☐ در شغلهای دولتی و راه آهن
- ☐ حقوق بازنشستگی ارتشیان، یا کهنه سربازان
- ☐ کمک مالی (وام دانشجویی/ بورسیه)
- ☐ پول به عنوان هدیه
- ☐ بیمه بیکاری بیمه ناتوانی ایالتی (SDI)
- ☐ جبران خسارت کارگری
- ☐ برنده شدن در قمار / برگه بخت آزمایی
- ☐ دریافت کمک در زمینه پرداخت کرایه/ غذا / پوشاک
- ☐ بیمه یا توافق نامه حقوقی
- ☐ حق ناتوانی یا بازنشستگی خصوصی
- ☐ مزایای کارگران درحال اعتصاب
- ☐ سایر موارد _____

چه فردی این پول را دریافت می کند؟	از چه منبعی کسب می شود؟	چه مبلغی است؟	هر چند وقت یک بار دریافت می شود؟ (یک بار، هفتگی، ماهیانه یا دیگر موارد)	انتظار دارید ادامه داشته باشد؟ (✓ بله یا نه را با علامت بزنید)
		$		☐ بله ☐ نه
		$		☐ بله ☐ نه
		$		☐ بله ☐ نه
		$		☐ بله ☐ نه

اگر انتظار ندارید این درآمد ادامه داشته باشد، لطفاً توضیح دهید:

8. درآمد کسب شده

آیا شما یا هر فرد دیگری که برایش غذا می خرید و تهیه می کنید، درآمدی دارد که از طریق شغل کسب می گردد (درآمد کسب شده)؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، به این سوالات پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است، به سؤال 9 بروید.

نکته: اگر خویش فرما هستید، سوال 8a را پاسخ دهید.

لطفاً همه درآمدها را **قبل از** کسر مالیات و سایر کسورات (درآمد خالص) عنوان کنید.

نمونه هایی از درآمد کسب شده (این درآمد ممکن از محل شغل های تمام وقت، موقت، فصلی، یا دوره آموزشی، و دیگر مواردی باشد که در اینجا نیامده است):

- درآمدها
- حق کمیسیون
- انعام
- حقوق
- کار در حین تحصیل (محصلین)

نام فردی که کار می کند	نام و آدرس کارفرما	شماره تلفن کارفرما	نرخ به ساعت	متوسط ساعات کار در هر هفته	هر چند وقت یکبار حقوق دریافت می کنید؟ (یک بار، هفتگی/ماهانه، دیگر موارد)	درآمد کل و خالص دریافتی در این ماه	انتظار دارید ادامه داشته باشد؟ (✓ بله یا نه را علامت بزنید)
			$			$	☐ بله ☐ نه
			$			$	☐ بله ☐ نه
			$			$	☐ بله ☐ نه
			$			$	☐ بله ☐ نه

اگر انتظار ندارید که این درآمد ادامه داشته باشد، لطفاً توضیح دهید:

آیا فردی در مدت 60 روز گذشته، هیچ یک از اعضای خانواده کار خود را از دست داده، آن را تغییر داده، کار خود را ترک کرده یا مدت کارش را کاهش داده است؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟	تاریخ از دست دادن، استعفاء، یا تغییر شغل	تاریخ آخرین دریافت حقوق

به چه دلیلی؟

آیا فردی اعتصاب کرده است؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟	تاریخ شروع اعتصاب	تاریخ آخرین دریافت حقوق

به چه دلیلی؟

8a. خویش فرما (اشخاص دارای شغل آزاد)

اعضای خانواده که خویش فرما هستند، می توانند هزینه های مربوط به کار خویش فرما را یا مستقیماً از درآمد خود کسر کرده و یا 40% از درآمد خود را به صورت استاندارد جهت هزینه ها کسر کنند. اگر تصمیم بگیرید که هزینه‌های مربوط به کار را مستقیماً کسر کنید، باید برای کسر هزینه ها به کانتی سند نشان دهید.

هزینه های خویش فرما (✓ لطفاً یک مورد را علامت بزنید)	درآمد خالص ماهیانه	نام و نوع فعالیت تجاری	تاریخ شروع فعالیت تجاری	فرد خویش فرما
☐ 40% از درآمد اصلی ☐ هزینه های واقعی $ _____	$			
☐ 40% از درآمد اصلی ☐ هزینه های واقعی $ _____	$			
☐ 40% از درآمد اصلی ☐ هزینه های واقعی $ _____	$			
☐ 40% از درآمد اصلی ☐ هزینه های واقعی $ _____	$			
☐ 40% از درآمد اصلی ☐ هزینه های واقعی $ _____	$			

9. هزینه مراقبت از کودک/بزرگسال در خانواده

آیا شما یا هر فرد دیگری که همراه با او غذا خریده و آماده می کنید، ملزم به پرداخت هزینه های مراقبت از کودک، بزرگسال ناتوان یا دیگر افراد وابسته می باشید تا آن فرد یا خود شما وقت لازم برای پیدا کردن کار، تحصیل یا رفتن به سر کار را داشته باشید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید

چه کسی خدمات دریافت می کند؟	**چه کسی خدمات ارائه می دهد؟** (نام و آدرس ارائه دهنده خدمات)	**چه مبلغی پرداخت می شود؟**	**این مبلغ هر چند وقت یکبار پرداخت می‌گردد؟**(هفتگی/ ماهانه، دیگر موارد)
		$	
		$	
		$	
		$	

آیا فردی شما را در پرداخت همه یا بخشی از هزینه های مراقبت از کودک/بزرگسال ذکر شده در بالا کمک می کند؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، قسمت زیر را تکمیل کنید:

چه کسی خدمات دریافت می کند؟	**چه کسی خدمات ارائه می دهد؟ (نام و آدرس ارائه دهنده خدمات)**	**چه مبلغی پرداخت می شود؟**	**این مبلغ هر چند وقت یکبار پرداخت می گردد؟** (هفتگی/ماهانه، دیگر موارد)
		$	
		$	

10. پرداخت نفقه کودک

آیا شما یا هر فرد دیگری که همراه با او غذا خریده و آماده می کنید، از نظر قانونی ملزم به پرداخت هزینه های نفقه کودک، از جمله پرداخت مجدد نفقه می باشید؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

چه کسی خدمات دریافت می کند؟	چه کسی خدمات ارائه می دهد؟ (نام و آدرس ارائه دهنده خدمات)	چه مبلغی پرداخت می شود؟	این مبلغ هر چند وقت یکبار پرداخت می گردد؟ (هفتگی/ ماهانه، دیگر موارد)
		$	
		$	

11. پرداخت هزینه های خانواده

آیا شما یا هر فرد دیگری که همراه با او غذا خریده و آماده می کنید، ملزم به پرداخت هزینه های خانواده می باشید؟ ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

توجه: نیازی به وارد کردن مبالغ دریافت شده از مراکز ارائه تسهیلات مسکن همچون HUD یا Section 8 نمی باشد. مبالغ دریافت شده برای گرمایش و سرمایش، قبض تلفن و پناهگاه برای افراد بی‌خانمان همگی جزو موارد معاف هستند و لازم نیست مبلغ واقعی آنها را در فرم وارد کنید.

نوع هزینه	**هزینه ای دارید؟** (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)	**چه کسی پرداخت می کند؟**	**مبلغ بدهی**	**فواصل زمانی دریافت حواله؟** (هفتگی/ماهانه، دیگر موارد)
پرداخت کرایه یا هزینه مسکن	☐ بله ☐ نه		$	
مالیات بر دارایی و بیمه (اگر جدا از قبض کرایه یا رهن فاکتور شده است)	☐ بله ☐ نه		$	
هزینه گاز، برق و سایر سوختهای مورد استفاده برای گرمایش و سرمایش مانند چوب یا گاز پروپان (اگر قبض آنها با قبض کرایه یا رهن متفاوت می باشد)	☐ بله ☐ نه			
حواله تلفن ثابت/تلفن همراه	☐ بله ☐ نه			
هزینه مسکن برای افراد بی خانمان	☐ بله ☐ نه			
هزینه آب، فاضلاب و دفع زباله	☐ بله ☐ نه			

آیا فردی جدا از افراد خانواده، به شما در پرداخت های فوق کمک می کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه اگر پاسخ **بله** است، این قسمت را تکمیل کنید.	**چه کسی در پرداخت هزینه به شما کمک می کند؟**	**چه مبلغی؟** $	**هر چند وقت یکبار؟**

آیا از طرف برنامه کمک به پرداخت هزینه های انرژی برای خانواده های کم درآمد (LIHEAP)، کمک دریافت می کنید یا منتظر دریافت هستید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)
☐ بله ☐ نه

12. هزینه های پزشکی

آیا شما یا فردی که برای او غذا می خرید و تهیه می کنید، فردی مسن (60 سال به بالا) یا معلول است و ملزم به پرداخت هزینه های پزشکی جدا و خارج از بیمه می باشد؟ ☐ بله ☐ نه
اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

هزینه هایی که در آینده نزدیک انتظار پرداخت آنها را دارید، در اینجا ذکر کنید.

هزینه هایی که در آینده نزدیک انتظار پرداخت آنها را دارید، در اینجا ذکر کنید. (تمام موارد اعمال شده را بررسی کنید)

- ☐ هزینه پزشکی یا دندانپزشکی
- ☐ هزینه بستری شدن در بیمارستان/ هزینه خدمات سرپایی درمانگاه/ پرستاری
- ☐ هزینه داروهای تجویزی
- ☐ هزینه بیمه درمانی و بستری شدن در بیمارستان
- ☐ هزینه بیمه ها ی درمانی (پرداخت سهم هزینه های پزشکی بعد از اعمال بیمه Medi-Cal و غیره.)
- ☐ هزینه دندانپزشکی، سمعک و دندان مصنوعی
- ☐ هزینه داشتن یک نفر همراه به دلیل کهولت سن، بیماری، یا ناتوانی
- ☐ هزینه و تعداد دفعات غذای برای فرد همراه
- ☐ هزینه داروهای تجویزی غیر پوشش بیمه
- ☐ هزینه جابجایی (فاصله یا هزینه) و اقامت برای دریافت خدمات یا مراقبت های پزشکی
- ☐ هزینه تجویز عینک و لنز چشمی
- ☐ هزینه تجهیزات و وسایل پزشکی تجویز شده
- ☐ هزینه نگهداری از حیوانات (غذا، صورتحساب دامپزشک، سایر موارد)

نام فرد ناتوان/ مسن	مبلغ هزینه	هر چند وقت یکبار پرداخت می‌شود (هفتگی/ ماهانه، دیگر موارد)	چه نوع هزینه ای است؟(نسخه دکتر، خدمات دندانپزشکی، تعداد دفعات سرو غذا برای همراه، سایر موارد)	آیا هزینه های پزشکی اعضای خانواده باز پرداخت می شود؟ (توسط Medi-Cal، بیمه، اعضای خانواده، سایر موارد)
	$			اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی چه مبلغی $
	$			اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی چه مبلغی $
	$			اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی چه مبلغی $
	$			اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی چه مبلغی $

13. آیا فردی که برای دریافت مزایا اقدام می‌کند، از جمله خودتان از منابع زیر غذا دریافت می کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

- محل توزیع غذای گروهی برای افراد مسن/ ناتوان
- برنامه توزیع غذا ارائه شده از طرف بومیان آمریکایی
- سایر برنامه های غذایی

اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی؟	در کجا؟
اگر پاسخ **بله** است، توسط چه کسی؟	در کجا؟

14. آیا فردی که برای دریافت مزایای اقدام می‌کند از جمله خودتان در مکان های زیر زندگی می کند ؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

- پناهگاه افراد بی خانمان
- پناهگاه زنانی که مورد خشونت واقع شده اند
- مکان مخصوص بومیان آمریکایی
- مرکز بازپروری افراد معتاد به مواد مخدر و الکل
- مرکز اصلاح /تربیت زندانیان (زندان یا بازداشتگاه)
- مکان هایی برای زندگی گروهی افراد نابینا/ ناتوان
- خانه‌های با دریافت کمک فدرال
- بیمارستان های روانی/ موسسات نگهداری از بیماران ذهنی
- بیمارستان
- مرکز نگهداری و مراقبت طولانی مدت

نام فرد مورد نظر	**نام موسسه** (مرکز، پناهگاه، موسسه و سایر موارد)	**تاریخ تقریبی ترخیص** (اگر مرتبط می باشد)

15. آیا فردی که با شما زندگی می کند 60 ساله یا مسن تر است و نمی‌تواند به خاطر ناتوانی، غذا بخرد یا تهیه کند؟

(لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

16. منابع مالی خانواده

آیا شما یا فردی که برای او غذا می خرید آماده می کنید، منابع درآمد دارد (پول نقد، سپرده بانکی، سند سپرده، سهام و اوراق بهادار، دیگر موارد) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ **نه** است به سوال بعدی بروید.

همه مواردی را که در مورد شما صدق میکند علامت بزنید:

☐ حساب بانک اتحادیه/اعتباری (جاری)
☐ حساب بانک اتحادیه/اعتباری (پس‌انداز)
☐ صندوق پس انداز پول
☐ اوراق قرضه پس انداز
☐ حساب بازار پول
☐ صندوق سرمایه گذاری مشترک
☐ گواهی سپرده (CD)
☐ پول نقد
☐ سهام
☐ اوراق قرضه
☐ سایر موارد: _____
_____

اگر حساب مشترک با فرد دیگری دارید، لطفاً در زیر عنوان کنید.

برای هر یک از مواردی که در بالا علامت زده اید، اطلاعات زیر را کامل کنید.

تحت چه نام و عنوانی این منابع مالی لیست شده است؟	**چه نوع منبع درآمدی است؟**	**چه مقدار ارزش دارد؟**	**این منابع در کجا قرار دارند؟** (نام بانک یا موسسه ای که پول نزد آن نگهداری می شود)
		$	
		$	
		$	
		$	

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده، قسمتی از منابع مالی خود را در سه ماه گذشته فروخته، به دیگران منتقل کرده، یا در اختیار سایر افراد قرار داده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

17. دریافت مکرر مزایا

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، به کدام دلیل دو بار دریافت مزایای SNAP (نام فدرال برای برنامه کمک های غذایی که در کالیفرنیا به آن CalFresh گفته می‌شود) گرفته و در هر ایالتی بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟ _____

18. قاچاق مزایا (خرید یا فروش)

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، به دلیل قاچاق مزایای SNAP (خرید یا فروش کارت EBT به دیگران) به ارزش 500 دلار یا بیشتر بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟ _____

19. مبادله مزایا با مواد مخدر

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، بعد از 22 سپتامبر 1996 به دلیل فروش مزایای SNAP برای تهیه مواد مخدر مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟ _____

20. مبادله مزایا با سلاح و مواد منفجره

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، بعد از 22 سپتامبر 1996 به دلیل فروش مزایای SNAP برای خرید اسلحه، مهمات یا مواد منفجره مجرم شناخته شده اید؟
(لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

21. فرار از جرم

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، مرتکب فرار و گریز از بازداشت، دستگیری، یا زندان بخاطر خلاف و جرم خود شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

22. نقض قوانین مربوط به دوره آزادی مشروط

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده، توسط دادگاه متهم به نقض قوانین مربوط به آزادی یا عفو مشروط شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) ☐ بله ☐ نه

اگر پاسخ **بله** است، چه کسی؟_____

فضای اضافی برای نوشتن

فضای اضافی برای نوشتن

در این قسمت چیزی ننویسید – 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