



CalFresh 福利再認證

若您是殘障人士或在申請再認證方面需要幫助，請聯絡縣福利部，將有人會幫助您。

若您希望交談、閱讀或書寫的語言是非英語，郡福利部會派相關人員免費為您提供幫助。

我如何繼續獲得 CalFresh

要繼續獲得 CalFresh 福利，您應在本次認證期結束之前提交此再認證申請並接受面試。許多郡都可以在網上進行再認證申請。請訪問 <http://www.benefitscal.org/> 查看您所在的縣區是否可以進行線上申請。

備註：若您目前沒有健康保險並希望郡福利部用您的 CalFresh 申請資訊核查 Medi-Cal 資格，請勾選再認證申請第3頁第12個問題。

如何填寫再認證申請？

回答再認證申請表上的所有問題（如果可能的話）。至少您應提供姓名、住址和簽名來開始您的再認證。在簽署本申請之前，請閱讀您的權利和責任。將已簽名的申請表親自交給郡福利部，或透過郵寄、傳真或網上提交。

下一步做什麼？

郡福利部將向您發送一封面試預約信函，屆時將討論您的申請。許多面試是透過電話訪談進行的，但也可以親自到郡福利部辦公室或其安排的其他地方接受面試。若您因殘障需要其他安排，請告知郡福利部。面試期間，若您此前沒有將申請表所有部分填寫完整或需要作出更改，工作人員可以協助您填好申請。

再認證面試時會做什麼？

面試期間，郡福利部會審查申請表上的資訊並詢問有關問題，以再次認證您是否可以獲得 CalFresh 並確定相關福利。為避免再認證延期，請在面試時提供各種情況變化的證明。比如收入變化；一起購買/食用食物的人數發生變化，房屋成本改變等等。即便沒有這些證明，也請參加面試。郡福利部也許能夠為您獲得再認證所需證明提供幫助。

若忘記提交再認證申請會怎麼樣？

您必須在本次認證期結束之前提交本申請，才能進行 CalFresh 再認證。若有延誤，您的福利可能中斷。若您在本次認證期結束後30天以上才提交本申請，您將不得不進行全套、重新申請。

再認證批准後將會怎樣？

若您在本次認證期結束之前及時再申請並獲得了認證，您將繼續在您的電子福利轉帳 (EBT) 卡上收到福利。繼續使用 EBT 卡和同樣的個人識別號 (PIN) 購買食物。若您的 EBT 卡丟失、被竊或毀壞，請立即致電 (877) 328-9677 或郡福利部。如需獲取您附近接受 EBT 卡的地點清單，請查閱：<https://www.ebt.ca.gov> 或 <https://www.snapfresh.org>。

權利和責任

您有責任：

- 向郡福利部提供所需的全部資訊，以便確定您的資格。
- 必要時向郡福利部提供資訊證明。
- 按要求報告變化情況。對需要報告哪些內容，何時報告及如何報告，郡福利部會提供相關資訊。若您未履行家庭報告要求，您的 CalFresh 福利可能降低或停止。
- 若郡福利部告知您的個案要求您找一份工作並堅持做下去，或是參與其他與工作相關的活動，請照辦。
- 若您的個案被選中進行審查或調查以確保您的資格和福利水準計算正確，請全面配合縣、州或聯邦人員。不配合這些審查可能導致您失去福利。
- 償還您無資格獲得的任何福利。

您有權：

- 提交僅填寫了您的名字、住址和簽名的 CalFresh 申請表。
- 需要時請求郡福利部免費提供口譯人員。
- 向郡福利部提供資訊並要求這些資訊予以保密，除非與郡福利部計劃管理直接相關。
- 在郡福利部確定資格前隨時撤銷您的申請。
- 申請 CalFresh 時請求幫助填寫，並獲得對規則的解釋。
- 請求協助獲得必要證明。
- 獲得禮貌、周到和尊重對待，不受歧視。
- 申請時接受郡福利部合理時長的面談，30 天內確定是否合乎資格。
- 郡福利部為確定資格要求提供所需證明時，應給您至少 10 天的時間。
- 郡福利部降低或停止您的 CalFresh 福利應至少提前 10 天給出書面通知。
- 與郡福利部人員討論您的個案，並在提出請求時查看您的個案。
- 若您不同意郡福利部對您的 CalFresh 個案所做的任何決定，可在 90 天內要求州聽證。
- 若您在您的 CalFresh 個案決定實施前要求州聽證，您的 CalFresh 福利將在聽證前或本次認證期結束前 (以日期較早者為準) 保持不變。
- 請撥打免費電話 1-800-952-5253 諮詢您的聽證權利或尋求法律援助轉介，使用聾者電信裝置 (TDD) 的聽覺或語言障礙人士可撥打 1-800-952-8349 諮詢。您可在當地法律援助或福利權利辦公室獲得免費法律幫助。
- 若您不想隻身一人去聽證，可帶上朋友或他人陪同。
- 從郡福利部獲得登記投票的幫助。

- 對沒有要求您必須要報告的或許會提高您的 CalFresh 福利的情況變化也予以報告。
- 提供可能會有幫助於您獲得更多 CalFresh 福利的家庭開支證明。不向郡福利部提供證明相當於您表明沒有此項開支，其結果是您可能得不到更多 CalFresh 福利。
- 若您希望他人為您的家人使用您的 CalFresh 福利或協助處理您的 CalFresh 個案 (授權代表)，請告知郡福利部。

計劃規則和處罰

若您提供虛假或錯誤資訊或有意不提供全部資訊以試圖獲得自己沒有資格得到的 CalFresh 福利或幫助他人獲得他們沒有資格獲得的福利，您就是在犯罪。您必須償還自己沒有資格獲取的任何福利。

<p>計劃的違規</p> <p>CalFresh 計劃：我瞭解，如果我從事以下任何行為，將構成故意違反計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 隱藏資訊或作出虛假陳述 ● 使用他人的 EBT 卡或讓他人使用您的卡 ● 使用 CalFresh 福利購買煙或酒 ● 交易，出售或送贈 CalFresh 福利或 EBT 卡，或試圖去交易，購買，銷售，竊取或送贈送贈 CalFresh 福利或 EBT 卡 ● 嘗試獲得雙重福利，例如，同時申請於兩個或更多不同的郡或州 ● 替不合資格或不存在的孩童或成人家庭提供虛假的文件 ● 違反我的緩刑或假釋條件 ● 重罪定罪後逃走 ● 使用 CalFresh 福利購買 (買入) 具有退回訂金的產品，故意 (有目的地) 丟棄內容物並退回容器去取回訂金，或企圖退回容器並取回訂金 ● 使用 CalFresh 的福利購買一個產品並企圖轉售以獲取現金或其他不合資格的食物 	<p>處罰</p> <p>我可能會失去 CalFresh 福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 第一次違規將導致 12 個月失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利 ● 第二次違規將導致 24 個月失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利 ● 第三次違規將導致永遠失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利 ● 被處罰金最高可達 250,000.00 美元，判處監禁高至 20 年或兩者兼有。
---	---

計劃的違規	處罰
<p>CalFresh 計劃： 我瞭解，如果我從事以下任何行為，將構成故意違反計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 交易 CalFresh 福利或企圖交易福利以換取現金, 槍械, 和不符合條件的貨物或受授物質, 如毒品等 	<p>我可能會失去 CalFresh 福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 第一次違規將導致 24 個月失去 CalFresh 福利 ● 第二次違規將導致永遠失去 CalFresh 福利
<ul style="list-style-type: none"> ● 提供個人身份和住處虛假資訊以便能得到額外的 CalFresh 福利 	<ul style="list-style-type: none"> ● 每次違規將導致十年失去 CalFresh 福利
<ul style="list-style-type: none"> ● 因交易, 銷售或企圖交易或銷售價值超過 \$500 美元的 CalFresh 福利, 或交易或企圖用 CalFresh 福利交換槍械, 軍火或爆炸品 	<ul style="list-style-type: none"> ● 永遠失去 CalFresh 福利

對非公民的重要資訊： 即使您的家庭包括不合資格人員，您也可以為合資格人員申請和獲取 CalFresh 福利。獲得食品福利不會影響您或家人的移民身份。移民資訊是非公開的保密資訊。合資格並申請福利的非公民，其移民身份將受到美國公民及移民服務局 (USCIS) 的核查。聯邦法律規定 USCIS 不能將此資訊用於除欺詐案件以外的事情。

例外選擇： 您不必提供未申請 CalFresh 福利的任何非公民家庭成員的移民資訊，社會保障號或文件。但是，郡政府將需要知道他們的收入和資源資訊以便正確決定您家庭的 CalFresh 的福利。郡政府不會針對未申請 CalFresh 福利的人聯絡 USCIS。

隱私法和披露： 您在申請中提供了個人資訊。郡政府用此資訊查看您是否有資格獲得福利。若您未提供所要求的資訊，郡政府可拒絕您的申請。您有權查看，更改或更正向郡政府提供的任何資訊。除非經您同意或聯邦和州法律容許，郡政府不會公開您的資訊或向他人提供。隱私法聲明 273.2 (b)(4). 作為郡政府機構，您必須通知所有在申請和重新認證的家庭獲得以下 CalFresh 福利：

- (i) 收集這些信息，包括每個家庭成員的社會保險號碼 (SSN)，是根據 1977 年修訂的糧食券法案 7 U.S.C. 2011-2036。該信息將用於確定您的家庭是否符合資格或繼續有資格參加 CalFresh 計劃。郡政府將透過包括收入和盈利驗證系統 (IEVS) 在內的電腦匹配程式來驗證您的資訊。此資訊將用於監測是否合乎計劃規定及用於計劃管理。
- (ii) 此信息可能會透露給其他聯邦和州的檢查，和執法官員目的為逮捕逃避法律的人。
- (iii) 如果 CalFresh 對你的家庭聲稱索賠，則本申請中的信息（包括所有 SSN 號碼）可以被轉交給聯邦和州政府機構以及私人索賠追討機構，用於索賠追討行動。
- (iv) 提供所請求的每個家庭成員信息包括 SSN 是自願的。然而，未能提供 SSN 將導致對每個沒有提供 SSN 的人被拒絕 CalFresh 的福利。任何所提供的 SSN 將以與合格家庭成員的 SSN 相同的方式使用和披露。

郡政府可以通過聯絡 USCIS 來驗證申請福利的家庭成員的移民身份。郡政府從這些機構獲得的信息可能會影響您的資格和福利水平。

郡政府將使用國稅局 (IRS) 的州和聯邦電子數據庫中的信息檢查您的答案，社會保險局，國土安全部和/或消費者報告機構。如果信息不配合，郡政府可能會要求您發送證明。

使用社會保險號碼 (SSN): 申請 CalFresh 福利的每個人都需要提供一個 SSN (如果有的話) 或已申請 SSN 的證明 (比如社會保險局發出的信函)。您或家庭任何成員未提供 SSN 的話，郡福利部可拒絕相應人員的 CalFresh 福利。有些人不必提供 SSN 便可獲得幫助，如家庭暴力受害者、犯罪控方證人和人口販賣受害者等。

超額發放: 這是指您獲得的 CalFresh 福利超過自己本應得到的。即使是郡福利部的失誤或並非有意，您也將必須予以償還。您的福利可能被降低或停止。您的 SSN 可用於透過法庭或其他催款機構或聯邦政府催繳訴訟收取所欠的福利金額。

報告: 您的家庭必須持續將郡福利部告知您應當彙報的情況變化予以報告。如果您不報告，您的福利可能降低或停止。同時您也可以將可能提高您福利的情況變化予以報告，比如收入減少。

州聽證: 若您不同意對您再認證繼續申請福利的任何決定，您有權要求州聽證。您可以在郡福利部實施決定的 90 天內要求州聽證，並應告知您希望聽證的理由。您從郡福利部收到的批准或拒絕通知上具有關於如何請求州聽證的資訊。

非歧視聲明: 根據聯邦民權法和美國農業部 (USDA) 法規和政策，USDA，其機構，辦事處和員工，以及參與或管理美國農業部計劃的機構嚴禁基於種族、膚色、國籍、性別、宗教、殘疾、年齡，政治信仰，或殘障歧視他人，或對由 USDA 進行或資助的任何計劃或活動中的先前民事權利活動進行報復或報復。

傷殘人士需要不同的通信方法以獲得計劃的信息（點字書，大字體，錄音，美國手語等）應聯絡他們申請福利的機構（州或地方）。失聰，聽力障礙或有言語障礙的人士可通過聯邦轉遞信息服務（800）877-8339 與 USDA 聯繫。另外，計劃信息可以用英語以外的語言提供。

如要針對歧視行為提投訴，請填寫 USDA 計劃案歧視申訴表，可在網上找到（AD 3027），http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，和任何 USDA 辦公室，或與您郡的民權協調員聯絡，或寫信給美國農業部，並在該信中提供表格中要求的所有信息或寫信給加利福尼亞社會服務部（CDSS）在下面的地址。如要求一份申請投訴表格，請致電（866）632-9992。通過以下方式將您填好的表格或信函提交到 USDA：

- | | | |
|-----------|--|---|
| (1) 郵寄： | 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 (免費) |
| (2) 傳真： | (202) 690-7442; 或 | |
| (3) 電子郵件： | program.intake@usda.gov | |

此機構是一個平等機會提供者。

案例卷宗審查： 您的個案可能被選出做額外審查，以確保您的資格計算正確。您必須充分配合郡、州或聯邦人員做一切調查或審查，包括品質控制審查。不配合這些審查可能導致您失去福利。

CalFresh 工作規則： 郡政府可能派您參與一項強制性工作計劃。若您不按照郡政府要求參與的話，您的福利可能被降低或停止。同時，若您最近辭去工作而沒有正當理由的話，您可能沒有資格獲得 CalFresh。

EBT 使用： 您本人、您的家庭成員或授權代表或任何您自願將您的 EBT 卡和 PIN 給予的人士使用您的 EBT 卡，均被視為獲得您的許可，他們從您的帳戶上取走的福利**不會**被彌補。

備註



再認證申請 — 僅限於申請CALFRESH 家庭

為保持您的福利不間斷地及時獲得，請在本次認證期結束之前將此表格填寫、簽署後交回至郡福利部並提供您的情況證明。我們需要您在此日期之前提供資訊是因為我們需要對您面試後才能結束再認證。我們至少需要您的申請表提供姓名、簽名、住址和日期以便開始您的CalFresh再認證。

案件名稱：_____ 案件編號：_____

郵寄地址	市	州	郵遞區號
------	---	---	------

授權聯絡

請提供郡政府與您聯繫最好的方式。這將有助於處理您的申請。通過在下面提供您的聯繫信息，您授權郡政府通過電話，電子郵件，短信，或者留下有關您的申請的電話消息。

家庭電話	手提電話號碼	如需發短信請勾選方匣 <input type="checkbox"/>
工作/備用/留言電話	電子郵寄地址	

1. 在過去六個月您的家庭有沒有搬入或搬出的人員（包括新生嬰兒）？（請勾選一個） 是 否
（如果選擇是，請填寫以下內容）

搬入日期 (年月日)	姓名 (名, 中間名, 姓氏)	出生日期	與您的關係	經常在一起購買和 準備食物嗎?
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

2. 您可以授權一個年滿18歲或以上的人幫助你家庭和你calfresh的福利。此人還可以在你面談時為你發言，幫助您填寫表格，為您購物，以及給您報告改變。你必須償還任何你因此人給郡政府錯誤的信息而獲得的福利，還有你不希望他們花費但已被花費的福利將不會被替換。如果你是一個授權代表，您將需要提供郡政府你自己和申請人的身分證明。

你想命名某人來幫助你的CalFresh案件？（請勾選一個） 是 否

如果是，請填寫以下內容：

授權代表姓名	授權代表電話號碼
--------	----------

你想命名某人來幫助你與你的CalFresh案件？（請勾選一個） 是 否

如果是，請填寫以下內容：

姓名	電話號碼
地址	市 州 郵遞區號

3. 在過去六個月內，您的地址是否有任何改變？（請勾選一個） 是 否（如果選擇是，請填寫以下內容）

新住址：_____ 搬入日期：_____

郵寄位址（如與上述不同）_____

4. 您有否搬家或有新/改變了的房屋費用，請填寫下面的資料：

你現在每月的房租和房屋貸款？\$ _____

如果分開付費，你現在每月的物業稅和房屋保險費？\$ _____

4a. 你有沒有水電費不包含在你的房屋費用之內？如果是，請打勾適當的方匣子？

電話費 垃圾費 水費 電費/燃氣費 其他暖氣或降溫費用

個案名稱: _____

個案編號: _____

5. 您是無家可歸者嗎? (請勾選一個) 是 否 如果是, 你支付收容所費用嗎? (請勾選一個) 是 否

6. 學生: 是否有人(包括您自己)正在上大學或職業學校而且正在申請福利? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請在下面提供資料。如果否, 請跳到下一個問題。

此人姓名	學校/培訓學校名字	入學狀況 (勾選一項)	此人工作嗎?
		<input type="checkbox"/> 一半時間或以上 <input type="checkbox"/> 少於一半時間 <input type="checkbox"/> 單位數量: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 每週平均工作時數: _____
		<input type="checkbox"/> 一半時間或以上 <input type="checkbox"/> 少於一半時間 <input type="checkbox"/> 單位數量: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 每週平均工作小時數: _____

7. 是否有人目前有工作收入? (請勾選一個) 是 否

如果是, 填寫以下部分並附上證明。請列出每個人的工作。如果需要更多空間, 請附上獨立紙張並注明您回答的是哪個問題。例子包括看孩子、工資、個體經營、病假工資、小費等。

	工作 #1	工作 #2	工作 #3
有收入人員的名字:			
雇主名字:	個體經營, 請勾選 <input type="checkbox"/>	個體經營, 請勾選 <input type="checkbox"/>	個體經營, 請勾選 <input type="checkbox"/>
支付週期:	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次
每月總收入:	\$	\$	\$
每月工作小時數:			
該收入會持續下去嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

7a. 在未來六個月, 有任何人的工作或收入將會有變化嗎? (請勾選一個) 是 否

示例: 收入中止、開始、增加或減少, 小時數改變, 辭職, 參加罷工, 支付週期改變。

如果是, 請在此說明並附上證明: _____

8. 目前是否有人具有其他金錢來源? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請填寫以下部分並附上證明。例子包括: 社會保障、失業補償、退伍軍人福利、州殘障保險 (SDI), 子女撫養費/配偶贍養費, 工人賠償、貸款/禮物、房貸滿期房屋/房貸未滿期房屋, 公用事業服務費用, 食物等等。

名字	收入來源	一次性或持續款項	金額/支付週期

8a. 在未來六個月, 這項收入會有變化嗎? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請在此說明: _____

個案名稱: _____ 個案編號: _____

9. 醫療費用: 是否有領取CalFresh的人已經60歲或超過60歲, 或是殘障人士, 其醫療費用已增加或開始支付醫療費用?
(請勾選一個) 是 否 (如果是, 請填寫以下部分, 如果這是新的費用或如果改變是超過\$25, 請附上證明)

誰人支付此費用? _____ 費用類型 _____
支付金額? _____ 多久支付一次? _____

10. 子女撫養費: 獲取CalFresh的人中是否有需要支付子女撫養費的? (請勾選一個) 是 否

(如果是, 請填寫以下部分並附上證明, 如果這是一個新的子撫養義務或支付子女撫養費或增加撫養費支付金額在法律義務的變化。)

子女姓名 _____
他們當前必須支付的金額是多少? \$ _____ 支付撫養費的是誰? _____

11. 眷屬或托兒照顧: 是否有任何人支付托兒照顧、殘障成年人或其他眷屬的費用以便您或其他人可以去工作、上學或找尋工作? (請勾選一個) 是 否

(如果是, 請僅列出您或任何家庭成員自付的金額。如果提供者或自付的金額已經改變, 請附上證明。)

金額: 美元 _____ 支付人: _____ 列出眷屬/兒童: _____

12. 您有興趣申請Medi-Cal嗎? (請勾選一個) 是 否

如果回答「是」, 郡政府將用您的資訊查明您是否可以獲得Medi-Cal。

13. 雙重福利

您或家庭任何成員有否在1996年9月22日之後因欺詐獲取雙重SNAP (食物援助計劃的聯邦政府名稱, 在加利福尼亞州則稱為CalFresh) 福利被定罪, 不管是在哪個州? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

14. 非法販賣福利

您或家庭任何成員有否在1996年9月22日之後因非法販賣 (允許他人使用EBT卡或向他人出售EBT卡) 價值達\$500美元或以上的SNAP福利而被定罪? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

15. 用福利換取毒品

您或家庭任何成員有否在1996年9月22日之後因用SNAP福利換取毒品而被判有罪? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

16. 用福利換取槍支或炸藥

您或家庭任何成員有否在1996年9月22日之後因用SNAP福利換取槍支、彈藥或炸藥而被判有罪? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

17. 潛逃罪犯

您或家庭任何成員是否因犯重罪或重罪未遂而躲避或逃避法律以免被訴訟、拘留或監禁? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

18. 緩刑/假釋違規

您或家庭任何成員有否被法庭發現有違緩刑或假釋規定? (請勾選一個) 是 否

如果是, 請說明是哪位 _____

個案名稱: _____

個案編號: _____

認證

請仔細閱讀，簽字並注明日期。簽署本申請表即表示：

我在願意承擔作偽證責任（作虛假陳述時）的前提下簽署此再認證申請，簽署即表明我明白：

- 我已閱讀或請人向我讀過此再認證申請中的資訊以及我對問題的回答。
- 我對問題的回答盡我所知是真實、完整的。
- 我在再認證過程中提供的所有回答盡本人所知都是真實完整的。
- 我已閱讀或請人向我讀過 CalFresh 計劃的權利和責任（計劃規則第 2 頁）以及 CalFresh 計劃規則和處罰（計劃規則第 3-4 頁）。
- 我明白為獲得 CalFresh 資格而提供虛假或誤導性陳述或歪曲、隱瞞或保留事實屬於欺詐。欺詐可能構成對我提起訴訟的刑事案件和/或我可能在一定時期內（或終生）無法獲得 CalFresh 福利。
- 我明白申請福利的家庭成員的社會保障號或移民身份可以根據聯邦法律要求提供給有關政府機構。

為繼續獲得福利，您必須簽署本申請並注明日期，並在認證期最後一天前接受面試。

必須簽字的人員： 成年家庭成員/授權代表/監護人

申請人簽字或簽章_____
日期_____
聯絡電郵/電話