

تایید مجدد خانواده های بدون کمک هزینه (CALFRESH (NACF)

این فرم می تواند برای تایید دوباره تنها به جای CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها) و برای درخواست خانواده های (Non-Assistance CalFresh) بدون کمک که در معرض گزارش سه ماهه / بودجه ریزی آینده هستند، استفاده شود.

لطفا اطلاعات شخصی زیر را برای کسی که تقاضای مزایای CalFresh دارد، تکمیل کنید.

این فرم را تاجایی که می توانید تکمیل کنید، صفحه 5 را امضا کنید، و آن را به اداره CalFresh محلی خود بازگردانید. ما حداقل به نام، آدرس و امضای شما نیاز داریم. اگر شما هیچ پولی برای غذا ندارید، ممکن است بتوانید مزایای CalFresh اضطراری را در سه (3) روز دریافت کنید.

لازم است تلاش کنید تا تمام سوالات این فرم تایید دوباره را پاسخ دهید.

فقط مورد استفاده بخش	نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		تلفن تماس:	
	آدرس منزل (شماره، خیابان)		()	
	آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن)			
	شهر	ایالت	شهر	ایالت
شهر	ایالت	شهر	ایالت	کد پستی
آیا شما بیخانمان هستید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
اگر پاسخ شما مثبت است، آیا شما موقتا در خانه شخص دیگری سکونت دارید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
اگر پاسخ شما مثبت است، تاریخی شروع به سکونت در این خانه کرده اید را ارائه دهید: _____				
مزایای تسهیل شده				
1. آیا کسی در خانواده کارگر مزرعه مهاجر / فصلی است؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
a. اجاره یا رهن شما در این ماه چقدر است؟ \$ _____				
b. هزینه تسهیلات زندگی (مثل آب و برق و غیره) شما، اگر جدا از اجاره است، در این ماه چقدر است؟ \$ _____				
c. شما چقدر پول دارید؟ این شامل هر پولی در حساب بانکی شما، در خانه تان یا در هر جای دیگر است. \$ _____				
d. آیا این ماه هیچ گونه درآمدی دریافت کرده یا خواهید کرد؟				
درآمد تمام خانواده خود را در زیر فهرست کنید:				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
نام کسی که پول را دریافت می کند		چه مقدار پول هر ماه دریافت می کند؟		
		\$ _____		
		\$ _____		
A, B و C را در زیر کامل کنید. اگر این بخش را کامل نکنید، بخش به جای شما این کار را انجام می دهد. تمام مواردی را که صدق می کنند، علامت بزنید. این بر واجد شرایط بودن شما تاثیری نخواهد داشت.				
A. نژاد				
آیا شما خاستگاه اسپانیایی یا لاتین دارید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
B. منشا قومی / نژادی (یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید):				
<input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی الاسکا <input type="checkbox"/> آمریکایی افریقایی یا سیاه				
<input type="checkbox"/> آسیایی (در صورت علامت زدن این قسمت، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید)				
<input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ژاپنی <input type="checkbox"/> کره ای <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> هندو آسیایی				
<input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> لائوسی <input type="checkbox"/> سایر آسیایی ها (مشخص کنید) _____				
<input type="checkbox"/> بومی هاوایی، یا اسیر جزایر اقیانوس آرام (اگر علامت زده اید، یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید)				
<input type="checkbox"/> هاوایی بومی <input type="checkbox"/> اهل گوام (واقع در جزایر ماریانا) <input type="checkbox"/> ساموایی (واقع در پلینزی)				
<input type="checkbox"/> سایر موارد (مشخص کنید) _____				
<input type="checkbox"/> سفید				
C. زبان اصلی				
<input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> لائوسی <input type="checkbox"/> تاگالوگ (زبان مردم ماداگاسکار) <input type="checkbox"/> زبان اشاره آمریکایی				
<input type="checkbox"/> کانتونی <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> سایر موارد (مشخص کنید) _____				

2. اسامی تمامی افرادی که با شما زندگی می کنند، شامل خودتان را فهرست کنید. اگر لازم است يك صفحه كاغذ جداگانه را پيوست كنيد.

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:
			سرپرست خانواده

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند:

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

نام:	:SSN	تاريخ تولد:	نسبت:

تمام مواردی که صدق می کنند را علامت بزیند: آیا شما می خواهید که این فرد يك کارت EBT (کارت های الکترونیکی انتقال سود) داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟

شهروند ایالات متحده/ملیت غیر شهروند ساکن دائمی قانونی ضمانت شده: بله خیر
 آیا شما غذا را به همراه این فرد می خرید و آماده می کنید؟ بله خیر

3. آیا کسی در هر نوع از تسهیلات زیر زندگی می کند یا در برنامه های غذایی شامل موارد لیست شده در زیر شرکت می کند؟

(تمام مواردی را که صدق می کند، علامت بزنید.)

بله خیر

- رزرو برای بومیان آمریکا
 موسسه کیفری
 پناهگاه برای زنان مضروب
 بیمارستان روانی/ موسسه روانی

- پناهگاه بی خانمانها
 تسهیلات تادیبی
 مرکز بازپروری مواد / الکل
 برنامه توزیع غذا

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

نام:	نام مرکز/ پناهگاه/ برنامه غذایی و غیره	تاریخ ورود	تاریخی که توقع دارید خارج شوید

4. آیا شما برای غذای یا اتاق کسی هزینه می پردازید یا کسی برای غذا یا اتاق شما هزینه می پردازد؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

بله خیر

نام کسی که برای غذا/ اتاق شما هزینه می پردازد	نام کسی که برای شما غذا/ اتاق فراهم می کند	یکی را علامت بزنید: (✓)	چه مقدار؟	چند وقت یکبار؟	تعداد وعده های غذایی در هر روز
		<input type="checkbox"/> وعده های غذایی <input type="checkbox"/> اتاق <input type="checkbox"/> هر دو			

5. آیا فرد 16 ساله یا بزرگتری در مدرسه، کالج یا برنامه تعلیمی ثبت نام کرده است؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

بله خیر

نام شخص	نام مدرسه	حضور	تعداد واحدها در هر ترم/ ربع	اشتغال
		<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/> سایر موارد		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد ساعت ها:
		<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/> سایر موارد		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد ساعت ها:

6. آیا کسی در خانواده به دلیل نابینایی یا ناشنوایی قادر به خرید و درست کردن وعده های غذایی نیست؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

بله خیر

نام	توضیح دهید

7. آیا کسی در خانواده باردار است؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

بله خیر

نام	تاریخ مورد انتظار وضع حمل:

8. آیا کسی در خانواده دارای مخارج اسکان می باشد؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

بله خیر

هزینه اسکان	هزینه کل	شما چقدر می پردازید؟	چه مقدار توسط برنامه های کمک هزینه اجاره مانند HUD، یارانه مسکن دولت برای افراد کم درآمد (SECTION 8)، و غیره پرداخت شده است؟	آیا کس دیگری می پردازد؟ چه مقدار؟	چند وقت یک بار صورت حساب را می پردازید؟
اجاره					
پرداخت (رهن) خانه					
مالیات دارایی (اگر در پرداخت خانه محسوب نمی شود)					
بیمه (اگر در پرداخت خانه لحاظ نشده است)					
سایر موارد (توضیح دهید):					

9a. آیا کسی هزینه تسهیلات می پردازد؟

اگر پاسخ شما مثبت است، تمام مواردی را که صدق می کند، علامت بزنید.

گاز	آشغال یا زباله	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
برق	فاضلاب	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سایر سوخت ها (مانند پروپان، بوتان، چوب، زغال سنگ و غیره)	تلفن/سایر ابزارهای ارتباطی مانند اینترنت، غیره.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آب	سایر موارد (توضیح دهید)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

9b. آیا شما از گاز، برق یا سایر سوخت ها برای گرم کردن یا سرد کردن استفاده می کنید؟

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفا موارد زیر را علامت بزنید.

تسهیلات	استفاده شده برای گرم کردن یا سرد کردن؟
گاز	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
برق	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سایر سوخت ها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

10. آیا کسی شامل کودک ها دارای هیچ يك از منابع زیر می باشد؟

اگر پاسخ مثبت است، در زیر توضیح دهید:

- پول نقد یا چك
- سپرده های رسمی
- رهن
- حقوق عقب افتاده کارمند
- طرح حساب IRA (بازنشستگی شخصی)
- یا Keogh (طرح بازنشستگی برای افراد خود اشتغال و کسب و کارهای کوچک در ایالات متحده)
- وجوه بازنشستگی
- حساب های پس انداز یا دارای چك
- حقوق معدن کاری یا استخراج معدن، یا کار با مواد نفتی
- قراردادهای فروش
- وجوه امانی
- اوراق بهادار، بورس
- حساب های بازار سهام
- حساب های موسساتی که به اشخاص کم درآمد وام های کوچک می دهند
- سایر موارد

شماره حساب	نام و آدرس بانک	حساب هایی که دارید (اگر وجود دارد)	ارزش کنونی	مالك	نوع منبع

11. آیا کسی صاحب املاک و مستغلات در هر جایی (در داخل یا خارج آمریکا) را می خرد؟

اگر پاسخ مثبت است موارد زیر را کامل کنید:

نوع	آدرس یا محل	استفاده شده به عنوان: مالك: خانۀ <input type="checkbox"/> ملك اجاره ای <input type="checkbox"/>	ارزش تخمینی: میزان بدهکاری:
نوع	آدرس یا محل	استفاده شده به عنوان: مالك: خانۀ <input type="checkbox"/> ملك اجاره ای <input type="checkbox"/>	ارزش تخمینی: میزان بدهکاری:

12a. آیا کسی در خانواده در حال فرار از پیگرد قانونی بزهکاری، توقیف و زندان بعد از محکومیت است؟

اگر پاسخ مثبت است، در زیر توضیح دهید:

نام	توضیح دهید	نام	توضیح دهید

12b. آیا کسی از افراد خانواده شما تحت عفو مشروط به سر می برد؟

اگر پاسخ مثبت است، در زیر توضیح دهید:

نام	توضیح دهید	نام	توضیح دهید

13a. آیا از 22 آگوست 1996 شما یا یکی از اعضای خانواده تان به جرائم مربوط به مواد مخدر که حذف نشده است، محکوم شده است؟

اگر پاسخ منفی به سوال شماره 15 بروید.

اگر پاسخ مثبت است:

تاریخ محکومیت

نام

13b. آیا محکومیت به خاطر هیچ از دلایل زیر بوده است:

- حمل، وارد کردن به این ایالت، فروش، تهیه کردن، توزیع کردن، بخشیدن، مالکیت برای فروش، خریداری به منظور فروش، تولید، یا فرآوری کردن و اضافه کردن مواد جدید به قصد تولید یک ماده مجاز یا کشت، برداشت و فرآوری کردن ماری جوانا؟
- تشویق، اغوا، و سوسه یا تهدید کردن افراد کم سن و سال برای شرکت در هر یک از فعالیت های فوق؟

بله خیر
بله خیر

14. آیا شما یا هیچ یک از اعضای خانواده تان تا کنون:

- (a) یک برنامه درمان مواد مخدر شناخته شده دولت را کامل کرده اید؟
- (b) تا کنون در برنامه درمانی شناخته شده دولت شرکت کرده اید؟
- (c) ثبت نام در برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت؟
- (d) قرار گرفتن در لیست انتظار برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت
- (e) از استفاده از یک ماده مجاز دست کشیده اید؟ (می بایست مدارک را به کارمند خود نشان بدهید)

بله خیر
بله خیر
بله خیر
بله خیر
بله خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفا توضیح دهید:

15. شما می بایست به یک نفر مجوز بدهید تا بتواند از طرف سرپرست خانواده، در صورت بیماری و سایر شرایط عمل کند.
اگر مایلید به کسی مجوز بدهید، موارد زیر را کامل کنید:

نام نماینده مجاز	آدرس	شماره تلفن نماینده مجاز

16. آیا شما به اطلاعات یا ارجاع برای پوشش پزشکی (Medi-Cal) (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) یا Healthy Families (خانواده های سالم) علاقه مندید؟ بله خیر

گواهینامه درخواست کننده/دریافت کننده

من سوالات بالا را کامل کرده و تمام اطلاعات را خوانده ام. من آگاه هستم که قوانین CalFresh جدید و مجازات ها در مورد درخواست یا درخواست مجدد من برای CalFresh صدق می کند. من قوانین جدیدی را درک می کنم و موافقت می کنم که بر طبق آن ها عمل کنم.

دپارتمان کشاورزی از تبعیض در تمام برنامه هایش و فعالیت هایش بر اساس نژاد، رنگ، جنس، مذهب، ملیت، سن و معلولیت و سیاست ممانعت می کند. اگر فکر می کنید مورد تبعیض واقع شده اید، می توانید یک شکایت را بایگانی کنید. اگر با تصمیم بخش موافق نیستید می تواند مراحل درخواست را انجام دهد.

اطلاعات موجود در این درخواست ممکن است با دولت فدرال، ایالت و آژانس های محلی برای تایید شایستگی شما برای برنامه CalFresh به اشتراک گذاشته شود. این مراحل ممکن شامل تایید وضعیت مهاجرت توسط خدمات مهاجرت و شهروندی دولت آمریکا (USCIS) (خدمات مهاجرت یا شهروندی آمریکا) و سابقا (INS) تنها برای کسانی که خواستار مزایای CalFresh هستند باشد. قانون فدرال می گوید که بخش USCIS به جز در موارد مربوط به تخلف نمی تواند از این اطلاعات استفاده کند.

امضا

من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که تمام اطلاعاتی که من در این فرم ارائه کرده ام، حقیقت، صحیح و کامل می باشد.

امضا (عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز)	تاریخ	X
امضا شاهد یا مفسر	تاریخ	X
امضا کارمند شایستگی	تاریخ	X