

تقاضا برای برنامه های CALFRESH، کمک نقدی، و/یا برنامه های مراقبت درمانی / MEDI-CAL

در صورتیکه ناتوانی دارید و یا برای پر کردن این تقاضانامه به کمک احتیاج دارید، اداره رفاه کانتی (کانتی) را در جریان بگذارید تا یک نفر به شما کمک کند. در صورتیکه ترجیح می دهید به زبان دیگری جز انگلیسی صحبت کنید، بخوانید و بنویسید، بخش بدون هزینه شخصی را برای کمک به شما معرفی می کند.

چگونه باید تقاضا بدهم؟

در صورتیکه برای کمک های غذایی (CalFresh)، کمک نقدی (فرصت های کاری و مسئولیت پذیری در قبایل کودکان کالیفرنیا، کمک نقدی برای پناهندگان، کمک های عمومی یا مساعدت عمومی)، Medi-Cal و/یا سایر برنامه های بهداشتی تقاضا می دهید این درخواست را به کار ببرید. در صورتیکه فقط می خواهید برای CalFresh تقاضا بدهید، می توانید از کانتی بخواهید فرم درخواست مخصوص CalFresh تنها را به شما بدهند. CalFresh یک برنامه کمک های غذایی است که به شما در زمینه هزینه خرید غذا برای خانوار کمک می کند. در صورتیکه فقط می خواهید برای مراقبت های بهداشتی تقاضا بدهید، می توانید از کانتی بخواهید فرم درخواست مخصوص مراقبت های بهداشتی تنها را به شما بدهند. مراقبت های بهداشتی شامل: بیمه کم هزینه برای Medi-Cal؛ بیمه بهداشتی و درمانی خصوصی مقرون به صرفه؛ یا یک اعتبار مالیاتی که می تواند به شما برای پرداخت حق بیمه پوشش بهداشتی کمک کند. در صورتیکه می خواهید فقط برای مراقبت های بهداشتی اقدام کنید از این فرم درخواست استفاده نکنید. کانتی شما ممکن است فرم درخواست جداگانه ای برای کمک های عمومی یا مساعدت های عمومی داشته باشد. جهت اطمینان با کانتی تماس بگیرید.

همچنین می توانید به صورت آنلاین و از طریق وبسایت <http://www.benefitscal.org/> برای این برنامه ها تقاضا بدهید.

- در صورت امکان، تمام فرم تقاضانامه را پر کنید. شما باید به کانتی حداقل اطلاعاتی مثل نام، آدرس، امضا (سوال 1 در صفحه 1 تقاضانامه) را بدهید تا تقاضا برای CalFresh به جریان بیفتد. برای کمک نقدی باید سوالات 1 تا 5 صفحه 1 و 2 تقاضانامه را پر کرده و امضا کنید تا پروسه تقاضا به جریان بیفتد. برای کمک عمومی یا مساعدت عمومی، از کانتی سؤال کنید برای شروع فرایند درخواست باید به کدام سوالات پاسخ داده شود.
- هر برنامه یک نماد دارد (که در بالای این صفحه نشان داده شده است) و نشان می دهد که کدام سوال مربوط به کدام برنامه است. برای کمک نقدی یک علامت دلار وجود دارد؛ برای CalFresh یک سبد خرید و برای پوشش سلامتی یک آمبولانس. برای مثال، اگر برای کمک نقدی تقاضا نمی دهید نیازی به پر کردن سوالاتی که تنها با نماد دلار علامت گذاری شده اند ندارید.
- تقاضانامه را به صورت شخصی، با پست کردن، با فکس و یا به صورت آنلاین به کانتی بدهید.
- روزی که کانتی تقاضانامه امضا شده شما را دریافت کند زمان پاسخ به شما برای اینکه آیا می توانید از مزایا بهره مند شوید یا خیر آغاز می شود. در صورتیکه شما در یک موسسه بسر می برید، این تاریخ از زمانی آغاز می شود که شما این موسسه را ترک کنید.

در ادامه چه کاری باید انجام دهم؟

- قبل از اینکه این تقاضانامه را امضا کنید، در مورد حقوق و مسئولیت های خود (صفحات قوانین برنامه) مطالعه داشته باشید.
- شما باید در مورد تقاضانامه خود با کانتی یک مصاحبه داشته باشید. در صورتیکه یک ناتوانی دارید، می توان ترتیب دیگری داد.
- در صورتیکه همه قسمت های فرم تقاضانامه را پر نکنید، می توانید در هنگام مصاحبه آن را تکمیل کنید.
- باید مدارک درآمد و هزینه ها و شرایط دیگر را ارائه کنید تا واجد شرایط بودن شما ثابت شود.

این پروسه چه مدت زمانی طول می کشد؟

ممکن است پروسه CalFresh شما تا 30 روز طول بکشد. در مورد کمک نقدی و Medi-Cal این پروسه ممکن است تا 45 روز طول بکشد. اگر در حالی اورژانسی هستید، از کانتی بپرسید چگونه می توانید مزایا یا مراقبت سلامت خود را فوراً بگیرید.

شما ممکن است قادر به گرفتن مزایای CalFresh در 3 روز تقویمی باشید اگر:

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

برای کمک نقدی، شما ممکن است کمک آنی دریافت کنید اگر:

- بی خانمان هستید، اختاریه تخلیه یا پرداخت اجاره بها یا ترک محل گرفته اید؛ یا
- غذای شما در سه روز آینده تمام می شود؛ یا
- آب و برق شما قطع شده و یا قطع خواهد شد، یا
- شما البسه یا پوشک کافی ندارید؛ یا
- یک نوع وضعیت اضطراری دیگر دارید که بر سلامتی و ایمنی شما تأثیر می گذارد

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

برای کمک به کانتی جهت بررسی امکان دریافت سریع تر مزایا، لطفاً سوال 1، 6 تا 9، 15 و 24 را پاسخ دهید و مدارک شناسائی خود را همراه با تقاضانامه به کانتی تحویل دهید (در صورتیکه آنها را دارید). برای General Assistance و یا General Relief، از کانتی در مورد طول مدت زمان و هرگونه قوانین ویژه ای جهت دریافت سریع تر مزایا سوال کنید.

کانتی نامه ای به شما می فرستد مبنی بر اینکه تقاضای خانوار شما برای دریافت مزایای درخواستی رد یا قبول شده است.

به چه چیزهایی برای مصاحبه احتیاج داریم؟

برای جلوگیری از تاخیر، مدارک موارد زیر را در روز مصاحبه به همراه داشته باشید. حتی در صورتیکه مدارک را ندارید در مصاحبه شرکت کنید. کانتی ممکن است بتواند به شما در گرفتن مدارک لازم کمک کند در حین مصاحبه، کانتی اطلاعات تقاضانامه را مرور می کند و سوالاتی می پرسد تا ببیند آیا شما می توانید مزایا را دریافت کنید و مبلغ این مزایا باید چه قدر باشد.

مدارک لازم برای دریافت مزایا

- مدارک شناسائی (گواهینامه رانندگی، کارت شناسائی ایالتی، پاسپورت).
- مدارک تولد برای هر شخصی که برای کمک نقدی تقاضا می دهد.
- مدارک جایی که زندگی می کنید (اجاره نامه، صورت حساب فعلی با آدرس).
- شماره سوشال سکيوریتی برای افرادی که برای دریافت کمک تقاضا می دهد (نکته زیر در مورد برخی غیر سیتیزن ها را بخوانید).
- پولی که تمام اعضای خانوار در بانک دارند (صورت حساب های احیر بانکی).
- درآمد کسب شده تمام اعضای خانوار در 30 روز گذشته (فیش های حقوق اخیر، نامه های کاری از یک کارفرما) **نکته:** در صورتیکه خود اشتغال هستید، سوابق درآمد و هزینه ها یا سوابق مالیاتی.
- درآمدهای کسب نشده (مزایای بیکاری، SSI سوشال سکيوریتی، مزایای بازنشستگان نیروهای مسلح، حمایت از کودک، غرامت کارگران، کمک های مالی مدرسه یا وام، درآمد اجاره، و غیره).
- حالت های مهاجرت قانونی **فقط** برای غیر سیتیزن های قانونی که در حال ارائه تقاضا برای مزایا هستند (کارت ثبت نام اتباع خارجی، ویزا).
- نکته:** برخی غیر سیتیزن ها که در حال ارائه تقاضا بر اساس خشونت خانگی، تعقیب جنایی یا قاچاق هستند نیازی به این مدارک ندارند. این گروه همچنین نیاز به شماره سوشال سکيوریتی ندارند.

در صورتیکه بی خانمان باشم چه اقداماتی لازم است؟

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

- A. در پناهگاهی تحت نظارت، اقامتگاه موقت، یا محل مشابه سکونت دارید.
- B. ساکن شدن در منزل شخص دیگری یا یکی از بستگان برای مدتی که بیشتر از 90 روز نیست.
- C. خوابیدن در محلی که عموماً برای خوابیدن طراحی و یا استفاده نشده است (یک راهرو، یک ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکانهایی مشابه).

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید.

شما مسئولید که:

- تمام اطلاعات لازم برای تعیین صلاحیت خود را در اختیار کانتی قرار دهید.
- مدارک و شواهد لازم برای اطلاعاتی که در دست دارید را در مواقع نیاز به کانتی ارائه دهید.
- تغییرات را همانطور که لازم است گزارش دهید. کانتی، اطلاعات لازم در مورد محتوا، زمان ونحوه گزارش را در اختیار شما قرار می دهد. در مورد مزایای CalFresh و کمک نقدی، اگر الزامات گزارش دهی خانوار خود را برآورده نکنید ممکن است پرونده شما بسته شده یا مزایای شما کاهش داده شده یا قطع گردد.
- به دنبال یک شغل باشید یا آن را حفظ کنید و یا در فعالیت های دیگری شرکت کنید اگر کانتی آن را امری ضروری در مورد پرونده شما می داند.
- اگر پرونده شما به بازنگری و بررسی این امر می پردازد که صلاحیت شما و سطح مزایای شما به خوبی تعیین شده، سعی کنید که همکاری کاملی را با کانتی، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظر ها منجر به قطع مزایای شما می گردد.
- هرگونه کمک های نقدی یا مزایای CalFresh را که واجد شرایط دریافت آنها نبوده اید پس بدهید.

شما حق دارید که:

- تقاضانامه ای را برای دریافت CalFresh تنها با ذکر نام، آدرس و امضایان به ما تحویل دهید.
- در مواقع نیاز می توانید مترجمی شفاهی را که به طور رایگان توسط ایالت تعیین شده به کار گیرید.
- اطلاعات منتقل شده به کانتی محرمانه حفظ شوند، مگر اینکه مستقیماً به اجرای برنامه های کانتی مرتبط باشند.
- قبل از زمان تعیین صلاحیت توسط کانتی از تقاضای خود انصراف دهید.
- در پر کردن تقاضانامه از دیگران کمک بخواهید یا در به دست آوردن شواهد لازم همکاری کنید و شرحی از مقررات و قوانین را دریافت نمایید.
- با حسن نیت، توجه و احترام با شما رفتار شود و مورد تبعیض قرار نگیرید.
- اگر واجد شرایط استفاده از خدمات فوری بودید طی 3 روز از مزایای CalFresh برخوردار شوید.
- اگر در زمره کسانی هستید که نیاز فوری دارید، طی یک روز از کمک های نقدی بهره مند شوید.
- هنگامی که تقاضا می دهید در مدت زمان معقولی توسط کانتی مصاحبه شده و تعیین صلاحیت شما برای CalFresh ظرف مدت 30 روز و یا برای کمک نقدی و Medi-Cal ظرف مدت 45 روز انجام شود.
- دست کم 10 روز را برای ارائه شواهد لازم تعیین صلاحیت به کانتی فرصت داشته باشید.
- دست کم 10 روز قبل از اینکه کانتی مزایای CalFresh و یا کمک های نقدیتان را کاهش دهد یا متوقف کند ابلاغی کتبی دریافت کنید.
- مسئله خود را با بخش مورد بحث قرار دهید و هر زمان که خواستید در آن تجدید نظر کنید.
- در مواردی که در مورد پرونده تان با بخش موافق نیستید در طی 90 روز تقاضای دادرسی ایالتی دهید. اگر پیش از اینکه گام جدیدی در پرونده شما برداشته شود تقاضای دادرسی کنید، مزایای شما تا زمان دادرسی و یا اواخر دوره صلاحیت (هر کدام که نزدیک تر است) تغییر نخواهد کرد. می توانید از کانتی بخواهید که تا مدتی پس از دادرسی تغییراتی را در مزایای شما اعمال کند تا مجبور نشوید مزایای اضافه پرداختی را پس بدهید. اگر قاضی دیوان اداری به نفع شما رای دهد، بخش تمامی مزایای قطع شده را به شما بر می گرداند.
- می توانید در رابطه با حقوق دادرسی تان و یا ارجاعی به کمک های حقوقی با شماره تلفن های رایگان - 1-800-952-5253 و یا با شماره مخصوص افرادی که دچار اختلال در شنوایی و گفتار هستند و از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349 تماس حاصل کنید. شما همچنین می توانید کمک های حقوقی رایگانی را از پایگاه های کمک های حقوقی محلی و دفاتر حقوق رفاهی دریافت کنید.
- اگر نمی خواهید در روز دادرسی تنها حاضر شوید دوست یا فرد دیگری را همراه خود بیاورید.
- برای ثبت نام رای گیری از کانتی کمک بخواهید.
- آن دسته از تغییراتی را که ملزم به گزارش آنها نیستید ولی به افزایش مزایای CalFresh یا کمک های نقدی می انجامد را گزارش دهید.
- مدارکی را در رابطه با هزینه های خانوار که ممکن است شانس برخورداری از مزایای بیشتر CalFresh را برای شما مهیا کند ارائه دهید. عدم ارائه مدارک به کانتی در حکم این است که چنین مخارجی را بر عهده ندارید و در نتیجه مزایای بیشتر CalFresh دیگر به شما تعلق نمی گیرد.
- اگر خواستید فرد دیگری از مزایای CalFresh برای خانوار شما استفاده کند و یا در مورد پرونده CalFresh به شما کمک نماید (نماینده مجاز) حتماً به کانتی اطلاع دهید.
- شما همچنین به سازمان Medi-Cal این حق را می دهید که کمک های پزشکی را دنبال و یا از طریق همسر یا والدین دریافت کنند. اگر زمانی احساس کردید که همکاری در فراهم نمودن کمک های پزشکی به شما یا فرزندانتان آسیب می رساند می توانید آن را با سازمان Medi-Cal در میان بگذارید و یا به این همکاری خاتمه دهید.

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید

قوانین و مجازات های برنامه

شما متخلف محسوب می شوید اگر اطلاعاتی دروغین یا غلط را ارائه دهید و یا از روی عمد و برای به دست آوردن مزایای CalFresh، کمک های نقدی و Medi-Cal که صلاحیت دریافت آنها را ندارید و یا کمک به فرد دیگری خارج از صلاحیت در دستیابی به این مزایا از بیان کامل اطلاعات سر باز زنید. شما باید هرگونه مزایای دریافتی را که واجد شرایط استفاده از آنها نبوده اید را پس بدهید. اگر این کار را از روی عمد انجام دهید و بیشتر از \$950 مزایا خارج از صلاحیت دریافت کنید، مجرم شناخته خواهید شد.

<p>من ممکن است...</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای ارتکاب اولین تخلف 12 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم • برای ارتکاب دومین تخلف 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم • برای ارتکاب سومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی CalFresh را پس دهم • به میزان \$250,000 جریمه شوم، بیش از 20 بیست سال محکوم به حبس شوم و یا هر دوی آنها 	<p>برای CalFresh: من تایید می کنم که اگر تخلفی عمدی را در رابطه با این برنامه به یکی از روشهای زیر مرتکب شوم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مخفی کردن اطلاعات یا ارائه اظهارات دروغین • استفاده از کارتهای الکترونیکی انتقال مزایا (EBT) دیگران و یا اجازه استفاده آن را به افراد دیگر دادن • استفاده از مزایای CalFresh برای خرید الکل یا تنباکو • معامله، فروش یا بخشیدن مزایای CalFresh یا کارت های EBT
<ul style="list-style-type: none"> • برای ارتکاب اولین تخلف به مدت 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم • برای ارتکاب دومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم. 	<ul style="list-style-type: none"> • مزایای CalFresh را برای مواد کنترل شده ای نظیر مواد مخدر معامله کنم
<ul style="list-style-type: none"> • برای ارتکاب هر تخلف به مدت 10 سال از مزایای CalFresh محروم شوم 	<ul style="list-style-type: none"> • به منظور دریافت مزایای اضافی CalFresh اطلاعات دروغینی را راجع به هویت و محل زندگی خود ارائه دهم
<ul style="list-style-type: none"> • برای همیشه از مزایای CalFresh محروم شوم 	<ul style="list-style-type: none"> • به معامله یا فروش مزایای CalFresh به ارزش بیش از \$500 و یا معامله مزایای CalFresh برای اسلحه، مهمات و مواد منفجره محکوم شوم
<p>من ممکن است...</p> <ul style="list-style-type: none"> • از کمک های نقدی محروم شوم • به میزان \$10,000 جریمه شوم و/یا به مدت 5 سال به زندان/بازداشت محکوم شوم • به مدت 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال و یا همیشه از نقدی محروم شوم. 	<p>در مورد کمک های نقدی میدانم که اگر...</p> <ul style="list-style-type: none"> • محکوم به ارتکاب تخلفی عمدی در برنامه شوم • از قوانین مربوط به کمک های نقدی پیروی نکنم • توسط یک دادگاه قانون یا دادرسی اجرایی به ارتکاب نوع خاصی از کلاهبرداری متهم شوم

اطلاعات مهم برای غیر سیتیزن ها

- شما می توانید برای دریافت مزایای CalFresh، یا مراقبت های بهداشتی برای افراد واجد شرایط تقاضا دهید، حتی اگر تمامی اعضای خانواده تان واجد شرایط استفاده از آن نباشند. برای مثال، والدین مهاجر حتی اگر خود نیز واجد شرایط نباشند می توانند برای دریافت مزایای CalFresh، یا مراقبت های بهداشتی برای فرزندان مهاجرشان که سیتیزن ایالات متحده هستند یا واجد شرایط می باشند تقاضا دهند.
- دریافت کمک های غذایی هیچ تأثیری را در وضعیت مهاجرت شما و یا خانواده تان برجای نمی گذارد. اطلاعات مهاجرتی کاملاً خصوصی و محرمانه حفظ می شود.
- وضعیت مهاجرتی افراد غیر سیتیزنی که صلاحیت استفاده از مزایا را دارند و برای آن تقاضا داده اند توسط سازمان خدمات سیتیزن شپ و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) مورد بررسی قرار می گیرد. قانون فدرال می گوید که USCIS جز در موارد مربوط به تخلف نمی تواند از این اطلاعات استفاده کند.

کناره گیری و انصراف

شما لازم نیست هیچگونه اطلاعات مهاجرتی، شماره سوشال سکيوریتی و یا مدارکی را برابر آن دسته از اعضای غیر سیتیزن خانوار که تقاضای دریافت مزایا نداده اند ارائه کنید. کانتی باید به طور کامل از درآمد و منابع آنها مطلع شود تا مزایای خانوار شما را به درستی تعیین کند. کانتی در رابطه با افرادی که برای دریافت مزایا تقاضایی ارائه نداده اند با USCIS ارتباطی برقرار نمی کند.

کاربرد شماره های سوشال سکيوریتی (SSN)

CalFresh و کمک های نقدی: شخصی که برای دریافت مزایای CalFresh یا کمک نقدی تقاضا داده است باید در صورت داشتن شماره SSN آن را ارائه دهد یا مدارکی را مبنی بر اینکه برای گرفتن SSN تقاضا داده است عرضه کند (مانند نامه ای از اداره سوشال سکيوریتی) ما می توانیم از تقاضای هر یک از شما یا اعضای خانواده تان که شماره SSN را به ما نداده اند چشم پوشی کنیم. برخی از افراد مانند قربانیان تجاوزهای خانگی، شهود دادستان جرم و جنایت و قربانیان قاچاق لازم نیست برای گرفتن کمک SSN ارائه دهند.

پوشش بهداشتی درمانی / Medi-Cal: اگر به پوششی بهداشتی درمانی نیازمندید و SSN دارید آن را در اختیار ما قرار دهید. ارائه شماره SSN حتی اگر خواستار پوشش بهداشتی درمانی نباشید نیز سودمند است، زیرا به روند تقاضا سرعت می بخشد. ما از SSN برای بررسی درآمد و دیگر اطلاعات لازم برای دریافت این که چه کسی صلاحیت لازم را برای دریافت کمک در خصوص هزینه های پوشش بهداشتی دارد استفاده می کنیم. برای گرفتن راهنمایی در مورد گرفتن شماره SSN با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید و یا به وب سایت www.socialsecurity.gov مراجعه کنید

صدور بیش از حد

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

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید

اضافه پرداخت

این بدان معناست که شما بیش از اندازه لازم کمک های نقدی دریافت کرده اید. درست مانند مزایای CalFresh شما باید آن را بازگردانید حتی اگر کانتی اشتباه کرده باشد و یا این امر ناخواسته اتفاق افتاده باشد. کمک های نقدی شما ممکن است کاهش یابد یا متوقف شود. شماره SSN شما ممکن است در وصول مزایایی که مقروض هستید از طریق دادگاه، دیگر سازمانهای وصول کننده و اقدامات وصولی دولت فدرال به کار رود.

گزارش دهی

تمامی خانوارهایی که مزایا دریافت می کنند باید تغییرات خاصی را گزارش دهند. کانتی درباره تعییراتی که باید گزارش کنید، چگونگی و زمان آن مطلع خواهد کرد. عدم گزارش تغییرات منجر به کاهش مزایا یا متوقف شدن آن می گردد. همچنین شما می توانید چیزهایی را که باعث افزایش مزایای شما می گردد مانند دریافت درآمد کمتر گزارش کنید.

دادرسی ایالتی

شما می توانید درخواست جلسه دادرسی ایالتی دهید اگر با هیچیک از اقداماتی که در راستای تقاضای شما و یا مزایای در حال جریان شکل می گیرد موافق نیستید. شما می توانید در مدت زمانی 90 روزه درمورد عملکرد کانتی تقاضای دادرسی ایالتی دهید و باید علت آن را نیز بیان کنید. با دریافت ابلاغیه تایید یا رد از کانتی می توانید اطلاعاتی را راجع به چگونگی درخواست تجدید نظر به دست آورید. اگر پیش از اینکه اقدامی انجام شود تقاضای دادرسی کنید، می توانید میزان کمک های نقدی و مزایای CalFresh را تا زمانی که رای و تصمیمی صادر نشده ثابت نگه دارید.

قانون حفظ حریم خصوصی و افشا

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

کانتی می تواند از اطلاعات مندرج در تقاضانامه در راستای بررسی صلاحیت شما برای ارائه کمک هزینه های پوشش بهداشتی درمانی استفاده کند. کانتی ممکن است پاسخ های شما را با استفاده از اطلاعات موجود در بانکهای اطلاعاتی فدرال و ایالتی و اداره درآمد داخلی (IRS)، اداره سوشال سکيوریتی، وزارت امنیت داخلی و/یا نهادهای گزارشات مصرف کنندگان بررسی کند. اگر اطلاعات مطابقت نداشته باشند، کانتی ممکن است از شما شواهد و مدرک بخواهد.

عدم تبعیض

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

برای تشکیل پرونده در مورد شکایتی مبنی بر تبعیض، یا با مشاور حقوق مدنی بخش محل زندگیتان تماس بگیرید و یا با USDA و یا اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا (CDSS) مکاتبه نمایید یا تماس بگیرید:

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

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

USDA یک کارفرمای ارائه دهنده فرصت های برابر است.

قوانین کار برای CalFresh

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

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

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید

قوانین کاری برای (Welfare-to-Work) CalWORKs

اگر شما کمک های نقدی را دریافت کنید باید حتماً در برنامه Welfare-to-Work (WTW) شرکت کنید، مگر اینکه از انجام آن معاف شوید. اگر شما از WTW معاف شده باشید کانتی به شما اطلاع خواهد داد. اگر شما فعالیت های معین شده خود را انجام ندهید کمک های نقدی تان کاهش می یابد یا متوقف می شود.

CalWORKs - انگشت نگاری / چهره نگاری

تمام اعضای بزرگسال خانوار که واجد شرایط استفاده از کمک های نقدی اند باید انگشت نگاری / چهره نگاری شوند. اگر از افرادی که قرار است با این قوانین همکاری کنند انگشت نگاری / چهره نگاری نشود هیچ مزایایی به کل خانوار اعطا نمی شود. انگشت نگاری / چهره نگاری ها محرمانه هستند و تنها در موارد جلوگیری یا پیگرد قانونی از تخلفات وارده در برنامه های رفاهی کاربرد دارد.

چگونه مزایا را دریافت / از آن استفاده کنم؟

CalFresh و کمک نقدی:

- کانتی یک کارت الکترونیکی پلاستیکی انتقال مزایا (EBT) را برای شما پست می کند و یا آن را به طور مستقیم در اختیارتان قرار می دهد. زمانی که تقاضانامه شما تایید شد مزایا به کارت شما ریخته می شود. بعد از اینکه کارتان را دریافت کردید آن را امضا کنید. شما باید یک کد شناسایی شخصی (PIN) بسازید تا با آن بتوانید از طریق عابر بانک پول برداشت کنید و یا غذا و اجناس دیگر را خریداری کنید.
- اگر کارت EBT شما گم شده، دزدیده شده و خراب شده است و گمان می کنید که کسی که شما دوست ندارید از مزایای آن استفاده کند ممکن است کد PIN تان را بداند فوراً با شماره 328-9677 (877) و یا کانتی تماس بگیرید و آن را گزارش دهید و کد PIN خود را تغییر دهید. مطمئن شوید که همه بزرگسالان مسنول و نمایندگان مجازتان نیز از چگونگی گزارش فوری یکی از این مشکلات باخبرند. هر میزان مزایایی که پیش از گزارش دزدی و گم شدن کارت EBT یا کد PIN از حسابتان کم شود، دیگر برگردانده نمی شود.
- می توانید از مزایای CalFresh برای خرید تقریباً تمام انواع غذاها و همچنین بذرها و گیاهانی که با آن می توان غذای خود را تهیه کرد استفاده کنید. شما نمی توانید با آن الکل، تنباکو، غذای حیوانات، برخی از غذاهای آماده و یا مواد غیرخوراکی (مانند خمیردندان، صابون یا حوله کاغذی) بخرید.
- مزایای CalFresh در اکثر فروشگاه های مواد غذایی یا مکان هایی که در آن غذا می فروشند پذیرفته می شود. از کمک نقدی نیز در اکثر مغازه ها و عابر بانک ها می توان استفاده کرد. برخی از عابر بانک ها ممکن است هزینه ای را منظور کنند. در مواردی که شما پس از سه بار برداشت پول باز هم بخواهید از عابر بانک پول بگیرید هزینه ای منظور خواهد شد. برای دستیابی به فهرستی از مکانهای نزدیک شما که کارت EBT قبول می کنند مراجعه کنید به: <https://www.ebt.ca.gov> یا <https://www.snapfresh.org> همچنین می توانید اطلاعاتی را راجع به مکان هایی که می توانید بدون پرداخت هزینه از آنها پول دریافت کنید را کسب نمایید.
- مزایای CalFresh تنها متعلق به شما و اعضای خانواده تان است. کمک های نقدی نیز تنها متعلق به شما و اعضای خانواده تان که برای دریافت کمک نقدی تایید شده اند می باشد. کمک نقدی برای این است که نیازهای اساسی خانواده شما را برآورده کند (مسکن، خوراک، پوشاک و غیره). مزایای خود را در محلی امن نگه دارید. کد PIN خود را به کسی نگوئید. کد PIN خود را در کارت EBT خود نگذارید.
- هرگونه برداشت از کارت EBT توسط شخص شما، یکی از اعضای خانوار، نماینده مجاز و یا هر کسی که شما داوطلبانه کارت EBT و کد PIN خود را در اختیارش گذاشته اید به نام شما تمام می شود و هرگونه برداشت مزایا از حسابتان به هیچ وجه بازگردانده نمی شود.

Medi-Cal و مراقبت های درمانی:

- برای Medi-Cal به شما یک کارت شناسایی مزایا (BIC) تعلق خواهد گرفت.
- کارت BIC را پس از دریافت امضا کنید و تنها آن را در مواقع دریافت خدمات ضروری بهداشتی و درمانی استفاده کنید.
- هیچگاه این کارت BIC را دور نیندازید (مگر اینکه ما کارت BIC جدیدی به شما بدهیم). شما باید حتی زمانی که دیگر از خدمات Medi-Cal استفاده نمی کنید این کارت BIC را نگه دارید. اگر دوباره کمک نقدی یا Medi-Cal دریافت کردید می توانید از همین کارت BIC استفاده کنید.
- کارت BIC را می توانید زمانی که خود و یا یکی از اعضای خانواده بیمار است و یا وقت دکتر دارد به دکتر خود بدهید.
- کارت BIC را فوراً به پزشکی که به مداوای شما یا یکی از اعضای خانواده تان در موقعیتی اورژانسی پرداخته است نشان دهید.
- برای برنامه های دیگر مربوط به بهداشت و درمان شما یک کارت برنامه بهداشتی و درمانی را از رابط مخصوص خود دریافت خواهید کرد.

General Assistance (کمک عمومی) و General Relief (مساعدت عمومی):

- General Assistance (کمک عمومی) و General Relief (مساعدت عمومی): برنامه های کانتی برای بزرگسالان فاقد کودک هستند. اگر برای یکی از این برنامه ها درخواست دهید، کانتی حقوق و مسئولیت های شما و قوانین برنامه را به اطلاع شما خواهد رساند.

لطفاً برای سوابق خود نگهداری کنید

لطفاً از قلم با رنگ آبی یا مشکی استفاده کنید زیرا راحت تر خوانده و کپی می شود. لطفاً پاسخ هایتان را با حروف واضح و درست بنویسید. اگر فضای بیشتری برای پاسخ دادن به سوالات احتیاج دارید، صفحات دیگری برای ارائه اطلاعات اضافه کنید. لطفاً روی صفحه کاغذی مجزا مشخص کنید به کدام سوالات پاسخ می دهید.

1. اطلاعات متقاضی

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی) نام های دیگر (پیشوند، نام مستعار و غیره) شماره سوشال سکيوریتی (اگر این شماره را دارید و یا برای گرفتن مزایای ثبت نام کرده اید)

کمک نقدی

آدرس منزل و یا نشانی تقریب محل سکونت شهر بخش ایالت کد پستی

آدرس پستی (در صورتی که با مورد بالا متفاوت است) شهر بخش ایالت کد پستی

من تمایل دارم از طریق ایمیل درباره این تقاضا بله نه

من تمایل دارم از طریق ایمیل درباره این پرونده پیام دریافت کنم بله نه

تلفن منزل تلفن دریافت پیام/دیگر محل کار آدرس ایمیل

برای چه برنامه هایی درخواست داده اید؟ CalFresh کمک نقدی پوشش بیمه سایر

آیا شما ناتوانی خاصی دارید و برای تقاضای نیاز به کمک دارید؟ بله نه

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

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

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

آیا درآمد ناخالص خانوار شما کمتر از \$150 است و آیا مجموع پول نقد، حسابهای جاری و پس انداز شما \$100 و یا کمتر است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا آب و برق شما قطع شده و یا اختاریه قطع کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
آیا مجموع درآمد ناخالص خانوار شما و منابع شناور کمتر از مجموع اجاره/وام مسکن و آب و برق است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا مواد غذایی شما طی سه روز و یا کمتر به اتمام می رسد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
آیا خانوار شما مهاجر/کارگر فصلی مزرعه با منابع شناوری کمتر از \$100 است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا شما برای استفاده از سیستم حمل و نقل و خرید غذا، لباس، مراقبت پزشکی و یا موارد اورژانسی دیگر نیاز به کمک دارید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
آیا شما اختاریه تخلیه، پرداخت اجاره بها یا ترک محل سکونت دریافت کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا به لباسهای ضروری مانند قنداق یا لباسهای زمستانی برای هوای سرد احتیاج دارید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
آیا شخصی در میان شما باردار است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	در صورتیکه پاسخ بله می باشد آیا کارت واجدین شرایط احتمالی را دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		

آیا شخصی در خانوار شما موردی اورژانسی شخصی دارد؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، در مربع مربوطه علامت بگذارید: بارداری نیاز به مراقب پزشکی اورژانسی کودک آزاری خشونت خانگی سوء استفاده از کهنسالان موارد اورژانسی دیگر که سلامت و یا ایمنی را به مخاطره می اندازد. توضیح دهید:

من درک می کنم که با امضای این فرم بر اساس جریمه شهادت دروغ (اظهارات نادرست):

- من اطلاعات این فرم و پاسخ هایم به سوالات این فرم را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- براساس اطلاعات من هر پاسخی که در مورد صفحات 1 تا 17 و ضمیمه A تا E فرم SAWS 2 Plus داده ام صحیح، واقعی و کامل است.
- من حقوق و مسئولیت هایم (قوانین برنامه صفحه 1) را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است و متوجه حقوق و مسئولیت هایم شده ام و با آنها موافقم.
- من قوانین برنامه و جریمه ها (قوانین برنامه صفحات 2-4) را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- من درک می کنم که ارائه اظهارات نادرست یا گمراه کننده یا پنهان کردن یا خودداری از ارائه حقایق تقلب است و ممکن است به دلیل ارائه اطلاعات غیر واقعی یا غلط و براساس قوانین فدرال مشمول مجازات شوم. تقلب ممکن است باعث تشکیل یک پرونده جنایی علیه من شود و/یا ممکن است طی یک دوره زمانی (با کل زندگی) از مزایای CalFresh و کمک نقدی محروم شوم.
- من درک می کنم که ممکن است شماره سوشال سکيوریتی و یا وضعیت مهاجرت اعضای خانوار که برای مزایای تقاضا داده اند براساس قانون فدرال با سازمان های دولتی ذیربط و در موارد مورد نیاز به اشتراک گذاشته شود.
- من به سازمان Medi-Cal اجازه پیگیری و دریافت هر گونه پول از بیمه سلامت، حل و فصل های حقوقی، و یا اشخاص ثالث را می دهم.

امضاء متقاضی، فامیلیهای سرپرست (اعضای بزرگسال خانواده / نماینده مجاز * / قیم)

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

امضاء همسر، والدین دیگر، دیگر افراد بزرگسال (والدین) دریافت کننده کمک، یا شریک زندگی ثبت شده

تاریخ تاریخ

2. نماینده مجاز خانوار

شما می توانید به شخصی 18 ساله و یا بزرگتر برای کمک در زمینه مزایای CalFresh خانواده خود اجازه دهید. این شخص همچنین می تواند به جای شما در مصاحبه صحبت کند، به شما در تکمیل فرم کمک کند، برای شما خرید کند و تغییرات را به جای شما گزارش دهد. شما مجبور به بازپرداخت مزایایی هستید که به واسطه اطلاعات غلط این فرد به کانتی، ممکن است به شما واگذار شده باشد و هر گونه مزایایی که پرداخت نشده نیازی به جایگزینی ندارد. در صورتیکه شما نماینده مجاز هستید باید مدارک شناسایی خود و متقاضی را به کانتی ارائه کنید.

آیا می خواهید شخصی را برای کمک به فرم CalFresh خود معرفی کنید؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز	شماره تلفن نماینده مجاز
آیا شما تمایل دارید شخصی مزایای CalFresh را برای خانوار شما دریافت و خرج کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	شماره تلفن
نام	شماره تلفن
آدرس	شهر
	ایالت
	کد پستی

2a. نمایندگان مجاز بیمه خدمات درمانی

شما می توانید به شخصی مورد اعتماد اجازه دهید در مورد تقاضای بیمه خدمات درمانی شما صحبت کند، اطلاعات شما را ببیند، و در مورد این قسمت از تقاضانامه شما عمل کند. آیا شما تمایل دارید یک نماینده مجاز برای قسمت بیمه خدمات درمانی تقاضانامه خود انتخاب کنید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، اطلاعات موجود در ضمیمه C را پر کنید.

3. آیا شما و یا شخصی از اعضای خانواده شما سرخپوست آمریکایی و یا بومی آلاسکا هستید؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، و در حال ارائه تقاضا برای مراقبت های بهداشتی هستید برای پاسخ به سوالات اضافی به ضمیمه B بروید.

نژاد/قومیت

تکمیل اطلاعات نژاد و قومیت اختیاری است. می توانید مطمئن باشید که ارائه مزایا بدون توجه به نژاد، رنگ پوست و خاستگاه ملی و انجام خواهد شد. پاسخ های شما تاثیری بر واجد شرایط بودن و یا مقدار مزایا ندارد. تمامی مواردی که در مورد شما صادق است را علامت بزنید. قانون می گوید که کانتی باید خاستگاه قومی و نژادی شما را ثبت کند.

در صورتیکه نمی خواهید اطلاعات نژاد و قومیت خود را به کانتی بدهید این قسمت را علامت بزنید. در صورتیکه تمایل نداشته باشید، کانتی این اطلاعات را فقط برای آمار حقوق شهروندی وارد می کند.

آیا شما خاستگاهی هیسپانتیک، لاتین یا اسپانیایی دارید؟	آیا شما خاستگاهی هیسپانتیک یا لاتین دارید، آیا خود را جزئی از این گروه ها می دانید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> مکزیک <input type="checkbox"/> پورتوریکو <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> سایر موارد

خاستگاه نژادی/قومیت

- سفیدپوست سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا آمریکایی آفریقایی یا سیاه پوست سایر موارد و یا دورگه _____
- آسیایی (در صورتیکه این مورد را علامت زدید، لطفا یک و یا چند مورد زیر را انتخاب کنید):
- فیلیپینی چینی ژاپنی کامبوجی کره ای ویتنامی هندو آسیایی لائوسی
- آسیایی دیگر (مشخص کنید) _____
- بومی هاوایی و یا سایر جزایر اقیانوس آرام (در صورتیکه این مورد را علامت زدید، لطفا یک و یا چند مورد زیر را انتخاب کنید): بومی هاوایی
- گوامی و چامورویی ساموایی

4. اولویت های مصاحبه

شما باید با کانتی یک مصاحبه داشته باشید و در مورد تقاضای خود برای دریافت کمک نقدی و یا مزایای CalFresh صحبت کنید. مصاحبه برای CalFresh عموماً به وسیله تلفن انجام می شود مگر اینکه زمان ارائه تقاضا مصاحبه شوید و یا ترجیح دهید که به صورت حضوری مصاحبه شوید. متقاضیان کمک نقدی باید به صورت حضوری مصاحبه شوند. در صورتیکه در حال ارائه تقاضا برای CalWORK و CalFresh هستید، مصاحبه CalFresh شما همزمان با مصاحبه CalWORK و طی ساعات عادی اداری انجام می شود.

در صورتیکه تمایل دارید به صورت حضوری برای CalFresh مصاحبه شوید اینجا علامت بزنید.

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

5. برنامه های دیگر

آیا شخصی در خانوار شما نوعی از کمک عمومی را دریافت کرده است (کمک موقتی برای خانواده های نیازمند، TANF قبیله ای، Medicaid، برنامه کمکی تغذیه مکمل (بن های غذا)، General Assistance/General Relief و غیره)؟ بله نه

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

6. اطلاعات خانوار: بزرگسالان

اطلاعات زیر را در مورد تمام بزرگسالان خانواده کامل کنید. در صورتی که در حال ارائه تقاضا برای پوشش مراقبت های بهداشتی هستید، هر فرد بزرگسال موجود در فرم اظهارنامه مالیات خود را نیز قید کنید. اگر برای کمک نقدی درخواست می دهید و بیش از یک نفر بزرگسال در خانه شما وجود دارد که برای کمک نقدی درخواست می دهد و یا والد یک کودک است که برای کمک درخواست می دهد، لطفاً برای پاسخ دادن به سوالات تکمیلی به پیوست D بروید.

برای غیر سیتیزن هلی که برای آنها درخواست می دهید، سوالات اضافی 6e و 6f را پاسخ دهید.

شماره سوشال سکوریته	سوالات زیر را تنها در مورد افرادی که در حال درخواست تقاضا برای مزایا هستند پاسخ دهید.	سیتیزن امریکایی یا تبعه امریکایی (بله یا نه را علامت بزنید)	در صورتیکه پاسخ نه است، سوال 6e را پاسخ دهید.	ایالت	شهر	آپارتمان #	تاریخ تولد	نسبت شخص با شما؟	نام خانوادگی، نام، حرف اختصاری نام میانی	وضعیت تاهل		جنسیت (مرد یا زن)	نام	در حال تکمیل تقاضا برای مزایا (هر مورد را علامت بزنید)										
										متاهل	تاهل			Medi-Cal	CalFresh	Medi-Cal	CalFresh							
		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>																						
		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>																						
		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>																						
		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>																						
		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>																						

*کمک نقدی شامل برنامه های General Relief و General Assistance نیز می باشد.

6a. آیا تمام افرادی که در سوال 6 لیست شده اند شماره تماس یکسانی دارند؟ بله نه در صورتیکه پاسخ نه است، لطفاً اطلاعات تماس افراد را در فرم وارد کنید.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	آدرس (خیابان) منزل	شهر	آپارتمان #	ایالت	شماره تماس منزل	تلفن دریافت پیام/نگار/اسم کار

6b. اطلاعات خانوار: کودکان

اطلاعات زیر را در مورد تمام کودکان خانواده کامل کنید. در صورتی که در حال ارائه تقاضا برای پوشش مراقبت های بهداشتی هستید، هر کودکی که فرم اظهارنامه مالیات خود قید کرده اند را نیز وارد کنید.
برای غیر سبیزن هایی که برای آنها درخواست می دهید، سوالات اضافی **6e** و **6f** را پاسخ دهید.

اطلاعات خانوار	سوال	پاسخ	محل تولد	تاریخ تولد	نسبت شخص با شما؟	نام	در حال تکمیل تقاضا برای مزایای (هر مورد را علامت بزنید)		
							Medi-Cal	CalFresh	CalSaver
ارائه شماره سوشال سبیزن امریکایی (بله یا نه را علامت بزنید) در صورتیکه پاسخ نه است، سوال 6e را پاسخ دهید.	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید	تمام مواردی را که در مورد یک یا بوفنر از والدین صادق است علامت بزنید
	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)	جنسیت (زن یا مرد)
	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد	محل تولد
	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد	تاریخ تولد
	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟	نسبت شخص با شما؟
نام	نام	نام	نام	نام	نام	نام	نام	نام	

6c. اطلاعات سوشال سبیزنی

آیا تمام افرادی که در حال ارائه تقاضا برای کمک هستند شماره سوشال سبیزنی دارند؟ بله نه در صورتیکه پاسخ نه است، لطفا اطلاعات زیر را تکمیل کنید.
ما برای تمامی افرادی که در حال ارائه تقاضا هستند نیازمند به شماره سوشال سبیزنی هستیم. استثناهایی برای افرادی که فرزندی خنونت خانوادگی هستند وجود دارد. همچنین برای جنایات دیگری نظیر قاچاق. اگر برای گرفتن شماره سوشال سبیزنی به کمک احتیاج دارید با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید و یا به وبسایت www.socialsecurity.gov مراجعه نمایید.

نام	دلایل نداشتن شماره سوشال سبیزنی
شخص کودک است و زیر یکسال سن دارد. این مورد خلاف قواعد مذهبی شخص است. این شخص شرایط لازم برای گرفتن شماره SSN را نداشته است. سایر موارد _____	شخص کودک است و زیر یکسال سن دارد. این مورد خلاف قواعد مذهبی شخص است. این شخص شرایط لازم برای گرفتن شماره SSN را نداشته است. سایر موارد _____
شخص کودک است و زیر یکسال سن دارد. این مورد خلاف قواعد مذهبی شخص است. این شخص شرایط لازم برای گرفتن شماره SSN را نداشته است. سایر موارد _____	شخص کودک است و زیر یکسال سن دارد. این مورد خلاف قواعد مذهبی شخص است. این شخص شرایط لازم برای گرفتن شماره SSN را نداشته است. سایر موارد _____



6d. آیا شخصی از این خانواده، همسر وی، والدین و یافرنندان وی در

خدمت ارتش امریکا بوده اند؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، اطلاعات زیر را کامل کنید در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام	آیا سببیزن آمریکایی است؟	وضعیت (✓)	اتفصال محترمانه؟	زمان خدمت
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> خدمت فعال <input type="checkbox"/> سرباز بازنشسته <input type="checkbox"/> همسر، والدین، فرزند شخص در حال خدمت فعال و یا سرباز بازنشسته است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> خدمت فعال <input type="checkbox"/> سرباز سابقه دار <input type="checkbox"/> همسر، والدین، فرزند شخص در حال خدمت فعال و یا سرباز سابقه دار است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	



6e. اطلاعات غیر سببیزن ها - لطفا درمورد افراد غیر سببیزنی که برای آنها تقاضا می دهید اطلاعات را تکمیل کنید.

نام	تاریخ ورود به امریکا (در صورتیکه می دانید)	آیا شخص وضعیت مهاجرتی قانونی دارد؟ در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا شماره و مدارک مهاجرت آنها را ارائه کنید.	آیا این فرد از سال 1996 به صورت پیوسته در امریکا زندگی کرده است؟	آیا این شخص یک سببیزن رسمی است؟	حمایت شده است؟ (بله یا نه را علامت بزنید، در صورتیکه پاسخ بله است سوال 6f را پاسخ بدهید)
		نوع مدارک: شماره مدارک:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		نوع مدارک: شماره مدارک:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		نوع مدارک: شماره مدارک:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

آیا هیچکدام از افراد بالا حداقل 10 سال (40 فصل) سابقه کاری دارد؟

بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

بله نه

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

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

بله نه

آیا شخصی طی 12 ماه گذشته وضعیت مهاجرتی خود را تغییر داده است؟

اگر پاسخ بله است، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

اگر پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام	چه تغییری رخ داده است؟	تاریخ تغییر	شماره تبعه خارجی (در صورت وجود)



6f. اطلاعات حمایت شدگان غیر سیتیزن - لطفا در مورد حمایت شدگان غیر سیتیزن که برای آنها در حال ارائه تقاضا هستید موارد را تکمیل کنید.

آیا حامی یک I-864 را امضا کرده است؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، به بقیه سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه حامی فرم I-134 را امضا کرده نیازی به پاسخ دادن این سوال نیست.

آیا حامی به طور منظم کمک مالی می کند؟ بله نه اگر پاسخ بله است، چه مقداری؟ \$ _____
آیا حامی به صورت های زیر و به طور منظم کمک می کند (همه مواردی که صادق است را علامت بزنید)؟

اجاره بها لباس غذا سایر موارد

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



6g. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 وجود دارد که زیر 21 سال سن داشته باشد و والدین وی در منزل (با خانواده) زندگی نکنند؟

بله نه در صورتیکه پاسخ نه است، لطفا نام کودکان و نام والدینی که در منزل زندگی نمی کنند را بنویسید.
اگر پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام کودک	نام والدینی که در منزل زندگی نمی کنند
نام کودک	نام والدینی که در منزل زندگی نمی کنند



6h. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 با حداقل یک کودک زیر 19 سال زندگی می کند و آیا آنها مسئولین اصلی مراقبت از کودک هستند؟

بله نه در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید. در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟ _____



6i. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 مشکل ناتوانی فیزیکی، ذهنی، عاطفی، یا رشد و نمو دارد که باعث محدودیت فعالیت هایی (مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، کارهای روزانه) شود؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، نام افرادی که ناتوانی دارند را بنویسید. اگر پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام: _____ نام: _____



6j. در مورد همه افراد ناتوانی که در سوال 6 لیست شده اند اطلاعات را تکمیل کنید.

نام فرد	آیا این فرد برای فعالیت های روزانه نیازمند به کمک شخص و یا مراکز درمانی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، توضیح دهید:
انتظار می رود ناتوانی تا چه زمانی ادامه یابد؟ <input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	آیا این شخص شاغل است و هزینه های درمانی دارد که برای ادامه به کار وی لازم است؟ برای مثال، ویلچر، قالب پا، غیره <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا توضیح دهید.
آیا این شخص به مراقبت احتیاج دارد تا شخص دیگری بتواند کار کند و یا به مدرسه برود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا این شخص در مرکز پزشکی یا خانه سالمندان است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، نام مرکز پزشکی یا خانه سالمندان چیست؟
نام فرد	آیا این شخص برای فعالیت های روزانه به کمک شخصی یا به مراکز درمانی احتیاج دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، توضیح دهید:
انتظار می رود ناتوانی تا چه زمانی ادامه یابد؟ <input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	آیا این شخص شاغل است و هزینه های درمانی دارد که برای ادامه به کار وی لازم است؟ برای مثال، ویلچر، قالب پا، غیره <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا توضیح دهید.
آیا این شخص به مراقبت احتیاج دارد تا شخص دیگری بتواند کار کند و یا به مدرسه برود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا این شخص برای فعالیت های روزانه به کمک شخصی یا به مراکز درمانی احتیاج دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، توضیح دهید:



6k. آیا در خانه کودک و یا فرد ناتوانی وجود دارد که به مراقبت عضو دیگری از خانواده احتیاج داشته باشد؟

بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، توضیح دهید. در صورتیکه پاسخ نه است به سوال بعد بروید.



6i. دانش آموزان و دانشجویان

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



نام شخص	نام مدرسه/مرکز آموزشی	وضعیت ثبت نام (یک مورد را علامت بزنید)	اشتغال به کار؟
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت نام واحدها: _____	میانگین ساعتهای کاری در هفته: _____
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت نام واحدها: _____	میانگین ساعتهای کاری در هفته: _____

6m. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 یا 6b باردار و یا مادری نوجوان است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.



نام	آیا این شخص زیر 20 سال سن دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا این شخص جزء مادران نوجوان است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	در صورتیکه زیر 20 سال سن دارد وضعیت تحصیلی: دیپلم دبیرستان دارد <input type="checkbox"/> GED دارد <input type="checkbox"/> به طور منظم به مدرسه می رود؟ <input type="checkbox"/> به طور منظم به مدرسه نمی رود (دلیل آن را توضیح دهید)؟ <input type="checkbox"/>	تاریخ زایمان (در صورتیکه می دانید)	پیش بینی می شود که این بارداری منجر به تولد چند فرزند شود؟
نام	آیا این شخص زیر 20 سال سن دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا این شخص جزء مادران نوجوان است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	در صورتیکه زیر 20 سال سن دارد وضعیت تحصیلی: دیپلم دبیرستان دارد <input type="checkbox"/> GED دارد <input type="checkbox"/> به طور منظم به مدرسه می رود؟ <input type="checkbox"/> به طور منظم به مدرسه نمی رود (دلیل آن را توضیح دهید)؟ <input type="checkbox"/>	تاریخ زایمان (در صورتیکه می دانید)	پیش بینی می شود که این بارداری منجر به تولد چند فرزند شود؟

6n. آیا شخصی موفق به دریافت جایزه نقدی، کمک هزینه مراقبت از کودک، حمل و نقل و یا سایر خدمات از برنامه Cal-Learn شده است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.



نام	کجا (کانتی)	تاریخ (های) دریافت

6o. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 در پرورشگاه بوده است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً توضیح دهید.



نام:	چه زمانی:	ایالت:	آیا این شخص 26 سال یا کمتر سن دارد؟ آیا آنها تا 18 سالگی در پرورشگاه بودند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
نام:	چه زمانی:	ایالت:	آیا این شخص 26 سال یا کمتر سن دارد؟ آیا آنها تا 18 سالگی در پرورشگاه بودند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

6p. آیا یک کودک پرورشگاهی در منزل شما هست که خدمات مراقبت های پرورشگاهی دریافت کند؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟
لطفا در مورد کودک یا کودکانی که پرورشگاهی هستند به موارد زیر پاسخ دهید:

بله نه
 بله نه

آیا این کودک یا کودکان با توجه به دستور دادگاه در منزل شما هستند؟

آیا می خواهید کودکان پرورشگاهی در فرم CalFresh شما به حساب بیابند؟

در صورتیکه پاسخ بله است، درآمد مراقبت از کودکان پرورشگاهی به صورت درآمد کسب نشده به حساب می آید.
در صورتیکه پاسخ نه است، درآمد مراقبت از کودکان پرورشگاهی به صورت درآمد کسب نشده به حساب نمی آید.

6q. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 در کالیفرنیا زندگی می کند و انتظار می رود که به زندگی در آنجا ادامه دهد؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ نه است، لطفا توضیح دهید.

6r. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 قصد ترک کالیفرنیا به مدت بیش از 30 روز را دارد؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا توضیح دهید.

نام	چه زمانی تصمیم به ترک کالیفرنیا دارند؟	آیا این فرد تصمیم به بازگشت به کالیفرنیا را دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، چه زمانی؟
نام	چه زمانی تصمیم به ترک کالیفرنیا دارند؟	آیا این فرد تصمیم به بازگشت به کالیفرنیا را دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ بله است، چه زمانی؟

7. درآمد ناخواسته

آیا شخصی درآمدی دارد که از راه کار کردن به دست نمی آید (ناخواسته)؟ بله نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

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

<input type="checkbox"/> حق ناتوانی سوشال سکيوریتی	<input type="checkbox"/> فروش اوراق قرضه، قراردادهای، اسناد اعتباری، سفته	<input type="checkbox"/> برنده شدن در قمار/لاتاری
<input type="checkbox"/> SSI/SSP	<input type="checkbox"/> درآمد/مزایای تحصیلات سرباز بازنشسته	<input type="checkbox"/> کمک به اجاره/غذا/لباس
<input type="checkbox"/> کمک نقدی	<input type="checkbox"/> بازنشستگی یا از کارافتادگی راه آهن/دولتی	<input type="checkbox"/> حل و فصل حقوقی یا بیمه
<input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAP/ICA	<input type="checkbox"/> مزایای سرباز بازنشسته یا مستمری ارتشی	<input type="checkbox"/> بازنشستگی خصوصی یا ناتوانی
<input type="checkbox"/> اتاق و خوراک (از یک اجاره دهنده)	<input type="checkbox"/> کمک تحصیلی (اعتبارات مدرسه ای/وامها/بورسیه ها)	<input type="checkbox"/> سود سهام و درآمد حاصل از بهره
<input type="checkbox"/> مستمری	<input type="checkbox"/> هدایای مالی یا سایر وامها	<input type="checkbox"/> مزایای اعصاب
<input type="checkbox"/> حمایت فرزند/همسر	<input type="checkbox"/> بیمه عدم اشتغال به کار/بیمه ناتوانی ایالتی (SDI)	<input type="checkbox"/> سایر موارد
<input type="checkbox"/> اجاره/حق امتیازات	<input type="checkbox"/> غرامت کارگران	
<input type="checkbox"/> Social Security retirement or survivors benefits	<input type="checkbox"/> شبکه ماهیگیری/کشاورزی	
<input type="checkbox"/> پرداختهای سرانه		
<input type="checkbox"/> تحصیل و کار / welfare-to-work و یا سایر برنامه ها		

فردی که پول را می گیرد؟	از کجا؟	چه مقدار؟	طی چه دوره زمانی دریافت می شود؟ (یک مرتبه، هفتگی، ماهانه یا سایر)	انتظار می رود که ادامه یابد؟ (بله یا نه را علامت بزنید)
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

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

**8. درآمد کسب شده**

آیا شخصی به دلیل انجام یک کار درآمد دارد (درآمد کسب شده)؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.
نکته: در صورتیکه خود اشتغال هستید، سوال 8a را پاسخ دهید.

لطفا درآمد را پیش از کسر هرگونه مالیات و هرنوع کسورات مشخص کنید (درآمد ناخالص).

مثالهای درآمد کسب شده به این صورت است (این مثالها می تواند کار تمام وقت، کار فصلی موقتی، آموزشی و یا مواردی باشد که در اینجا لیست نشده است):

- دستمزدها
- کمیسیونها
- انعام
- حقوق
- کار مطالعاتی (دانشجویان)
- همه شغلها و منابع درآمدی که کانتی برای به دست آوردن آنها به شما کمک کرده بنویسید.

شخص شاغل	نام و آدرس کارفرما	شماره تلفن کارفرما	مبلغ به ازای ساعت	میانگین ساعت در هفته	زمان پرداختها؟ (یکبار در هفته، ماهانه، سایر)	مقدار درآمد ناخالص دریافت شده در این ماه؟	انتظار می رود که ادامه یابد؟ (بله یا نه را علامت بزنید)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
			\$			\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

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



آیا شخصی در 60 روز گذشته کار خود را از دست داده، تغییر داده، رها کرده و یا ساعتهای کاری وی کاهش یافته است؟ بله نه
در یکسال گذشته؟ بله نه
آیا کانتی برای یافتن این کار به وی کمک کرده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟	زمان از دست دادن کار، ترک کار یا تغییر کار؟	تاریخ آخرین پرداخت	دلیل؟
آیا کسی در حال اعتصاب است؟	در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟	تاریخ شروع اعتصاب	تاریخ آخرین پرداخت
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			دلیل؟

8a. خود اشتغال

اعضای خود اشتغال خانوار ممکن است هزینه های خود اشتغالی واقعی داشته باشند (یا برای CalFresh یا کمک نقدی، بطور استاندارد 40% از درآمد خوداشتغالی کسر کنند). برای کمک نقدی، همچنین می توانند میانگین ماهانه را انتخاب کنند (هزینه های سالانه کسب و کار تقسیم بر 12). اگر هزینه واقعی را انتخاب کنید باید هزینه های کسب و کار خود را در کاغذی جدا لیست کنید.

اشخاص خود اشتغال	نام کسب و کار	نوع کسب و کار	تاریخ آغاز به کار	درآمد ناخالص ماهانه	هزینه های خود اشتغالی (لطفا یک مورد را علامت بزنید)	ماهانه خالص* درآمد
				\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت (CalFresh / کمک نقدی) <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$ _____ <input type="checkbox"/> میانگین ماهانه \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت (CalFresh / کمک نقدی) <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$ _____ <input type="checkbox"/> میانگین ماهانه \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت (CalFresh / کمک نقدی) <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی \$ _____ <input type="checkbox"/> میانگین ماهانه \$ _____	\$

*درآمد خالص ماهیانه، درآمد ناخالص ماهیانه منهای هزینه هاست.

9. سایر درآمدها

آیا شخصی محل سکونت، اجاره بها، آب و برق، غذا یا لباس را به صورت رایگان یا در ازای کار دریافت می کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

لیاس	رایگان	در ازای کار	چه کسی موارد را دریافت می کند؟	ارزش	چه کسی موارد را پرداخت می کند؟
محل زندگی یا اجاره بها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
آب و برق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
غذا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
لباس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

10. درآمد سالیانه

آیا درآمد کلی شخصی (درآمد کسب نشده، کسب شده یا خود اشتغالی) در ماه های مختلف تغییر می کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام شخص	درآمد کلی آنها در این سال چه قدر خواهد بود؟	درآمد کلی آنها در سال آینده چه قدر خواهد بود (در صورتیکه فکر می کنید متفاوت خواهد بود)؟
	\$	\$
	\$	\$

11. هزینه های مراقبت از کودکان/بزرگسالان خانوار (مقدار واقعی هزینه های متحمل شده اگر به صورت بالقوه کاهشی در هزینه ها باشد).

آیا شخصی هزینه ای برای نگاه داری از یک کودک/فرد ناتوان یا فرد وابسته دیگری می دهد تا شما یا یک شخص دیگر بتوانید کار کنید، به مدرسه بروید و یا به دنبال کار باشید؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

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

آیا شخصی به خانوار شما برای پرداخت همه یا بخشی از هزینه های نگاه داری از کودک / بزرگسال کمک می کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، موارد زیر را کامل کنید.

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

12. هزینه های حمایتی کودکان

آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 به صورت قانونی مجبور به پرداخت مبالغ حمایتی از کودک شامل بدهی حمایتی کودک است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

چه کسی مبلغ حمایت از کودک را می پردازد؟	نام کودک یا کودگانی که مبلغ حمایتی برای وی پرداخت می شود؟	مقدار پرداخت شده؟	چه زمانهایی؟ (هفتگی/ماهانه، سایر)
		\$	
		\$	

13. حمایت همسر/نفقه

آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 به صورت قانونی ملزم به پرداخت حمایت همسر / نفقه است؟ بله نه
 در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به سوال زیر پاسخ دهید.
 در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

چه کسی نفقه/مبلغ حمایت همسر را می پردازد؟	مقدار پرداخت شده؟	هر چند وقت یکبار؟ (هفتگی، دو هفته یکبار، ماهیانه، سایر)
	\$	
	\$	

14. هزینه های نیازهای خاص

آیا شخصی شرایط یا عوارض پزشکی خاصی دارد که به یکی از موارد زیر احتیاج داشته باشد؟

رژیم غذایی خاص تجویز شده توسط یک پزشک؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	نیازهای خاص دیگر؟ (مشخص کنید)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
تلفن خاص یا تجهیزات دیگر؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		
کار منزل (شخصی از افراد حاضر در منزل می تواند آن را انجام بدهد؟)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	لطفاً نام شخصی که نیازهای خاص دارد را نوشته و توضیح دهید:	
استفاده بسیار زیاد از آب و برق؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		
خدمات خشکشویی خاص؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		

15. هزینه های خانوار

آیا شخصی که به همراه وی غذا را می خرید و تهیه می کنید برای هزینه های خانوار صورتحساب دریافت می کند؟ بله نه
 در صورتیکه پاسخ بله است، به این سوال پاسخ دهید.
 در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.
نکته: هزینه های پرداخت شده توسط کمک خانه داری نظیر HUD یا بخش 8 را وارد نکنید. هزینه های گرمایش، سرمایش، تلفن، سایر امکانات و پناهگاه بی خانمانها به عنوان مقرری تعیین شده در نظر گرفته می شود. لازم نیست که مبلغ واقعی بدهی را وارد کنید.

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

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

16. هزینه های پزشکی

آیا شما یا شخصی که به همراه وی غذا می خرید یا تهیه می کنید یک شخص کهنسال (60 سال یا بالاتر) یا ناتوان هستید که هزینه های درمانی پیش بینی نشده ای دارد؟ بله نه
 در صورتیکه پاسخ **بله** است، به این سوال پاسخ دهید.
 در صورتیکه پاسخ **نه** است، به سوال بعد رجوع کنید.
نکته: همسران یا کودکانی که مبالغ مخصوص وابستگان را برای SSI یا ناتوانی و یا نابینایی دریافت می کنند لیست نکنید.
 هزینه هایی که انتظار دارید در آینده نزدیک داشته باشید تخمین بزنید.
 هزینه های پزشکی مجاز عبارتند از:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> مراقبت پزشکی یا دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> حق بیمه Medicare (سهیمه Medi-cal از هزینه ها، غیره) | <input type="checkbox"/> هزینه حمل و نقل (مسافت پیموده شده یا هزینه) و اقامت برای به دست آوردن درمان پزشکی یا خدمات | <input type="checkbox"/> دندان مصنوعی، سمعک و پروتز |
| <input type="checkbox"/> بستری شدن در بیمارستان / درمان سرپایی/ مراقبت پرستاری | <input type="checkbox"/> داشتن یک نفر کمک کننده بخاطر سن، بیماری یا ضعف | <input type="checkbox"/> عینک یا لنز تماسی با نسخه پزشک | <input type="checkbox"/> تعداد و هزینه وعده های غذایی که به فرد کمک کننده داده می شود |
| <input type="checkbox"/> داروهای نسخه ای | <input type="checkbox"/> داروهای بدون نسخه تجویز شده | <input type="checkbox"/> تجهیزات پزشکی یا مکمل با نسخه پزشک | |
| <input type="checkbox"/> حق بیمه های درمانی و بستری شدن | | <input type="checkbox"/> هزینه های حیوانات خدماتی (غذا، صورتحساب دامپزشکی، غیره) | |

نام شخص ناتوان/کهنسال	میزان هزینه ها	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (ماهانه، هفتگی، سایر)	چه نوع هزینه هایی (نسخه، دندان مصنوعی، # از وعده های غذایی همراه، و غیره)	آیا بازپرداختی برای هزینه های درمانی به خاتوار صورت خواهد گرفت؟ (توسط Medi-Cal، بیمه، اعضای خانواده، غیره)
	\$			توسط چه کسی:
	\$			چه مقدار: \$
	\$			توسط چه کسی:
	\$			چه مقدار: \$

17. سایر هزینه های قابل کسر از مالیات

در صورتیکه شخصی برای موردی پرداختی انجام می دهد که در فرم اظهارنامه مالیات فدرال قابل کسر کردن است، به ما اطلاع دهید و در این صورت کمی از مبلغ بیمه خدمات درمانی کاسته می شود. هزینه هایی که در هزینه های خود اشتغالی عنوان کرده اید را در اینجا وارد نکنید. در صورتیکه هزینه های قابل کسر دیگری دارید، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ **نه** است به سوال بعد رجوع کنید.

نوع هزینه ها	هزینه هایی دارد؟	چه کسی پرداخت می کند؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه)
نقده	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		
بهره وام دانشجویی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		
سایر کسورات (لطفاً مشخص کنید)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		

18. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 از موارد زیر غذا دریافت کرده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ **بله** است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ **نه** است، به سوال بعد رجوع کنید.

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

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟	چه برنامه ای؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟	چه برنامه ای؟

19. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 در یکی از موارد زیر زندگی می کند؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ **بله** است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ **نه** است، به سوال بعد رجوع کنید.

- پناهگاه بی خانمان ها
- پناهگاه زنان کتک خورده
- اقامتگاه های بومیان آمریکایی
- مرکز توانبخشی ترک مواد مخدر / الکل
- مرکز تادیبی / نهاد مجازات (بازداشتگاه یا زندان)
- مراکز زندگی گروهی نابینایان/افراد ناتوان
- خانه هایی با یارانه فدرال
- بیمارستان روانی/موسسات معلولان ذهنی
- بیمارستان
- مراکز مراقبت های بلندمدت یا مراکز ارائه دهنده امکانات اقامت و خوراک

نام شخص	نام موسسه (مرکز، پناهگاه، مجموعه، غیره)	زمانی که انتظار می رود مرخص شود (در صورتیکه قابل تعیین است)

20. آیا شخصی از خدمات حمایتی در منزل (IHSS) استفاده می کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً تکمیل کنید.

چه کسی از خدمات بهره می برد؟ ماهیانه چه قدر برای این خدمات هزینه می کنید؟
\$

21. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 یا شما در خرید و تهیه غذا مشارکت می کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ نه است، لطفاً نام افرادی که در خرید و تهیه غذا مشارکتی ندارند را بنویسید.

نام نام

نام نام

21a. آیا شخصی 60 ساله یا مسن تر با شما زندگی می کند که برای خرید غذا و یا آماده کردن وعده های غذایی به صورت مجزا به دلیل ناتوانی مشکل داشته باشد؟
 بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

22. این سوال را در مورد هر شخصی که نیازمند به پوشش بهداشتی است پاسخ دهید. آیا هیچکس از پوشش های بهداشتی زیر برخوردار است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، نوع پوشش بهداشتی را علامت بزنید و در مقابل آن نام فرد یا افرادی را که از این پوشش بهره می برد بنویسید.

<input type="checkbox"/> بیمه کارفرما	<input type="checkbox"/> Medicaid / Medi-Cal
نام بیمه بهداشتی	<input type="checkbox"/> CHIP
شماره بیمه نامه:	<input type="checkbox"/> Medicare
آیا این پوشش COBRA است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> TRICARE (در صورتیکه از مراقبت مستقیم یا خط وظیفه بهره می برید علامت زنید)
آیا این یک برنامه بهداشتی-درمانی برای دوران بازنشستگی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> برنامه های بهداشت و درمان امور سربازان بازنشسته (VA)
آیا این برنامه مزایای کارکنان ایالتی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> سپاه صلح
<input type="checkbox"/> سایر موارد	
نام بیمه بهداشتی	
شماره بیمه نامه:	
آیا این برنامه یک برنامه با مزایای محدود مانند بیمه های حوادث مدارس است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	

22a. آیا شخصی از افراد لیست شده در این تقاضانامه از سوی پوشش مراقبت های بهداشتی مراقبت درمانی دریافت کرده است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، باید ضمیمه A را تکمیل و ارائه نمایید.

22b. آیا انتظار می رود که بیمه بهداشتی شخصی در 90 روز آینده به اتمام برسد یا به اتمام رسیده است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

شرکت بیمه	شخص بیمه شده	تاریخ انقضاء	دلایل اتمام یا به پایان رسیدن قریب الوقوع آن

22c. آیا شخصی برای پرداخت صورتحساب های پزشکی خود در سه ماه گذشته به کمک احتیاج دارد؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی:

23. آیا شخصی از افراد لیست شده در سوال 6 می خواهد سال آینده فرم اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم کند؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، سوال زیر را برای هر کسی که مالیات اظهار خواهد کرد پر کنید.
در صورتیکه پاسخ نه است، به 23f رجوع کنید.

23a. لطفاً این بخش را برای هر شخصی که می خواهد سال آینده فرم اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم کند و سوال 23 را در مورد وی پاسخ بله داده اید پر کنید.
شما حتی اگر فرم اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم نکنید کماکان می توانید برای بیمه بهداشتی اقدام کنید.

23b. نام فردی که می خواهد فرم اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تسلیم کند:

23c. آیا این شخص مشترکاً با همسر خود اظهارنامه مالیات خواهد داد؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، نام همسر:

23d. آیا شخص فرد وابسته ای را در اظهارنامه مالیات خود معرفی خواهد کرد: بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، نام وابستگی که در اظهارنامه مالیات ذکر خواهید کرد را بنویسید:

23e. نسبت وابستگی ذکر شده در 23d با تسلیم کننده اظهارنامه مالیات چیست؟

23f. برای آسان شدن تشخیص واجد شرایط بودن من برای دریافت پوشش درمانی در آینده من به شما اجازه می دهم از داده های مربوط به درآمد من استفاده کنید که شامل اطلاعات مربوط به اظهارنامه های مالیاتی من می شود. شما برای من یک اعلامیه می فرستید، اجازه می دهید که تغییرات مورد نیاز را اعمال کنم و می توانم هر زمانی که بخواهم تصمیم به خروج بگیرم.
بله، واجد شرایط بودن من را به صورت خودکار برای چند سال آینده تمدید کنید: (مدت زمان تمدید را مشخص کنید) 1 سال 2 سال 3 سال 4 سال 5 سال
 خیر، از اطلاعات اظهارنامه های مالیاتی برای تمدید پوشش من استفاده نکنید.

**24. منابع خانوار**

آیا شخصی منابع خاصی (نقدی، پول ذخیره شده در بانک، گواهی سپرده گذاری، سهام و اوراق قرضه و غیره) دارد؟
 بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.
 اختیاری برای مراقبت بهداشتی-درمانی؛ تنها در صورتیکه شخصی که تقاضا می دهد 65 یا بیشتر سن دارد و یا ناتوان است، به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه برای CalFresh یا کمک نقدی تقاضا می دهید باید این سوال را پاسخ دهید.

تمام منابعی که در زیر لیست شده و مربوط به شما یا هریک از اعضای خانوار شما می باشد را علامت بزنید:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> حساب بانکی / موسسه اعتباری (جاری) | <input type="checkbox"/> حساب یا حسابهای بازار پول | <input type="checkbox"/> سهام |
| <input type="checkbox"/> حساب بانکی / موسسه اعتباری (پس انداز) | <input type="checkbox"/> صندوق سرمایه گذاری مشترک / وجوه امانی | <input type="checkbox"/> اوراق قرضه |
| <input type="checkbox"/> صندوق امانات | <input type="checkbox"/> گواهی سپرده IRA / (CD) | <input type="checkbox"/> چک های نقد نشده |
| <input type="checkbox"/> اوراق قرضه پس انداز | <input type="checkbox"/> وجوه نقدی | <input type="checkbox"/> بیمه زندگی یا دفن |
| <input type="checkbox"/> حقوق نفت، معدن و مواد معدنی | <input type="checkbox"/> اوقرا بهادار، رهن، سند اعتماد | <input type="checkbox"/> سایر : |

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

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

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

آیا شما یا شخصی از خانوار شما در سی (30) ماه گذشته منابعی را فروخته، معامله کرده، از دست داده یا منتقل کرده است؟ بله نه

چه زمانی؟	چه منبعی؟	ارزش آن چه قدر بوده است؟	چه مقدار برای آن دریافت کرده اید؟
		\$	\$

در صورتیکه منابع را معامله یا منتقل کرده اید دلیل را توضیح دهید:



اختیاری برای مراقبت بهداشتی-درمانی؛ تنها در صورتیکه شخصی که تقاضا می دهد 65 یا بیشتر سن دارد و یا ناتوان است، به این سوال پاسخ دهید.

25. دارایی های شخصی

آیا شخصی منابع مالی شخصی یا مربوط به کسب و کار دارد؟ بله نه
 در صورتیکه پاسخ بله است، لطفاً به سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ابزار آلات | <input type="checkbox"/> تجهیزات ورزشی، اسلحه |
| <input type="checkbox"/> کالاهای موجود کسب و کار | <input type="checkbox"/> قایق های بدون موتور و/ یا تریلر |
| <input type="checkbox"/> احشام | <input type="checkbox"/> ابزار اردوگاهی یا کمپ |
| <input type="checkbox"/> تجهیزات کسب و کار | <input type="checkbox"/> ابزار شخصی |
| | <input type="checkbox"/> جواهر، آثار هنری، عتیقه جات، کلکسیون، آلات موسیقی (پیانو، ارگ، و غیره) |

لطفاً موارد را بیان کنید حتی در صورتیکه به صورت مشترک با شخصی در اختیار شما هستند. حلقه ازدواج و یا حلقه نامزدی، ارثیه خانوادگی، و غیره را شامل نمی شود. هرگونه جواهراتی که 100\$ یا بیشتر ارزش دارند و یا وسائل منزل و یا وسائل شخصی که بیش از 500\$ ارزش دارند را وارد کنید.

مقدار بدهی	قیمت خرید یا ارزش فعلی	آیا برای فروش لیست شده اند؟	موارد
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
\$	\$	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	

اختیاری در مورد مراقبت بهداشتی؛ تنها در صورتی پاسخ دهید که شخصی که در حال ارائه تقاضاست 65 ساله یا مسن تر و یا ناتوان است. در صورتیکه در حال ارائه تقاضا برای کمک نقدی هستید، باید به این سوال پاسخ دهید.



26. وسایل نقلیه



آیا شخصی صاحب یک وسیله نقلیه مثل: یک ماشین، موتورسیکلت، اسنوموبیل، کاروان (RV)، قایق موتوری، غیره است، از آن استفاده می کند، یا به نام وی است، حتی در صورتیکه وسیله قادر به حرکت نباشد؟ بله نه
اگر پاسخ بله است، اطلاعات را در ضمیمه E وارد کنید.

27. آیا یکی از افراد لیست شده در سوال شماره 6 صاحب یک خانه، زمین، یا دارایی جایی در ایالات دیگر و یا خارج از کشور است و یا در حال خرید این موارد است؟



بله نه در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا توضیح دهید.



اختیاری برای مراقبت بهداشتی؛ تنها در صورتی پاسخ دهید که شخصی که در حال ارائه تقاضاست 65 ساله یا مسن تر و یا ناتوان است.

چه کسی صاحب خانه/دارایی است و یا در حال خرید این موارد است؟	آدرس خانه/دارایی	آیا شخصی خانه را از صاحب آن اجاره کرده است؟	صاحبخانه چه مقدار اجاره می گیرد؟	صاحبخانه در حال حاضر در خانه زندگی نمی کند اما انتظار می رود روزی به خانه برگردد.
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	\$ <input type="checkbox"/> اجاره داده نشده <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	\$ <input type="checkbox"/> اجاره داده نشده <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

28. برنامه بازپروری



آیا شخصی مبلغ نقدی یا خدمات غیر نقدی از برنامه بازپروری کانتی یا ایالت دیگری دریافت کرده است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ بله است، لطفا به سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ نه است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام	کانتی/ایالتی که از آن دریافت شده	مقدار دریافتی	لیست خدمات دریافت شده	مقدار تخمینی خدمات دریافت شده	آخرین تاریخ دریافت
		\$		\$	

29. مزایای مکرر



آیا شما یا شخصی از خانوار شما پس از 22 سپتامبر 1996 برای تقلب و استفاده دوباره از مزایای SNAP (نام فدرال برای برنامه کمک غذایی) در هر ایالتی مجرم شناخته شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

30. قاچاق مزایا



آیا شما یا شخصی از خانوار شما پس از 22 سپتامبر 1996، برای قاچاق (دادن اجازه استفاده و یا فروش کارت EBT به دیگران) و مزایای SNAP، به میزان \$500 یا بیشتر، مجرم شناخته شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

31. معامله مزایا با مواد مخدر



آیا شما یا شخصی از خانوار شما برای معامله مزایای SNAP با مواد مخدر بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

32. معامله مزایا با سلاح گرم یا مواد منفجره



آیا شما یا شخصی از خانوار شما برای معامله مزایای SNAP با سلاح، مهمات یا مواد منفجره بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟

33. تقلب



آیا کمک نقدی شما یا شخصی از خانوار شما به دلیل مجرم شناخته شدن بخاطر تقلب در موارد رفاه اجتماعی قطع شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟ _____ چه زمانی؟ _____

چه جایی؟ _____

34. عدم همکاری / تحریم



آیا کمک نقدی شما یا شخصی از خانوار شما به دلیل عدم همکاری با الزامات واجد شرایط بودن، تحریم کار / آموزش یا هر دلیل دیگر قطع شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ بله است، چه کسی؟ _____ چه زمانی؟ _____

چه جایی؟ _____ چرا؟ _____



35. مجرم فراری



آیا شما یا شخصی از خانوار شما در حال فرار و یا مخفی شدن از قانون به دلیل جلوگیری از پیگرد قانونی، به زندان منتقل شدن، و یا رفتن به زندان برای یک جرم یا اقدام به جنایت است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟



36. نقض شرایط آزادی مشروط / تعلیق مجازات



آیا شما یا شخصی از خانوار شما توسط دادگاهی قانونی بخاطر نقض شرایط آزادی مشروط/تعلیق مجازات گناهکار شناخته شده است؟ بله نه

در صورتیکه پاسخ **بله** است، چه کسی؟



37. سایر نیازهای خاص

آیا خانوار تمایل دارد برای دریافت مبلغی برای نیازهای خاص یا اقلام ضروری خانوار که با توجه به شرایط ناگهانی و/ یا شرایط غیر عادی از دست رفته و یا آسیب دیده، مثل آتش سوزی، زلزله یا سیل تقاضا بدهد؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ **بله** است، لطفا توضیح دهید:



38. سایر خدمات



خدمات زیر قابل ارائه هستند. پاسخ شما به پرسشها تاثیری در واجد شرایط بودن شما نمی گذارد.



A. یک معاینه عمومی (چک آپ) برای کمک به سلامت خانواده و از طریق درخواست برنامه بهداشت کودک و پیشگیری از ناتوانی (CHDP) برای اعضای واجد شرایط زیر 21 سال خانواده فراهم است.

- آیا اطلاعات بیشتری در مورد خدمات CHDP احتیاج دارید؟ بله نه
- آیا شما به خدمات پزشکی CHDP احتیاج دارید؟ بله نه
- آیا شما به خدمات دندانپزشکی CHDP احتیاج دارید؟ بله نه
- آیا شما برای تعیین وقت و یا حمل و نقل به CHDP به کمک احتیاج دارید؟ بله نه

B. آیا شما اطلاعات بیشتری در مورد خدمات واکسیناسیون نیاز دارید؟ بله نه

C. در صورتیکه باردار هستید می‌توانید برای یافتن یک پزشک، تهیه غذای سالم و در موارد دیگر کمک بگیرید؟
آیا می خواهید درباره این کمک ها با یک نفر صحبت کنید؟ بله نه

D. آیا شما درحال شیردهی هستید؟
در صورتیکه پاسخ **بله** است، آیا شما طی 12 ماه گذشته زایمان داشته اید؟
در صورتیکه به 38 C یا D پاسخ مثبت داده اید، ممکن واجد شرایط دریافت خدمات فراهم شده توسط برنامه ویژه غذایی برای زنان، نوزادان و کودکان (WIC) باشید.

E. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده نیازی به خدمات تنظیم خانواده رایگان یا کم هزینه در جهت برنامه ریزی برای جلوگیری از بارداری ناخواسته و/یا داشتن فرزند بعدی دارید؟
در صورتیکه پاسخ **بله** است، با برنامه بهداشت و درمان یا پزشک خود تماس بگیرید. و یا برای موارد و محل درمانگاه برنامه ریزی محرمانه خانواده، با تلفن رایگان 1-800-942-1054 تماس بگیرید.



39. مسئولیت شخص ثالث

آیا هیچیک از متقاضیان مراقبت های بهداشتی یک پرونده مطالبه غرامت کارکنان، یک پرونده قانونی دارد یا بخاطر یک جراحت یا حادثه مبلغی دریافت کرده است؟
اگر پاسخ **بله** است، چه کسی:

فضای نوشتاری اضافی

کامل نکنید - فقط برای استفاده کانتی

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

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

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources 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?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No



در صورتی که یکی از اعضای خانوار واجد شرایط پوشش خدمات بهداشتی یک شغل باشد به این سوالات پاسخ دهید. اگر فرد دیگری را نیز می شناسید که تحت همین پوشش درمانی با کارفرمایی متفاوت است، فقط کافیسیت این صفحه را کپی کرده و برای شخص دوم استفاده کنید (یا به هر اندازه که نیاز دارید). در ابتدا، کمی راجع به شغلی (کارفرما) که این پوشش را ارائه می دهد بگویید.

1. نام کارفرما (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		2. شماره سوشال سکوریته کارمند	
3. نام کارفرما		4. شماره شناسایی کارفرما (EIN)	
5. آدرس کارفرما		6. شماره تلفن کارفرما	
7. شهر		8. ایالت	9. کدپستی
10. برای سوال راجع به پوشش بهداشتی کارمند در شغل مربوطه، با چه کسی باید تماس بگیریم؟			
11. شماره تماس (اگر شماره ای غیر از شماره کارفرما باشد)		12. آدرس ایمیل کارفرما (معرف کارفرما)	

13. آیا شما در حال حاضر واجد شرایط استفاده از این پوشش پیشنهادی از طرف کارفرما هستید، یا در سه ماه آینده از آن برخوردار خواهید شد؟

نه (در همین قسمت از فرم تقاضانامه متوقف شوید)

بله (ادامه دهید)

13a. اگر شما در یک دوره انتظار و یا آزمایشی به سر می برید، چه زمانی برای نام نویسی در این پوشش اقدام خواهید کرد؟

(سال/روز/ماه)

نام افراد دیگری که واجد شرایط استفاده از این پوشش شغلی هستند را ذکر کنید.

نام: _____ نام: _____ نام: _____

اطلاعاتی راجع به طرح های درمانی ارائه شده توسط کارفرما را در اختیار ما قرار دهید.

14. آیا کارفرما یک طرح درمانی که حداقل مقدار استاندارد را داشته باشد پیشنهاد می دهد؟* بله نه

14a. آیا این یک طرح مزایای کارکنان ایالتی است؟ بله نه

15. برای کم هزینه ترین طرح که استاندارد ارزشی حداقل را در بر بگیرد و تنها به کارمندان پیشنهاد شده است (طرح خانواده را در نظر نگیرید):
با توجه به برنامه های سلامتی ارائه شده توسط کارفرما، میزان حق بیمه پرداختی کارمند در ازای دریافت بیشترین تخفیف از هر یک از طرحهای ترک دخانیات (که به کارمند در ترک سیگار کمک خواهد کرد) که از هیچیک از طرح های سلامتی دیگر به او داده نمی شود را ذکر کنید.

a. کارمند چه حق بیمه ای را باید بابت این طرح بپردازد؟ \$ _____

b. هر چند وقت یکبار؟ هفته ای یک بار دو هفته یکبار ماهی دو بار ماهانه هر سه ماه یک بار سالی یک بار

کارفرما برنامه ای را در راستای سلامتی ترتیب نداده است.

16. کارفرما چه تغییراتی را در طرح جدید سال وضع می کند (در صورتی که معلوم باشد)؟

کارفرما دیگر پوشش بهداشتی و درمانی را ارائه نمی کند.

کارفرما ارائه پوشش بهداشتی و درمانی را به کارکنان آغاز می کند و یا در میزان حق بیمه مربوط به طرح هایی با نازلترین هزینه که تنها در اختیار کارکنان نیست که حداقل ارزش معیار را برآورده می سازند، تغییراتی را اعمال می کند.

a. کارمند چه حق بیمه ای را باید بابت این طرح بپردازد؟ \$ _____

b. هر چند وقت یکبار؟ هفته ای یک بار دو هفته یکبار ماهی دو بار ماهانه هر سه ماه یک بار سالی یک بار

c. تاریخ اعمال تغییر (سال/روز/ماه): _____

احتمال ایجاد هیچگونه تغییری وجود ندارد.

*یک طرح بهداشتی-درمانی حمایت شده توسط کارفرما زمانی به "حداقل ارزش معیار" می رسد که سهم طرح از کل هزینه مزایای مجاز تحت پوشش آن از 60 درصد چنین هزینه هایی کمتر باشد (بخش (C)(ii)(2)(36B(c)) از قانون اداره درآمد داخلی (1986)



ضمیمه B سوالات مربوط به سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا

در صورتی که یکی از اعضای خانواده تان (همسر و/یا وابستگان) سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا است این بخش را تکمیل کنید. این را همراه با تقاضانامه تان تحویل دهید.

اطلاعاتی را راجع به عضو یا اعضای خانواده تان که سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستند در اختیار ما بگذارید.

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا می توانند خدماتی را از بخش خدمات درمانی سرخپوستی، برنامه های بهداشتی-درمانی قبیله ای و یا طرح های سلامت شهری سرخپوستی در یافت نمایند. همچنین ممکن است این افراد مجبور به پرداخت سهم هزینه نباشند و دوره های ویژه ای از ثبت نام ماهیانه در اختیار آن ها گذاشته شود. به سوالات ذیل پاسخ دهید تا اطمینان یابید که خانواده تان از بیشترین کمک ممکن بهره مند است. اگر می خواهید اطلاعات مربوط به بیش از دو نفر را به ما ارائه دهید، این صفحه را کپی و پیوست نمایید. می توانید از یک برگه ی جداگانه نیز استفاده کنید. فقط به خاطر داشته باشید که شماره سوالات را در کنار پاسخ آن بنویسید.

سرخپوستان آمریکایی / بومیان آلاسکا نفر 2	سرخپوستان آمریکایی / بومیان آلاسکا نفر 1	نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)
نام میانی	نام میانی	نام خانوادگی
نام خانوادگی	نام خانوادگی	
<p>2. آیا عضو قبیله ایست که به رسمیت دولت فدرال درآمده؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله در صورت بله بودن جواب، اسم قبیله را ذکر کنید</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p>	<p><input type="checkbox"/> بله در صورت بله بودن جواب، اسم قبیله را ذکر کنید</p> <p><input type="checkbox"/> نه</p>	
<p>3. آیا این شخص تا به حال خدماتی را از بخش خدمات درمانی سرخپوستی، برنامه بهداشتی-درمانی قبیله ای یا شخص ارجاعی از یکی از این برنامه ها دریافت نموده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه</p> <p>در صورت نه بودن جواب، آیا این شخص واجد شرایط استفاده از خدمات ارائه شده توسط بخش خدمات درمانی سرخپوستی، برنامه های بهداشتی-درمانی قبیله ای، برنامه سلامت شهری سرخپوستی یا شخصی ارجاعی از یکی از این برنامه ها می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه</p>	<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه</p> <p>در صورت نه بودن جواب، آیا این شخص واجد شرایط استفاده از خدمات ارائه شده توسط بخش خدمات درمانی سرخپوستی، برنامه های بهداشتی-درمانی قبیله ای، برنامه سلامت شهری سرخپوستی یا شخصی ارجاعی از یکی از این برنامه ها می باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه</p>	
<p>4. ممکن است برخی وجوه برای Medicaid یا برنامه بیمه بهداشت و سلامت کودکان در نظر گرفته نشود. هرگونه درآمد گزارش شده (میزان و دفعات آن) در تقاضا نامه که بر هزینه های مرتبط با اینگونه منابع دلالت می کند را ذکر کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درآمد سرانه یک قبیله که از منابع طبیعی، حقوق استعمال، اجاره نامه ها و حق امتیازها حاصل می شود. • درآمدهای حاصل از منابع طبیعی، زراعت، دامداری، ماهیگیری، اجاره نامه ها یا حق امتیازهای دیاری، که توسط وزارت کشور به سرپرستی سرخپوستان درآمده است (که شامل تعهدات تازه و پیشین است) • درآمد حاصل از فروش که از اهمیتی فرهنگی برخوردار است <p>بله- اگر جواب بله است لطفا اطلاعات زیر را کامل کنید:</p> <p>موردی برای گزارش کردن نیست</p> <p>\$ _____</p> <p>هر چند وقت یکبار؟ (روزانه، هفته ای، دو هفته یکبار، ماهانه، سالانه و غیره)</p> <p>\$ _____</p>	<p>بله- اگر جواب بله است لطفا اطلاعات زیر را کامل کنید:</p> <p>موردی برای گزارش کردن نیست</p> <p>\$ _____</p> <p>هر چند وقت یکبار؟ (روزانه، هفته ای، دو هفته یکبار، ماهانه، سالانه و غیره)</p> <p>\$ _____</p>	

در صورتی که تمایل دارید کسی را به عنوان نماینده مجاز بخش بیمه خدمات درمانی این تقاضانامه برگزینید، لطفاً به سوالات این صفحه پاسخ دهید. در صورتی که شما نماینده قانونی منصوب شده برای این فرد متقاضی هستید، مدارک خود را پیوست این تقاضانامه کنید.

1. نام نماینده مجاز (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	
2. آدرس	3. شماره آپارتمان یا سوئیت
4. شهر	5. ایالت
6. کدپستی	
7. شماره تلفن ()	
8. نام سازمان (در صورتی که مصداق دارد)	9. شماره شناسایی (در صورتی که مصداق دارد)
<p>با امضا، شما این فرد را مجاز می‌شمارید تا به اطلاعات رسمی راجع به بخش بیمه خدمات درمانی این تقاضانامه دسترسی پیدا کند و در تمامی مسائل با Covered California یا سازمان خدمات انسانی کانتی شما اقداماتی را انجام دهد. یادآور می‌شویم که شما می‌توانید همواره از طریق تماس با کانتی یا مراجعه به وب سایت www.HealthCare.gov نماینده مجاز خود را تغییر دهید.</p>	
10. امضای شما	11. تاریخ

این بخش تنها مربوط به مشاورین مجاز تقاضانامه ها، راهنمایان، نمایندگی ها و کارگزاران است.

در صورتی که شما یک مشاور مجاز تقاضانامه ها، راهنما، نماینده یا کارگزاری هستید که این تقاضانامه را برای فرد دیگر پر می‌کنید، این بخش را کامل کنید.

1. تاریخ شروع تقاضا (سال/روز/ماه)
2. نام، نام میانی، نام خانوادگی، و پسوند
3. نام سازمان
4. شماره شناسایی (در صورتی که مصداق دارد)

اگر برای دریافت کمک نقدی درخواست می دهید و دو نفر بزرگسال یا بیشتر در خانه شما برای دریافت کمک درخواست می دهند، لطفاً اطلاعات این صفحه را برای هریک از بزرگسالان تکمیل نمایید. لطفاً سابقه شغلی خود را برای 24 ماه گذشته (2 سال) ذکر کنید. اگر از فرم کاغذی درخواست استفاده می کنید و به فضای بیشتری احتیاج دارید، از این صفحه یک کپی تهیه کرده یا از یک برگه کاغذ دیگر استفاده کنید.

ص خ ش 1

نام:

لغش 1

دلیل ترک این شغل؟	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	آیا این شخص جزو بومیان آمریکایی است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:	
ماهانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/>			
تاریخ های کار شما:	آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟		
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟	در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____		
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/>		

لغش 2

دلیل ترک این شغل؟	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	آیا این شخص جزو بومیان آمریکایی است؟	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:	
ماهانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/>			
تاریخ های کار شما:	آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟		
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟	در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____		
بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/>		

لغش 3

دلیل ترک این شغل؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا این شخص جزو بومیان آمریکایی است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:	
ماهانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/>			
تاریخ های کار شما:	آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟		
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟	در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____		
بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/>		

سابقه اشتغال ادامه

ضمیمه D

اگر برای دریافت کمک نقدی درخواست می دهید و دو نفر بزرگسال یا بیشتر در خانه شما برای دریافت کمک درخواست می دهند، لطفاً اطلاعات این صفحه را برای هریک از بزرگسالان تکمیل نمایید. لطفاً سابقه شغلی خود را برای 24 ماه گذشته (2 سال) ذکر کنید. اگر از فرم کاغذی درخواست استفاده می کنید و به فضای بیشتری احتیاج دارید، از این صفحه یک کپی تهیه کرده یا از یک برگه کاغذ دیگر استفاده کنید.

ص خ ش 2

نام:

لغش 1

آیا این شخص جزو بومیان آمریکائی است؟		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
دلیل ترک این شغل؟		نام قبیله: _____
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:
<input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> ماهانه		
تاریخ های کار شما:		آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟		در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____
بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه	

لغش 2

آیا این شخص جزو بومیان آمریکائی است؟		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
دلیل ترک این شغل؟		نام قبیله: _____
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:
<input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> ماهانه		
تاریخ های کار شما:		آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟		در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____
بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه	

لغش 3

آیا این شخص جزو بومیان آمریکائی است؟		بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
دلیل ترک این شغل؟		نام قبیله: _____
تعداد ساعت های کار:		نام و آدرس کارفرما:
<input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> ماهانه		
تاریخ های کار شما:		آیا این کسب و کار شخصی شما بود (خود اشتغالی)؟
از _____ تا _____	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	
آیا کانتی به شما کمک کرد تا این شغل را پیدا کنید؟		در این شغل چقدر دریافت می کنید یا چقدر دریافت می کردید و چه زمانی؟ \$ _____
بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> بطور روزانه <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه	

**ضمیمه E****مشخصات وسیله نقلیه و گواهی شخصی از ارزش مالی**

اختیاری برای مراقبت های بهداشتی و درمانی: فقط در صورتی پاسخ بدهید که متقاضی 65 سال یا بیشتر سن داشته و یا معلول یا ازکارافتاده باشد. اگر برای دریافت کمک نقدی اقدام می کنید، باید برای هر وسیله نقلیه به این سوالات پاسخ دهید.

لطفاً اطلاعات را برای هر وسیله نقلیه ای که یک شخص در تملک دارد، از آن استفاده می کند، یا به نام وی است، یا حتی اگر کار نمی کند ارائه نمایند. منظور از وسیله نقلیه، ماشین (شامل وانت، ون، ماشین شاسی بلند [SUV])، موتورسیکلت، اسکوترهای موتوردار، اسنوموبیل، کاروان (RV) یا قایق موتوری است.

وسيله نقلیه (3)	وسيله نقلیه (2)	وسيله نقلیه (1)	
			مالک وسیله نقلیه
			نام شخص استفاده کننده از این وسیله نقلیه
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	آیا این وسیله نقلیه: • بعنوان خانه استفاده می شود؟ • برای خوداشتغالی، حمایت از خود و یا امور شغلی استفاده می شود؟ • برای حمل و نقل یک عضو معلول و ناتوان خانواده استفاده می شود • برای تهیه سوخت یا آب خانواده استفاده می شود؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ شما بله است، دیگر لازم نیست ادامه بدهید	آیا این وسیله نقلیه توسط یک کودک زیر 18 سال برای انجام کارهای زیر استفاده می شود: • رفتن به مدرسه؟ • کار؟ • آموزش؟ • کاریابی؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هدیه <input type="checkbox"/> کمک بلاعوض <input type="checkbox"/> انتقال در خانواده اگر پاسخ شما بله است، کادری را که مصداق دارد علامت بزنید، مدارک DMV را ضمیمه کرده و دیگر ادامه ندهید. اگر مدارک ندارید، از کانتی کمک بگیرید.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هدیه <input type="checkbox"/> کمک بلاعوض <input type="checkbox"/> انتقال در خانواده اگر پاسخ شما بله است، کادری را که مصداق دارد علامت بزنید، مدارک DMV را ضمیمه کرده و دیگر ادامه ندهید. اگر مدارک ندارید، از کانتی کمک بگیرید.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هدیه <input type="checkbox"/> کمک بلاعوض <input type="checkbox"/> انتقال در خانواده اگر پاسخ شما بله است، کادری را که مصداق دارد علامت بزنید، مدارک DMV را ضمیمه کرده و دیگر ادامه ندهید. اگر مدارک ندارید، از کانتی کمک بگیرید.	آیا این وسیله نقلیه یک هدیه، کمک بلاعوض، یا انتقال در فامیل بوده است؟ ممکن است کانتی از شما مدارک بخواهد.
			سال ساخت/شرکت سازنده/مدل
			شماره پلاک وسیله نقلیه
\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از ارزش به کمک احتیاج دارم	\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از ارزش به کمک احتیاج دارم	\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از ارزش به کمک احتیاج دارم	ارزش تخمینی وسیله نقلیه (وسيله نقلیه شما چقدر ارزش دارد)؟ به این ارزش عادلانه و منصفانه در بازار می گوئیم.
<input type="checkbox"/> آگهی های فروش <input type="checkbox"/> فروشنده ماشین Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> مکانیک <input type="checkbox"/> قیمت خرید <input type="checkbox"/> سایر: _____	<input type="checkbox"/> آگهی های فروش <input type="checkbox"/> فروشنده ماشین Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> مکانیک <input type="checkbox"/> قیمت خرید <input type="checkbox"/> سایر: _____	<input type="checkbox"/> آگهی های فروش <input type="checkbox"/> فروشنده ماشین Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> مکانیک <input type="checkbox"/> قیمت خرید <input type="checkbox"/> سایر: _____	چگونه از ارزش عادلانه و منصفانه در بازار مطلع شدم؟
\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از مبلغ بدهی به کمک احتیاج دارم	\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از مبلغ بدهی به کمک احتیاج دارم	\$ _____ <input type="checkbox"/> اطلاع ندارم/برای آگاهی از مبلغ بدهی به کمک احتیاج دارم	بدهی من از بابت این وسیله نقلیه
<input type="checkbox"/> آخرین صورتحساب <input type="checkbox"/> صورت وضعیت وام دهنده <input type="checkbox"/> برآورد <input type="checkbox"/> سایر: _____	<input type="checkbox"/> آخرین صورتحساب <input type="checkbox"/> صورت وضعیت وام دهنده <input type="checkbox"/> برآورد <input type="checkbox"/> سایر: _____	<input type="checkbox"/> آخرین صورتحساب <input type="checkbox"/> صورت وضعیت وام دهنده <input type="checkbox"/> برآورد <input type="checkbox"/> سایر: _____	آنچه که برای تعیین مبلغ بدهی از بابت وسیله نقلیه استفاده کرده ام
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا این وسیله نقلیه اجاره ای است (لیز)؟