

تقاضا برای برنامه های CALFRESH (برنامه کمکی تغذیه کامل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکتها و فروشگاه ها)، کمک نقدی \$، و/یا

MEDI-CAL (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا)/مراقبت بهداشتی

در صورتیکه ناتوانی دارید و یا برای پر کردن این تقاضانامه به کمک احتیاج دارید، دپارتمان رفاه اجتماعی بخش را در جریان بگذارید تا شخص دیگری 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 CalFresh (برنامه کمکی تغذیه کامل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکتها و فروشگاه ها)، کمک نقدی (کمک نقدی به کودکان یا پناهندگان از طریق فرصت و مسئولیت کاری کالیفرنیا)، Medi-Cal و/یا سایر برنامه های بهداشتی تقاضا داده اید، این درخواست را به کار بپذیرید. در صورتیکه فقط می خواهید برای CalFresh تقاضا بدهید، می توانید از بخش CalFresh را به تنهایی تقاضا بکنید. CalFresh یک برنامه غذایی کمکی برای کمک به شما در زمینه هزینه خرید غذا برای خانوار است در صورتیکه فقط می خواهید برای مراقبت بهداشتی تقاضا بدهید، می توانید از بخش مراقبت بهداشتی را به تنهایی تقاضا بکنید. مراقبت بهداشتی شامل این موارد می شود: بیمه کم هزینه برای Medi-Cal؛ بیمه خدمات درمانی شخصی به صورت قابل پرداخت؛ اعتبار مالیاتی که می تواند به شما برای پرداخت حقوق پوشش بهداشتی کمک کند.

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

- در صورتیکه می توانید، تمام فرم تقاضانامه را پر کنید. در حین مصاحبه سوالاتی در مورد واجد شرایط بودن شما پرسیده می شود. اگر می خواهید فرمهای کاغذی را پر کنید، این سوالات در فرم SAWS 2 Plus موجود هستند (تنها از بخش بپرسید). برای شروع پروسه CalFresh حداقل باید به بخش اطلاعاتی مثل نام خود، آدرس و نمونه امضا بدهید (سوال 1 در صفحه 1 فرم تقاضانامه). برای کمک نقدی باید سوال 1 تا 5 صفحه 1 و 2 تقاضانامه را پر کرده و امضا کنید تا پروسه تقاضا به جریان بیفتد.
- هر برنامه یک نماد دارد (که در بالای 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 کارت اعتباری 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 \$ علامت گذاری شده اند ندارید.
- تقاضانامه را به صورت شخصی، با پست کردن، با فکس و یا به صورت آنلاین به بخش بدهید.
- روزی که بخش تقاضانامه امضا شده شما را دریافت کند زمان پاسخ به شما برای اینکه آیا می توانید از مزیت ها بهره مند شوید یا خیر آغاز می شود. در صورتیکه شما در یک موسسه هستید، 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 پر کنید، در مورد حقوق و مسئولیت های خود (صفحات قوانین برنامه) مطالعه داشته باشید.
- شما باید در مورد تقاضانامه خود با بخش مصاحبه داشته باشید. در صورتیکه یک ناتوانی دارید، تمهیدات لازم باید اندیشیده شود.
- 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 حدود 30 روز طول بکشد. در مورد کمک نقدی و Medi-Cal این پروسه ممکن است 45 روز طول بکشد. اگر در حالتی اورژانسی هستید، از بخش بپرسید چگونه می توانید مزایا یا مراقبت بهداشتی خود را هم اکنون بگیرید.

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

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

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

- بی خانمان هستید، اخطاریه تخلیه یا پرداخت اجاره بها یا ترک محل گرفته اید؛ یا
- غذای شما در سه روز آینده تمام می شود؛
- آب و برق شما قطع شده و یا قطع خواهد شد؛
- شما پارچه یا لباس کافی ندارید؛
- شما نوع خاصی از نیاز اورژانسی در زمینه سلامت و ایمنی دارید.

صفحه اطلاع رسانی-لطفا برای اطلاع خود از آن نگه داری کنید.

برای کمک به بخش برای دریافت سریعتر مزایا، لطفاً به سوال 1 در این فرم و سوال 6 تا 9، 15 و 24 در فرم SAWS 2 PLUS پاسخ دهید. مدارک هویتی خود را (در صورتیکه دارید) با این تقاضانامه به بخش تحویل دهید.

بخش نامه ای به شما می فرستد مبنی بر اینکه تقاضای خانوار شما برای دریافت مزایا 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. بخش ممکن است بتواند به شما در گرفتن مدارک لازم کمک کند در حین مصاحبه، بخش 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

- هویت (گواهینامه رانندگی، کارت هویت ایالتی، پاسپورت).
- مدارک تولد برای هر شخصی که برای کمک نقدی تقاضا می دهد.
- مدارک جایی که زندگی می کنید (اجاره نامه، صورتحساب فعلی با آدرس).
- شماره تامین اجتماعی برای افرادی که برای کمک نقدی تقاضا می دهد (نکته زیر در مورد غیرشهروندان قطعی را بخوانید).
- حساب بانکی تمام اعضای خانوار (حساب بانکی اخیر).
- درآمد کسب شده تمام اعضای خانوار در 30 روز گذشته (خرده دریافتیهای اخیر، بیانیه های کاری از یک کارفرما) **نکته:**
- در صورتیکه خود اشتغال هستید، درآمد و هزینه های یا گزارش مالیاتی.
- درآمدهای کسب نشده (مزایای بیکاری، SSI پرداخت ایالتی به افراد نابینا، ناتوان و یا سال زیر نظر تامین اجتماعی)، امنیت اجتماعی، مزایای جانباز، حمایت از کودک، غرامت کارگران، کمک های مالی مدرسه یا وام، درآمد اجاره، و غیره).
- حالتیهای مهاجرت قانونی فقط برای غیرشهروندان قانونی که در حال ارائه تقاضا هستند (کارت ثبت نام خارجی، ویزا).
- **نکته:** غیرشهروندان قطعی که در حال ارائه تقاضا براساس خوشونت خانگی، تعقیب جنایی یا قاچاق انسان هستند نیازی به این مدارک ندارند. این گروه همچنین نیاز به شماره تامین اجتماعی ندارند.

مدارکی که برای گرفتن مزایای CalFresh بیشتر مورد نیاز هستند

- هزینه های خانوار (درآمد اجاره، صورت حساب وام مسکن، لایحه مالیات بر اموال، اسناد بیمه).
- هزینه های تلفن و آب و برق.
- هزینه های پزشکی برای هر شخصی از خانوار شما که کهنسال (60 سال به بالا) است و یا ناتوان است.
- هزینه های نگه داری از کودک یا بزرگسال برای ایجاد فرصت برای کار کردن، به دنبال کار گشتن، شرکت در برنامه های آموزشی و مدرسه و یا شرکت در فعالیت های کاری مورد نیاز.
- حمایت های مالی از یک کودک که توسط یک شخص در خانواده شما پرداخت شده است.

مدارک اضافی مورد نیاز برای پوشش بیمه

- هرگونه اطلاعات شغلی مربوط به بیمه سلامت که به خانواده شما مربوط می شود.
- شماره بیمه برای هرگونه بیمه فعلی.

اطلاعات اضافی مورد نیاز برای کمک نقدی

- مدارک ایمنی برای کودکان شش ساله یا کوچکتر.
- ثبت وسیله نقلیه برای صاحب وسیله نقلیه و کسی که در حال ارائه این تقاضا است.

در صورتیکه بی خانمان باشم چه اقداماتی لازم است؟

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

- A. در پناهگاهی تحت نظارت، محلی شبیه به خانه، یا محل مشابه سکونت دارید.
- B. ساکن شدن در منزل شخصی دیگر 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 اطلاع خود از آن نگه داری کنید.

شما موظفید که:

- تمام اطلاعات لازم برای تعیین صلاحیت خود را در اختیار بخش قرار دهید.
- مدارک و شواهد لازم برای اطلاعاتی که در دست دارید را در مواقع نیاز به بخش ارائه دهید.
- تغییرات را همانطور که لازم است گزارش دهید. بخش، اطلاعات لازم در مورد محتوا، زمان ونحوه گزارش را در اختیار شما قرار می دهد. در مورد CalFresh و کمک نقدی در صورتیکه الزامات گزارش شده مطابق با خانواده شما نباشد پرونده شما بسته می شود یا مزایای شما کم یا متوقف می شود.
- به دنبال یک شغل باشید یا آن را حفظ کنید و یا در فعالیت های دیگری شرکت کنید اگر بخش آن را امری ضروری در مورد اوضاع شما می داند.
- اگر پرونده شما به بازنگری و بررسی صحت این امر می پردازد که صلاحیت شما و سطح بهره مندیتان به خوبی تعیین شده، سعی کنید که همکاری کاملی را با بخش، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظرها منجر به کاهش بهره مندی شما می گردد.
- هرگونه کمک های نقدی یا مزایای CalFresh را که واجد شرایط استفاده از آن نبودید پس بدهید.

شما حق این را دارید که:

- تقاضانامه ای را برای دریافت CalFresh تنها با ذکر نام، آدرس و امضایتان 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 بخش را محرمانه نگه دارید، مگر اینکه مستقیماً به مدیر اجرایی برنامه های بخش مرتبط باشند.
- قبل از زمان تعیین صلاحیت توسط بخش 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 مقرارت و قوانین را دریافت نمایید.
- با حسن نیت، توجه و احترام با شما رفتار می شود و مورد تبعیض قرار نمی گیرید.
- اگر واجد شرایط استفاده سریع از خدمات هستید 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 در حال ارائه تقاضا و گرفتن صلاحیت 30 روزه برای CalFresh و 45 روزه برای کمک های نقدی و Medi-Cal هستید برای مدت زمانی معقول مذاکره ای را با بخش داشته باشید.
- طی زمانی حداقل 10 روزه مدارکی را که برای تعیین واجد شرایط بودن شما لازم است را به بخش ارائه دهید.
- دست کم 10 روز قبل از اینکه بخش مزایای CalFresh و یا کمک های نقدیتان را کاهش دهد یا متوقف کند ابلاغی کتبی را ارائه کنید.
- زمانی که از شما خواسته شد، مورد خود را با بخش در میان بگذارید تا آن را بررسی کنند.
- در صورتیکه با تصمیمات بخش در مورد پرونده خود موافق نیستید ظرف 90 روز می توانید یک جلسه دادرسی ایالتی درخواست کنید. 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 بخش بخواهید که تا مدتی پس از دادرسی تغییراتی را در بهره مندی شما اعمال کند تا مجبور نشوید سوده های اضافه پرداختی را پس بدهید. اگر قاضی قانون اداری به نفع شما رای دهد، بخش، مزایایی که قطع شده را به شما برمی 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 توسعه تست محور استفاده می کنند یا، **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 در رای گیری از بخش 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 خانواده تان که ممکن است شانس برخورداری از مزایای بیشتر CalFresh را برای شما مهیا کند ارائه دهید. عدم ارائه مدارک به بخش در حکم این است که چنین مخارجی را بر عهده ندارید و در نتیجه مزایای بیشتر CalFresh دیگر به شما تعلق نمی .
- اگر خواستید فرد دیگری از مزایای CalFresh خانواده تان استفاده کند و یا در این مورد به شما کمک نماید (نماینده مجاز) حتماً به بخش 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. در صورتیکه احساس می کنید همکاری برای وصول حمایت پزشکی ممکن است به شما یا فرزندانان آسیبی برساند، می توانید به نماینده Medi-Cal اطلاع دهید و در این مورد همکاری نکنید.

لطفاً گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید

قوانین و مجازات های برنامه

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 (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) که خارج از صلاحیت شماسست و یا کمک به فرد دیگری خارج از صلاحیت در دستیابی به این مزایا از بیان کامل اطلاعات سرباز زنی، متخلف محسوب می شوید. شما باید هرگونه مزایای دریافتی را که واجد شرایط استفاده از آن نبودید را پس بدهید. در صورتیکه که این کار را از روی عمد انجام دهید و مبلغی بیش از \$950 از مزایا دریافت کنید که واجد شرایط گرفتن آن نیستید، ممکن است متهم به بزهکاری شوید.

<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 سود (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 الکترونیکی انتقال سود• مزایای CalFresh را برای مواد کنترل شده ای نظیر داروها معامله کنم• به منظور دریافت مزایای مازاد CalFresh اطلاعات دروغینی را راجع به هویت و محل زندگی خود ارائه دهم• 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">• برای ارتکاب اولین تخلف 12 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی آن را پس دهم• برای ارتکاب دومین تخلف 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی آن را پس دهم• مزایای CalFresh را به طور دائم برای جرم سوم از دست بدهم و ملزم به بازپرداخت تمام مزایای CalFresh اضافی شوم که به من پرداخت شده است به میزان \$250,000 جریمه شوم، بیش از بیست 20 سال محکوم به حبس شوم و یا هر دوی آنها• 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• برای ارتکاب هر تخلف به مدت 10 سال از مزایای CalFresh محروم شوم	<p>در مورد کمک های نقدی می دانم 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
<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 حبس محکوم شوم• به مدت 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال و یا همیشه از کمک های نقدی محروم شوم.	

اطلاعات مهم برای غیرشهروندان

- شما می توانید برای دریافت مزایای CalFresh یا کمک های نقدی 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 کمک های نقدی برای فرزندان مهاجرشان که شهروند ایالت متحده اند و واجد شرایط استفاده از این مزایا می باشند تقاضا دهند.
- دریافت کمک های غذایی هیچ تاثیری را در وضعیت مهاجرت شما و یا خانواده تان برجای نمی گذارد. اطلاعات مهاجرتی کاملاً خصوصی و محرمانه است.
- وضعیت مهاجرت افراد غیر شهروندی که صلاحیت استفاده از مزایا را دارند و برای آن تقاضا داده اند توسط بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده مورد بررسی قرار می گیرد. قانون فدرال می گوید که بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده به جز در موارد مربوط به تخلف نمی تواند از این اطلاعات استفاده کند.

کناره گیری و انصراف

شما نباید هیچگونه اطلاعات، شماره تامین اجتماعی و یا مدارکی را در اختیار آن دسته از اعضای خانواده غیر شهروند که تقاضای دریافت مزایا ندادند قرار دهید. بخش باید به طور کامل از درآمد و منابع آنها مطلع شود تا مزایای خانواده شما را به درستی تعیین کند. بخش در رابطه با افرادی که برای دریافت این مزایا تقاضایی ارائه ندادند اند با بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده ارتباطی برقرار نمی کند.

کاربرد شماره تامین اجتماعی

CalFresh و کمک نقدی: همه افرادی که برای مزایای CalFresh یا کمک نقدی تقاضا می کنند باید در صورت وجود شماره تامین اجتماعی (SSN) و یا مدارک ارائه درخواست برای SSN (اعم از نامه ای از اداره تامین اجتماعی) را ارائه دهند. ما می توانیم از هر یک از شما یا اعضای خانواده تان که شماره تامین اجتماعی را به ما تحویل ندادند چشم پوشی کنیم. برخی از افراد مانند قربانیان تجاوزهای خانگی، شهود دادستانی جرم و جنایت و قربانیان قاچاق لازم نیست برای گرفتن کمک شماره تامین اجتماعی ارائه دهند.

پوشش درمانی / Medi-Cal: در صورتیکه برای پوشش درمانی تقاضا داده اید و SSN دارید ما به شماره تامین اجتماعی شما نیاز داریم. ارائه شماره تامین اجتماعی تان حتی اگر خواستار پوشش بهداشتی درمانی نباشید نیز سودمند است، زیرا به افزایش سرعت روند تقاضا کمک می کند. ما از این شماره برای بررسی درآمد و دیگر اطلاعات لازم برای دریافت این که چه کسی صلاحیت لازم را برای فراهم آوردن هزینه های این پوشش دارد استفاده می کنیم. برای گرفتن راهنمایی در مورد گرفتن شماره تامین اجتماعی 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 را دریافت کرده اید. شما باید حتماً این مبلغ را بازگردانید حتی اگر بخش اشتباه کرده باشد و یا این حرکت ناخواسته باشد. مزایای شما احتمالاً کاهش می یابد یا متوقف می شود. شماره تامین اجتماعی شما ممکن است در جمع آوری میزان مزایای مقروض از طریق دادگاه، دیگر سازمانهای مسئول این جمع آوری و اقدامات وصولی دولت فدرال به کار رود.

لطفا گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید

اضافه پرداخت ها

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 بخش اشتباه کرده باشد و یا این امر ناخواسته اتفاق افتاده باشد. کمک های نقدی شما ممکن است کاهش یابد یا متوقف شود. شماره تامین اجتماعی شما ممکن است در جمع آوری میزان مزایای مفروض از طریق دادگاه، دیگر سازمانهای مسئول این جمع آوری و اقدامات وصولی دولت فدرال به کار رود.

گزارش

هر کدام از اعضای خانواده که از مزایا برخوردارند باید تغییرات خاص را گزارش دهند. بخش شما را از محتوای گزارش ها راجع به تغییرات، 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

در صورتیکه با هر عملی در مورد تقاضانامه یا مزایای جاری شما مخالف باشید حق دارید درخواست جلسه دادرسی ایالتی بدهید. می توانید تا 90 روز بعد از تصمیم گیری بخش درخواست جلسه دادرسی ایالتی بدهید و باید دلیل ارائه درخواست جلسه دادرسی ایالتی را عنوان کنید. با دریافت ابلاغیه تایید یا انکار از بخش می توانید اطلاعاتی را راجع به چگونگی درخواست تجدید نظر به دست آورید. اگر پیش از اینکه جریانی اتفاق بیفتد تقاضای دادرسی کنید، می توانید میزان کمک های نقدی و مزایای Cal-Fresh 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 درج می کنید. بخش از این اطلاعات برای بررسی صلاحیت شما در دریافت این مزایا استفاده می کند. اگر شما این اطلاعات را در اختیار بخش نگذارید ممکن است تقاضای شما را رد کنند. شما اجازه این را دارید که به بازنگری، تغییر یا اصلاح هر اطلاعاتی که در اختیار بخش قرار داده اید بپردازید. بخش اطلاعات شما را به دیگران نشان نداده و در اختیارشان قرار نمی دهد، مگر اینکه شما، فدرال یا قوانین ایالتی به آنها چنین اجازه ای را داده باشید. بخش این اطلاعات را از طریق برنامه های تطبیقی کامپیوتری مانند سیستم های تاییدی درآمد و سود بررسی می کند. این اطلاعات به منظور نظارت طبق مقررات برنامه و در راستای مدیریت برنامه استفاده می شود. بخش ممکن است به تبادل این اطلاعات با نهادهایی بپردازد، نهاد ایالتی و فدرال به منظور بررسی رسمی، مقامات اجرایی قانون به منظور دستگیری افرادی که به مدتی کوتاه از قانون سرپیچی کرده اند و نهادهای مسئول جمع آوری دعوی خصوصی به منظور فعالیتی در راستای جمع آوری مطالبات. بخش ممکن است به بررسی وضعیت مهاجرت اعضای خانواده ای که برای مزایا تقاضا کرده اند از طریق ارتباط با بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالت متحده بپردازد. اطلاعاتی که بخش از این نهادها دریافت می کند در صلاحیت و سطح مزایای دریافتی شما موثر است.

بخش ممکن است از اطلاعات مندرج در تقاضانامه در راستای بررسی صلاحیت شما برای فراهم کردن کمک هزینه های پوشش بهداشتی درمانی استفاده کند. بخش ممکن است پاسخ شما را با استفاده از اطلاعات موجود در بانکهای اطلاعاتی فدرال و ایالت و بخش خدمات درآمد داخلی، اداره تامین اجتماعی، وزارت امنیت داخلی و نهادهای گزارشی مصرف کننده بررسی کند. اگر اطلاعات هماهنگی نداشته باشند، بخش ممکن است از شما شواهد و مدارکی را بخواهد.

عدم تبعیض

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

برای شکایت از اعمال تبعیض، یا با هماهنگ کننده حقوق مدنی بخش خود تماس بگیرید، یا با USDA (وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا) یا اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا (CDSS) مکاتبه کرده یا تماس بگیرید:

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

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) ابزار برقراری ارتباط از راه دور برای ناشنویان

وزارت کشاورزی آمریکا یک کارفرما با فرصت های برابر است.

قوانین کار برای CalFresh

بخش 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 کند. 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 CashFresh را نداشته باشید.

لطفا گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید

قوانین کاری برای CaiWORKs (فرصت های کاری و مسئولیت برای کودکان و نوجوانان در کالیفرنیا) ("welfare-to-work" رفاه کاری)
اگر شما کمک های نقدی را دریافت کنید باید حتما در برنامه رفاه کاری شرکت کنید، مگر اینکه از انجام آن معاف شوید. اگر شما از این کار معاف شده باشید بخش 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.

CaiWORKs-انگشت نگاری/چهره نگاری

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

چگونه باید مزایای خود را دریافت و استفاده کنم؟

CaiFresh و کمک نقدی:

- بخش 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.
- در صورتیکه کارت الکترونیکی انتقال مزایای (EBT) شما گم، دزدیده یا خراب شده موارد را سریعاً به 328-9677 (877) اطلاع دهید. همچنین در اسرع وقت به بخش اطلاع دهید. همچنین مطمئن شوید که نماینده مجاز شما مطلع است که چگونه موارد سرقت یا گم شدن کارت EBT یا PIN را گزارش دهد. هر میزان سودی که پیش از گزارش دزدی و گم شدن کارت الکترونیکی انتقال مزایا یا کد شناسایی شخصی از حسابتان کم شود، دیگر برگردانده نمی شود.
- می توانید از مزایای CaiFresh تقریباً برای خرید 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 CaiFresh در اکثر فروشگاه های مواد غذایی یا مکان هایی که در آن غذا می فروشند پذیرفته می شود. از کمک های 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 بگیریید هزینه ای منظور خواهد شد. برای دریافت اطلاعات در مورد مکانهایی که نزدیک شما هستند و کارت EBT را می پذیرند، به وبسایت های زیر سر بزنید. <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 CaiFresh تنها متعلق به شما و اعضای خانواده تان است. کمک های نقدی نیز تنها متعلق به شما و اعضای خانواده تان است که برای دریافت کمک نقدی تایید شده اند. کمک های 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 شناسایی شخصی خود را به کسی نگوئید. کد شناسایی شخصی خود را در کارت الکترونیکی انتقال مزایا خود نگذارید.
- هرگونه استفاده از کارت EBT توسط شما، یکی از اعضای خانواده شما، نماینده مجاز شما، و هر شخصی که شما کارت EBT یا PIN خود را خودتان به وی داده اید، تایید شده به حساب می آید و مزایایی که از حساب شما برداشت شده است قابل بازگشت نمی باشد.

Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) و مراقبت های درمانی:

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

لطفاً گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید

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

1. اطلاعات مربوط به فرم تقاضانامه

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		نام های دیگر (پیشوند، نام مستعار و غیره)		شماره تأمین اجتماعی (اگر این شماره را دارید و <u>برخلاف</u> ثبت نام برای گرفتن آن هستید)	
آدرس منزل و یا نشانی تقریبی 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 به فرم زیر اطلاعات را دریافت کنم پذیرش از طریق ایمیل.		من تمایل دارم اطلاعات مربوط به مورد من از طریق ایمیل ارسال شود.			
تلفن منزل		تلفن دریافت پیام/دیگر محل کار		آدرس ایمیل	
برای چه برنامه هایی اپلای کرده اید؟					
<input type="checkbox"/> Cash Aid <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> پوشش بیمه آیا شما بیخانمان هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد، لطفاً در اسرع وقت به بخش اطلاع دهید که بی خانمان هستید تا به شما کمک کنند و آدرسی را برای پذیرش شما اختصاص دهند تا از این طریق موارد مربوط به فایل شما به اطلاعات 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؟

بخش یک مفسر 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 کمتر از \$150 است و تمام مبالغ نقدی، حسابهای جاری و پس انداز کمتر از \$100 هستند؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	آیا آب و برق شما قطع شده و یا اختاریه قطع دریافت کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
آیا درآمد ناخالص ترکیبی خانوار و منابع شناور از ترکیب اجاره / وام مسکن و کمک هزینه تسهیلات (آب و برق) مناسب کمتر 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 خانواده جزء مهاجران بی بضاعت/کارگران فصلی با درآمد 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؟ بله نه در صورتیکه پاسخ بله می باشد آیا کارت واجدین شرایط احتمالی را دریافت کرده است؟ بله نه

آیا شخصی در خانوار شما مورد اورژانسی شخصی دارد؟ بله نه در صورتیکه پاسخ مثبت 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 گواهی دروغ (اظهارات نادرست):

- من اطلاعات این فرم و پاسخ هایم به سوالات این فرم را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- طبق دانش من، پاسخ هایم به سوالات، واقعی و کامل هستند.
- طبق دانش من، هر پاسخی که ممکن است در مورد تقاضانامه ارائه کنم واقعی و کامل هستند.
- 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 دوگانه و 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 (یا کل زندگی) از مزایای CalFresh و کمک نقدی محروم شوم.
- من درک می کنم که ممکن است شماره امنیت اجتماعی و یا وضعیت مهاجرت اعضای خانواده که برای مزایا تقاضا داده اند براساس قانون فدرال با سازمان های دولتی مناسب و در موارد مورد نیاز به اشتراک گذاشته شود.
- من به نمایندگی Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) اجازه پیگیری و دریافت هر گونه پول از بیمه خدمات درمانی، سکونتگاه های حقوقی، و یا اشخاص ثالث را می دهم.

امضای متقاضی، فامیلیهای سرپرست (اعضای بزرگسال خانواده / نماینده مجاز * / قیم)	تاریخ
*در صورتیکه شما نماینده مجاز هستید لطفاً سوال 2 در صفحه بعد را پاسخ دهید.	
امضای همسر، والدین دیگر، دیگر افراد بزرگسال (والدین) کمکی، یا شریک زندگی ثبت شده	تاریخ

2. نماینده مجاز خانوار

شما می توانید به شخصی 18 ساله یا بزرگتر برای کمک به خانواده تان در مورد مزایای CalFresh اختیارات لازم را بدهید. این شخص همچنین می تواند به جای شما در مصاحبه و 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 بخش، 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 هویتی خود و متقاضی را به بخش ارائه کنید.

آیا مایلید شخصی را برای کمک به شما در مورد پرونده CalFresh معرفی کنید؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ مثبت است، بخش های زیر را تکمیل کنید:

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

2a. نماینده مجاز بیمه خدمات درمانی

شما می توانید به شخصی مورد اعتماد اجازه بدهید تا در مورد تقاضای شما برای بیمه خدمات درمانی صحبت کند، اطلاعات شما را ببیند و در مورد این قسمت از تقاضای شما عمل کند. آیا مایلید یک نماینده مجاز برای قسمت بیمه خدمات درمانی تقاضای خود انتخاب کنید؟ بله نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، اطلاعات موجود در ضمیمه پ را پر کنید در فرم (SAWS 2 PLUS).

3. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده شما سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا است؟ بله نه
در صورتیکه پاسخ مثبت است، و در حال ارائه تقاضا برای مراقبت درمانی هستید، برای سوالات اضافی به ضمیمه ب (در فرم SAWS 2 PLUS) رجوع کنید.

نژاد/قومیت

تکمیل اطلاعات نژاد و قومیت اختیاری است. تقاضا شده که اطمینانی برای ارائه مزایا بدون توجه به نژاد، رنگ و خاستگاه ملی وجود داشته باشد. 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 بخش باید خاستگاه قومی و نژادی شما را ثبت کند.

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

آیا شما خاستگاه هیسپانتیک، لاتین یا اسپانیایی دارید؟	بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
در صورتیکه خاستگاه هیسپانتیک یا لاتین دارید، خود را جزء کدام گروه می دانید:	<input type="checkbox"/> مکزیکی <input type="checkbox"/> پورتوریک <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> سایر موارد

خاستگاه نژادی/قومیت

<input type="checkbox"/> سفید <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی الاسکا <input type="checkbox"/> آمریکایی افریقایی یا سیاه <input type="checkbox"/> سایر موارد و یا ترکیبی از اینها
<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"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> کره ای <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> هندو آسیایی <input type="checkbox"/> لائوسی
<input type="checkbox"/> آسیایی دیگر (مشخص کنید)
<input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام (در صورتیکه علامت زده اید، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید): <input type="checkbox"/> هاوایی بومی
<input type="checkbox"/> گوامی و چامروبی <input type="checkbox"/> ساموایی (واقع در پلینزی)

4. اولویت های مصاحبه

شما باید با بخش یک مصاحبه داشته باشید و در مورد تقاضای خود برای دریافت کمک نقدی و یا مزایای CalFresh صحبت کنید. مصاحبه های CalFresh عموماً از طریق تلفن انجام می شود مگر اینکه زمان تحویل تقاضانامه به صورت حضوری مصاحبه شوید و یا ترجیح بدهید که مصاحبه حضوری باشد. متقاضیان کمک نقدی باید به صورت حضوری مصاحبه شوند. در صورتیکه در حال ارائه تقاضا برای CalWORKs (فرصت های کاری و مسئولیت برای کودکان و نوجوانان در کالیفرنیا) و CalFresh هستید، مصاحبه CalFresh شما همزمان با صاحب CalWORKs 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 تا به حال شخصی از خانواده شما کمک های عمومی (کمک موقتی به خانواده های نیازمند، TANF قبيله ای، کمک پزشکی، برنامه کمکی تغذیه مکمل [بن های غذا]، کمک های عمومی / امداد رسانی عمومی، و غیره) دریافت کرده است؟ بله نه

در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (بخش ایالت)؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (بخش ایالت)؟