

اظهاریه حقایق جهت اضافه کردن یک کودک زیر 16 سال (درخواست تکمیلی و درخواست برای کمک هزینه نقدی و یا CalFresh)

دستورالعمل ها:

فرم را برای يك کودک جدید پر کنید و قسمت تاییدیه را امضا کنید. اگر به فضای بیشتر نیاز دارید، يك برگه کاغذ دیگر اضافه کنید. برای هر کودک از يك فرم استفاده کنید.

اگر شما کمک هزینه نقدی دریافت می کنید و می خواهید کودک جدید نیز این کمک هزینه را دریافت کند، این فرم می بایست توسط والد، یا شریک زندگی محلی کالیفرنیا یا سرپرست خویشاوند بزرگسال پر شود.

برای خانوارهای CalFresh که کمک هزینه نقدی را دریافت نمی کنند یا نمی خواهند، این فرم می بایست توسط يك عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز پر شود.

فقط مورد استفاده بخش							
CASE NAME							
CASE NUMBER							
WORKER NAME AND NUMBER							
DATE RECEIVED							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>کودکی که به خاطر والدین به کمک هزینه نیاز دارد (✓) پایین</p> <p>نام والد یا سرپرست خویشاوند</p> <p>جنسیت (✓) <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر</p> <p>نام والد دیگر</p> <p>محل تولد (شهر/ ایالت / کشور)</p> <p>تاریخ تولد (سال/ روز/ ماه)</p> <p>ناهنیا، ناشنوا یا معلول <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>وضعیت شهروندی / غیر شهروندی (4) (✓) <input type="checkbox"/> شهروند/تبعه آمریکا <input type="checkbox"/> غیر شهروند: ضمانت شده <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر سن کودک زیر 6 سال است، آیا واکسیناسیون ها به موقع انجام شده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کودک زیر 6 سال نیست</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1. اسم والد یا سرپرست خویشاوند</p> <p>تلفن ()</p> </div> </div>							
2. تمام حقایق را در مورد این کودک به ما بگویید.							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">AU</td> <td style="width: 10%;">Non-AU</td> <td style="width: 10%;">MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;">CF Non-HH Excl. Member Code:</td> </tr> </table>	AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:	نام والد یا سرپرست خویشاوند		
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:				
Work Registration/Exemption Codes:							
WtW:		CF:					
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.							
Alien Reg. No.		D.O.E.					
نوع کمک درخواستی (✓) <input type="checkbox"/> کمک هزینه CalFresh <input type="checkbox"/>							
نسبت یا درخواست کننده یا با خویشاوند سرپرست کودک							
3. آیا این کودک به فرزندی قبول شده است؟							
A. آیا کودک به تبعیت از حکم و ابستگی دادگاه در خانه شما گذاشته شده است؟							
B. آیا شما درآمد فرزند خوانده و مراقبت پرورشی در پرونده CalFresh می خواهید؟							
C. آیا کودک در يك طرح مراقبت بهداشتی و سلامتی ثبت نام شده است؟							
3A. <input type="checkbox"/> Request dependency order 3B. <input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 3C. <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service							
4. آیا کودک این ماه کمک هزینه نقدی یا CalFresh را دریافت کرده است؟							
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:							
نوع کمک <input type="checkbox"/> کمک هزینه CalFresh <input type="checkbox"/>							
5. آیا کودک هیچ درآمدی دریافت می کند یا انتظار دریافت هیچ درآمدی را دارد، مثل: درآمدها، درآمد امنیت تکمیلی/ درآمد تکمیلی ایالتی (SSI/SSP)، مزایای سوشال سکيوریتی، حمایت از کودک، پرداخت مراقبت از فرزند خوانده، مزایای سرباز قدیمی، و غیره. اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:							
نوع درآمد مقدار (قبل از هرگونه کسورات) چه زمانی؟ چند وقت يك بار							
آیا این درآمد ادامه خواهد داشت؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ "نه" است لطفاً هر گونه تغییر مشخص را توضیح دهید:							
6. A. آیا این کودک باردار و یا به والد نوجوان است؟							
اگر "خیر"، وضعیت او را علامت بزنید (✓): <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> والد نوجوان							
وضعیت مدرسه را علامت بزنید (✓) <input type="checkbox"/> دبیرستان دارد <input type="checkbox"/> دبیرستان ندارد <input type="checkbox"/> در حال حاضر به مدرسه می رود <input type="checkbox"/> سایر موارد (توضیح دهید):							
B. آیا این کودک از برنامه Cal-Learn کمک هزینه نقدی یا تایید یا کمکی از مراقبت از کودک، حمل و نقل، و غیره دریافت کرده است؟							
اگر "بله"، قسمت پایین را کامل کنید:							
مکان (کنتی) تاریخ دریافت							
7. آیا والدین این کودک در ارتش آمریکا بوده اند؟							
اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:							
نام والد والد شهروند آمریکا است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر							
شاخه خدمت تاریخ خدمت تریخ با سابقه خدمت مجدانه							
8. اگر برای این کودک CalFresh را می خواهید و این کودک شهروند آمریکا نیست، قسمت پایین را کامل کنید.							
A. به طور کلی این کودک و یا والدینش چند سال در آمریکا زندگی کرده اند؟							
B. در طی سال های زندگی در آمریکا، این کودک یا والدینش چند سال از طریق کار کردن در آمریکا پول به دست آورده اند؟							
C. در طول سال هایی که خارج از آمریکا بوده اند، این کودک یا والدینش چند سال در آمریکا یا برای يك شرکت آمریکایی کار کرده اند؟							

9. آیا این کودک صاحب هیچ دارایی یا منابعی می باشد، مانند: پول، زمین، حساب بانکی، وجوه امانی، اوراق بهادار، پرداخت های سرانه بومیان آمریکا یا وجوه امانی یا سایر موارد؟ اگر "بله"، قسمت زیر را کامل کنید:		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
فقط مورد استفاده بخش <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	نوع منبع شماره حساب/ بیمه نامه نام، آدرس بانک، و غیره ارزش کنونی	\$
10. آیا کودک دارای Medicare یا بیمه درمانی مانند Kaiser، CHAMPUS، Blue Cross و غیره می باشد که توسط "بله" <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> والدین یا کارفرمای والدین پرداخت می شوند؟ اگر "بله"، پوشش بیمه را فهرست کنید:		
11. اگر این کودک به عنوان یک فرد بزرگسال به بزهکاری متهم است، آیا این کودک درحال فرار از قانون برای احتراز از محکومیت، توقیف یا به زندان رفتن برای آن جرم یا بزهکاری یا تلاش برای انجام جرم است؟		
12. آیا دادگاه قضایی کودک را متهم به نقض مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط نموده است؟		
13. A. اگر شما می توانید کمک هزینه نقدی دریافت کنید، اعضای واجد شرایط خانواده شما که زیر 21 سال سن دارند، ممکن است بتوانند برخی آزمایش های سلامتی را از طریق برنامه بهداشت و درمان و پیشگیری از ناتوانی کودک (CHDP) انجام دهند.		
<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا می خواهید اطلاعات بیشتری در مورد خدمات CHDP کسب کنید؟ آیا می خواهید از خدمات مجانی پزشکی یا دندان پزشکی CHDP استفاده کنید؟ آیا برای گرفتن وقت ملاقات یا رفتن به مطب دکتر یا دندانپزشک به کمک نیاز دارید؟ B. آیا می خواهید مطالب بیشتری در مورد خدمات واکسیناسیون بدانید؟ C. آیا می خواهید مطالبی در مورد مشاوره در زمینه تبعیض، مواد مخدر/ الکل، هزینه های پزشکی گذشته و سایر نیازهای خاص بدانید؟ D. آیا کسی باردار است و نیاز دارد که یک پزشک پیدا کند، حمل و نقل پزشکی و سایر کمک ها دریافت کند؟ E. آیا کسی به کودک شیر می دهد؟ اگر "بله"، آیا تولد در 12 ماه گذشته بوده است؟ F. آیا شما می خواهید اطلاعات را از یک کلینیک برنامه ریزی خانواده دریافت کنید تا برای تعداد فرزندان خود برنامه ریزی کنید و از تولد فرزند ناخواسته جلوگیری کنید؟

گواهی

من آگاه هستم که:

- اگر من اطلاعات اشتباهی را ارائه دهم و یا همه اطلاعات یا وضعیت ها را عمداً عنوان نکنم، این امر شایستگی من و پرداخت کمک هزینه های مرا تحت تاثیر قرار می دهد. من ممکن است جریمه شوم یا به زندان فرستاده شوم، یا هر دو. من ممکن است تا \$10,000 برای کمک هزینه نقدی و \$250,000 برای CALFRESH جریمه شوم. من ممکن است تا 3 سال برای کمک هزینه و تا 20 سال برای CALFRESH به زندان فرستاده شوم. و مزایای کمک هزینه نقدی و CALFRESH می توانند برای مدت 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال، 10 سال، 20 سال و یا برای همیشه متوقف شوند؛ و برای کمک هزینه نقدی پناهنده (REFUGEE CASH ASSISTANCE)، 3 ماه و 6 ماه.
- ممکن است پرونده من برای اثبات واجد شرایط بودن مورد بررسی قرار بگیرد، و من می بایست کاملاً با پرسنل کانتی، ایالت، دولت در هر بررسی کنترل کیفیت همکاری کنم.

من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات موجود در این بیانیه حقایق صحیح، درست و کامل می باشد،

کسانی که باید این فرم را امضا کنند: برای کمک هزینه نقدی، شما و همسر دریافت کننده کمک شما، شریک زندگی محلی ثبت نام شده شما، و یا والد دیگر (فرزندان دریافت کننده کمک هزینه نقدی)، اگر در خانواده شما زندگی می کنند. برای CalFresh، یک عضو بزرگسال خانواده یا نماینده مجاز.

تاریخ	امضا خویشاوند سرپرست و یا عضو بزرگسال خانواده CALFRESH و یا نماینده مجاز
تاریخ	امضا همسر دریافت کننده کمک هزینه نقدی یا شریک زندگی محلی یا والد دیگر (فرزندان دریافت کننده کمک هزینه نقدی)، اگر در خانواده شما زندگی می کنند.
تاریخ	امضایشاهد، مترجم یا سایر افرادی که در حال پر کردن فرم هستند

فقط مورد استفاده بخش

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)	IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor	Date