

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
----	--------	--	------------------------------------

Work Registration/Exemption Codes:	CF:
WtW:	

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.
----------------	--------

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

 Verification provided

<input type="checkbox"/> Verification provided	<input type="checkbox"/> FC Income Counted on	CF Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP		

Income	(✓) if exempt		
Unearned	Earned	CA	CF

Verified:
<input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn Program
<input type="checkbox"/> CW 25
<input type="checkbox"/> QR 25A

CW 5 Date Initiated	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---------------------	--

CF: Honorable Discharge	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
-------------------------	--

بيان حالة لإضافة طفل تحت عمر 16 عامًا

(طلب تكميلي وطلب للحصول على الإعانة النقدية و/أو مزاييا (CalFresh))

التعليمات:

أولاً هذا النموذج الخاص بإضافة طفل جديد إلى منزلك ووقع القسم الخاص بالتصديق. وفي حال الحاجة إلى مساحة إضافية، قم بإرفاق ورقة أخرى. ويفضل استخدام نموذجًا واحدًا لكل طفل.

في حال الحصول على إعانة نقدية، وترغب في الحصول على إعانة لطفل جديد، يجب ملء هذا النموذج من قِبل الوالد/الوالدة أو الشريك المحلي بكاليفورنيا أو القريب البالغ الذي يرعى الطفل.

بالنسبة للأسر التي تتلقى مساعدات برنامج (CalFresh) التي لم تحصل على مساعدات نقدية أو ترغب في الحصول عليها يجب عليهم ملء هذا النموذج من خلال عضو بالغ بالأسرة أو ممثل مخول.

1. اسم الوالد أو القريب الذي يرعى الطفل

الهاتف

()

2. قم بتقديم جميع الحقائق الخاصة بهذا الطفل.

اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)

اسم الوالد أو القريب الذي يرعى الطفل

رقم الضمان الاجتماعي

الجنس (✓)

 أنثى ذكر

محل الميلاد (المدنية، الولاية، الدولة)

تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)

كنيف أو أصم أو معاق

 نعم لا

نوع المساعدة المطلوبة (✓)

CalFresh إعانة نقدية

حالة المواطن/الأجنبي (✓)

مواطن/مجنى أمريكي مواطن نعم لاأجنبي: المكفول

درجة القرابة بالنسبة لتقديم الطلب أو للقريب الذي يرعى الطفل

إذا كان الطفل أقل من 6 سنوات، فهل حقن التطعيم حديثة؟

 نعم لا

أكثر من 6 سنوات

3. هل هو طفل بالتبني؟

A. هل تم وضع الطفل في منزلك بناء على أمر المحكمة؟

B. هل تريد احتساب دخل الرعاية التربوية والطفل ضمن حالة (CalFresh)؟

C. هل الطفل مسجل في خطة الرعاية الصحية؟

4. هل حصل الطفل على إعانة نقدية أو مزاييا برنامج (CalFresh) هذا الشهر؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل أدناه:

نوع المساعدة

المكان (المقاطعة/الولاية)

مساعدة نقدية CalFresh

5. هل حصل الطفل أو من المتوقع أن يحصل على أي دخل مثل: الأرباح والمبلغ التكميلي للولاية/دخل الضمان التكميلي

(SSI/SSP) ومزاييا الضمان الاجتماعي ودعم الطفل ومبلغ رعاية التبني ومزاييا العسكريين وهكذا. في حال كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:

نوع الدخل

المبلغ (قبل الخصم إن وجد)

الوقت

مدى التكرار

هل سيستمر هذا الدخل؟ نعم لا في حال كانت الإجابة "لا"، اشرح أي تغييرات معروفة:

6. A. هل الطفلة حامل أو والدة في سن المراهقة؟

في حال كانت الإجابة "نعم"، حدد (✓) الحالة: حامل والدة في سن المراهقة لا

المؤهل الدراسي، حدد (✓)

 حاصل على الشهادة الثانوية يدرس حالياً حاصل على GED غير ذلك (الشرح): لم يلتحق بمدرسة (الشرح):

B. هل تلقى الطفل منحة نقدية أو عقوبة أو مساعدة فيما يتعلق برعاية الطفل أو المواصلات وغير ذلك من برنامج (Cal-Learn)؟

في حال كانت الإجابة "نعم"، أكمل أدناه:

المكان (المقاطعة)

تاريخ الاستلام

7. هل هل التحقق الوالدان أو أحدهما بالعسكرية الأمريكية؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل أدناه:

اسم الوالد:

والد مواطن أمريكي نعم لا

فرع الخدمة

تواريخ الخدمة

الحصول على قنوة حسنة نعم لا

8. أكمل أدناه في حال رغبتك في الحصول على مزاييا (CalFresh) لهذا الطفل مع كونه ليس مواطناً أمريكياً.

A. ما إجمالي عدد السنوات التي قضاها هذا الطفل و/أو والديه في الولايات المتحدة؟

B. أثناء العيش في الولايات المتحدة، كم عدد السنوات التي اكتسب خلالها هذا الطفل و/أو والديه المال من خلال العمل في الولايات المتحدة؟

C. أثناء العمل خارج الولايات المتحدة، كم إجمالي السنوات التي عمل خلالها هذا الطفل و/أو والديه في الولايات المتحدة أو لدى شركة أمريكية؟

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط		9. هل لدى الطفل أي ممتلكات أو موارد مثل: نقود أو أرض أو حسابات بنكية أو صناديق ائتمانية أو سندات ادخار أو مبالغ لكل فرد أمريكي الأصل أو صناديق ائتمانية أو أشياء غير ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم" أكمل ما يلي:	
<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 المورد	رقم البوليصة/الحساب
		اسم البنك وعنوانه وما إلى ذلك	القيمة الحالية
			\$
10. هل يحصل الطفل على مزاييا برنامج Medicare أو يتمتع بتأمين صحي، مثل برنامج (Blue Cross) أو Kaiser أو CHAMPUS وما إلى ذلك، والذي يتم دفعه من قبل الوالد أو صاحب العمل الذي يعمل لديه الوالد؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، قم بإدخال التغطية التأمينية:		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
11. هل تم إدانة الطفل باعتباره بالغ قد ارتكب جريمة أو هل يسعى الطفل للهروب أو الاختفاء لتجنب الاعتقال أو الحبس الاحتياطي أو السجن لجريمة ارتكبتها أو شرع في ارتكابها؟		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
12. هل تم اتهام الطفل من قبل المحكمة بانتهاك الإداة مع وقف العقوبة إطلاق السراح المشروط؟		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
13. A. في حال تلقي الإعانة النقدية، يمكن أن يحصل الأعضاء المؤهلين بالأسرة تحت عمر 21 على فحوصات صحية من خلال برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP). • هل ترغب في معرفة المزيد من الحقائق بشأن خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP)؟ • هل ترغب في الحصول على خدمات مجانية لعلاج الأسنان أو لبرنامج (CHDP)؟ • هل ترغب في الحصول على المساعدة في تحديد موعد أو الذهاب إلى طبيب أو طبيب أسنان؟ B. هل ترغب في الاطلاع على المزيد من المعلومات حول خدمات التطعيم؟ C. هل ترغب في الاطلاع على المعلومات حول عدم التمييز وتقديم الاستشارات لعلاج إدمان المخدرات/الكحوليات والنفقات الطبية السابقة والاحتياجات الخاصة الأخرى؟ D. هل هناك أي امرأة حامل تحتاج إلى طبيب أو وسيلة نقل طبية و/أو أي مساعدة أخرى؟ E. هل هناك أي واحدة ترضع طفلاً؟ إذا كانت الإجابة "نعم" هل كانت الولادة خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ F. هل ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات أو الخدمات من عيادة تنظيم الأسرة لمساعدتك في تنظيم حجم أسرتك ومنع الحمل غير المقصود؟		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
<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:			

تصديق

إنني أقر بما يلي:

- في حال تعمد تقديم معلومات خاطئة أو التفسير في تقديم كافة المعلومات أو الحالات من أجل التأثير على الأهلية ومبالغ المساعدة، فإنني أخضع لعقوبة الغرامة أو الحبس/السجن أو كلاً كليهما. ويبلغ مقدار الغرامة \$10,000 نظير برنامج المساعدات النقدية و\$250,000 نظير برنامج (CalFresh). السجن/الحبس لمدة 3 سنوات نظير برنامج المساعدات النقدية و20 سنة نظير برنامج (CalFresh). فضلاً عن إيقاف برنامج الإعانة النقدية وبرنامج (CalFresh) لمدة 6 أشهر أو 12 شهراً أو سنتين أو 4 سنوات أو 5 سنوات أو 10 سنوات أو 20 سنة أو للأبد؛ وبالنسبة للمساعدة الطبية للاجئين، يمتد الإيقاف لمدة 3 أشهر و6 أشهر.
- يمكن اختيار حالتي لمراجعتها لإثبات الأهلية؛ كما يتوجب عليّ التعاون بشكل كامل مع الموظفين الفيدراليين أو التابعين للولاية أو المقاطعة خلال أي عملية من عمليات مراقبة الجودة.

أتعهد تحت عقوبة شهادة الزور وبموجب قوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن الحقائق الواردة في هذا التقرير صحيحة وحقيقية وكاملة.

من يتعين عليه توقيع هذا النموذج: بالنسبة للإعانة النقدية، أنت وزوجك المستحق للإعانة أو الشريك المحلي المسجل أو والد/والدة (للأطفال المستحقين الإعانة النقدية)، في حال العيش في المنزل. بالنسبة لبرنامج (CalFresh)، عضو بالغ بالأسرة أو ممثل مأخوذ.

التاريخ	توقيع قريب يرعى الطفل و/أو عضو بالغ بالأسرة يتلقى مساعدات برنامج (CALFRESH) أو ممثل مأخوذ
التاريخ	توقيع زوج يتلقى إعانة نقدية أو شريك محلي أو والد/والدة (للطفل المستحق الإعانة النقدية) في حال العيش في المنزل
التاريخ	توقيع شاهد البصمة أو المترجم أو الشخص الذي يكمل النموذج

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط

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