

增加一位16歲以下孩子的事實聲明

(現金補助和/或CalFresh附加申請請求表)

說明:

請為家中新加入的孩子填寫這份表格,並且在證明部份簽名.你若需要更多篇幅,請附上另一頁紙.請為每一位孩子使用一份表格.

假如你領取現金補助,並且你為孩子要求補助,這份表格必須由父母或加州同性伴侶或成人照看親屬填寫.

對CalFresh家庭不領取或不要求領取現金補助,這份表格必須由家庭成年人成員或授權代表填寫.

孩子需要補助是因為父母

(✓) 下面

家庭	體弱	不健康	失業
----	----	-----	----

1. 父母或照看親屬姓名

電話

2. 提供我們這孩子的一切情況.

孩子姓名 (名, 中間名, 姓)

父母或照看親屬姓名

社會保險號碼

性別 (✓)

 男 女

其他父母姓名

出生地點 (市/州/國家)

出生日期 (月, 日, 年)

失明, 失聰, 或殘障

 是 否

要求補助的類型 (✓)

 現金補助 CalFresh

公民/非公民身份 (✓)

 美國公民/國民 非公民: 受擔保的 是 否

與申請者或孩子照看親屬的關係

如果孩子是6歲以下, 有否最新的免疫注射?

 是 否 不是6歲以下**3. 這孩子是否一個領養小孩?** 是 否

A. 孩子寄養照看在你家是因為法庭的撫養命令嗎?

 是 否

B. 你需要把寄養孩子以及他們的寄養照看收入包括在CalFresh案件中嗎?

 是 否

C. 寄養孩子已經登記在一個保健計劃?

 是 否**4. 孩子是否在本月領取過現金補助或CalFresh?** 是 否

如果“是”, 請填寫下面:

補助類型

地點 (郡, 州)

 現金補助 CalFresh**5. 孩子是否得到或預期得到任何收入, 例如:** 是 否

賺得收入, 保險補助金/州政府補助計劃 (SSI/SSP), 社會保險福利金, 子女撫養費, 寄養付款, 退役軍人福利金等. 如果“是”, 請填寫下面:

收入類型

金額 (假如有的話, 在扣除前)

何時

多久一次

\$

這收入會繼續嗎? 是 否 如果“否”, 請解釋任何已知的原因?**6. A. 孩子是否懷孕, 或者是十幾歲的青少年父母** 是 否如果“是”, 請勾畫(✓)狀況: 懷孕 十幾歲的青少年

上學狀況 勾畫(✓)

 擁有中學畢業文憑

擁有一般教育發展 (GED)

在上學 (請解釋):

 目前正在上學

其它 (請解釋):

B. 這孩子曾否從加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃 (Cal-Learn) 得到現金紅利或處分, 或得到托兒照看, 交通等的幫助? 是 否

如果“是”, 請填寫下面:

地點 (郡)

收到日期

7. 孩子的父母在美國 (US) 軍方服役過嗎? 是 否

如果“是”, 請填寫下面:

父母姓名

父母是美國公民

服務部門

服務日期

光榮退休

 是 否 是 否**8. 如果你為這個孩子要求CalFresh時, 孩子不是美國公民, 請填寫下面.**

A. 孩子和他/她的父母住在美國共有多少年?

B. 當住在美國時, 孩子和/或孩子的父母在美國工作賺錢總共有多少年?

C. 當不住在美國時, 孩子和/或孩子的父母在美國為美國公司總共有多少年?

郡政府專欄

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:

WtW: _____ CF: _____

 VERIF: Blind/Deaf/Disabled
 SSN Citizen SAVE
 Eligible Noncitizen Immun.

Alien Reg. No. _____

D.O.E. _____

 3A. Request dependency order
 3B. CA and FC Elig/CR Chooses:
 Child: CA CF
 CR: CA None Kin-GAP
 3C. Medi-Cal Fee for Service
 Verification provided
 Verification provided
 FC Income Counted on
 CF Case YES NO
 CA Eligible for Higher MAP
 Income if exempt

Unearned	Earned	CA	CF
----------	--------	----	----

 Verified:
 Referred to Cal-Learn
 Program
 CW 25
 QR 25A

 CW 5 YES NO
 Date Initiated _____

 CF: Honorable Discharge YES NO

9. 孩子是否擁有任何財產或資產, 如: 現金, 土地, 銀行帳戶, 信託基金, 公債券, 美洲土著計劃按人口付款或信託基金, 或是其它的項目? 如果“是”, 請填寫下面:				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		郡政府專欄	
資產類型	帳戶/保單號碼	銀行名稱, 地址等	目前價值			<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	
			\$			<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
10. 孩子是否有醫療保險或健康保險, 如 Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS 等。這是由父母或父母的僱主支付? 如果“是”, 列出保險付費項目:				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
11. 如果孩子曾作為一個成年人被指控重罪, 孩子是否在藏匿或逃避法律, 以避免因此重罪的起訴, 被羈押, 或去坐牢因為此重罪或企圖犯的重罪?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
12. 孩子有否被法院裁定是違反緩刑或假釋?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
13. A. 假如你可以領取現金補助, 你家中 21 歲以下的合格成員或許能夠通過兒童健康和殘障防治計劃 (CHDP) 得到某些健康檢查.				是	否	<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:	
• 你需要更多有關 CHDP 服務的資料嗎?							
• 你需要免費的 CHDP 醫療或牙科服務嗎?							
• 你需要幫助你預約或者聯絡到醫生或牙醫嗎?							
B. 你需要更多有關疫苗注射服務的資料嗎?							
C. 你需要有關無歧視的資料, 酗酒/吸毒輔導, 以前的醫藥花費, 以及其它的幫助嗎?							
D. 有任何懷孕需要找醫生, 得到醫療方面的交通, 和/或其它的幫助嗎?							
E. 有任何人在哺乳嬰孩嗎? 如果“是”, 嬰孩是在過去三個月內出生的嗎?							
F. 你是否向家庭計劃診所要求得到一些資料或服務以幫助你計劃你的家庭人數並防止不打算有的懷孕?							

證明

- 我瞭解:**
- 假如我錯報或故意不報一切會影響我資格和補助付款的事實或情況的話, 我會被罰款, 坐牢/監禁, 或者兩者俱罰。對現金補助, 我會被罰款高至 \$10,000, 對 CalFresh, 則 \$250,000。對現金補助, 我會被送坐牢/監禁長達三年, 對 CalFresh, 則長達二十年, 並且現金補助和 CalFresh 福利會停發六個月, 十二個月, 兩年, 五年, 十年, 二十年, 或者永遠停發; 對難民現金補助, 則停發三個月和六個月。
 - 我的案件可以被抽到作覆查以證實我的資格; 並且我在質量管理覆查中, 必須全力與郡政府, 州政府和聯邦人員合作。
- 我所提供的資料會被當地政府, 州政府和聯邦政府人員作核對。
 - 郡政府將把資料寄給移民歸化局(USCIS)以獲得移民身份證明。
 - 郡政府從 USCIS 獲得的資料可能會影響領取現金補助或 CalFresh 的資格。
 - 我所提供的事實會與稅務, 福利, 就業機構, 學區和社會保險局核實, 以證實孩子領取現金補助和/或 CalFresh 的資格, 並證實我在領取正確金額的現金補助和/或 CalFresh。社會保險號碼會和執法機構作核對, 是否有遞捕令的記錄片。

我願意承受美國法律和加州法律對偽誓作懲罰下聲明, 在這份事實陳述表上所寫的資料是真實, 正確和全面的。

誰必須簽署這份表格: **現金補助**, 你和你的受補助配偶, 已登記的同居伴侶, 或是另外一位的父母。受補助孩子(受補助的孩子), 如果居住在同一家中。
CalFresh, 成人家庭成員或授權代表。

照看親屬和/或成人 CalFresh 家庭成員或授權代表的簽名	日期
受現金補助配偶, 或已登記的同居伴侶, 或是另外一位的父母(受現金補助孩子的父母), 如果住在同一家中, 的簽名	日期
劃記號證人, 翻譯員或其他填寫表格人的簽名	日期

郡政府專欄

<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		