


**CALFRESH** (加州補充營養援助計劃) 、現金補助和/  或**MEDI-CAL** (加州醫療補助計劃) /醫療保健計劃申請 

如果您身有殘障或需要申請方面的幫助，請告知郡福利所（郡政府），會有人為您提供幫助。

如果您首選說、讀或寫英語之外的其+他語言，郡政府將會免費為您安排人員提供幫助。

**我如何申請？**

如果您正在申請糧食補助 (CalFresh)、現金補助(加州工作機會並對孩子負責任計劃、難民現金援助，一般援助或一般救濟)，Medi-Cal和/或其他醫療保健計劃，請使用本申請表。如果您僅想要申請 CalFresh，您可以向郡政府索取僅針對 CalFresh 的申請表。CalFresh 是一項糧食補助計劃，旨在幫助您支付購買家庭食物所需的費用。如果您僅想要申請醫療保健，您可以向郡政府索取僅針對醫療保健的申請。醫療保健包括：Medi-Cal 的低成本保險；可負擔的私人醫療保險；或者可幫助您支付健康保險保費的稅收抵免額。如果您僅申請醫療保健，請勿使用本申請。郡政府可能有另外的一般援助或一般救濟的申請書。請向你的郡詢問以去確定。

您還可以登入網站 <http://www.benefitscal.org/>，線上申請這些計劃。

- 如果您可以，完整填寫申請表。您必須至少向郡政府提供您的姓名、地址和簽名（申請表上第 1 頁的問題 1）才能開始 CalFresh 申請程序。對於現金補助，您必須填寫申請表第 1 頁和第 2 頁的問題 1 至 5 並簽署姓名才能開始申請流程。請向郡政府查詢那些問題是一般援助或一般救濟申請必須填寫才可開始申請程序。
- 每項計劃都有標誌顯示出哪些問題與哪些計劃相關（顯示於本頁面頂部）。現金補助的標誌是美元符號；CalFresh 的標誌是購物車；健康保險的標誌是救護車。舉例來說，如果您並未申請現金補助，您就無需回答標有美元符號的問題。
- 親自或以郵件、傳真或網路方式將申請遞交給郡政府。
- 郡政府給予您是否能夠享受福利之答案的起始日期從其收到您的簽名申請之日起開始計算。如果您身處社會公共機構，那麼該日期從您離開機構之日起開始計算。

**接下來我該做什麼？**

- 在簽署申請前閱讀您的權利和義務（計劃規則頁）。
- 您必須同郡政府相關人員面談，以討論您的申請。如果您身有殘障，我們可以另行安排。
- 如果您沒有填寫全部申請，您可以在面談過程中完成填寫。
- 您將需要提供自身的收入、開支和其他事實證明，以查看您是否符合條件。

**需要多長時間？**

處理您的 CalFresh 申請可能需要至多 30 天的時間。處理現金補助和 Medi-Cal 申請可能需要至多 45 天。如果您有緊急情況，請詢問郡政府如何立即獲取您的福利或醫療保健。

下列情形下，您可能在 3 個日曆日內獲得 CalFresh 福利：

- 您的家庭月總收入（扣除前收入）少於 \$150 並且您的手存現金或支票或儲蓄帳戶的餘額少於 \$100；或者
- 您的家庭住房費用（租金/房屋貸款和公用事業服務費）大於您的月總收入及支票或儲蓄帳戶存款金額總和；或者
- 您是支票或儲蓄帳戶存款金額少於 \$100 的移民或季節性農業工人家庭，並且 1) 您的收入中止，或 2) 您的收入已經開始但您預期在未來的 10 天內不會獲得超過 \$25 的收入。

關於現金補助，您可能在下列情形下立即獲得補助：

- 您無家可歸或者被下達驅逐通知或支付租金或搬家通知；或者
- 您的食物將在三日內吃完；或者
- 您的公用事業服務已經或將被切斷；或者
- 您沒有足夠的衣服或尿布；或者
- 您出現了對健康和 safety 至關重要的另一種緊急情況。

**資訊頁面 – 請取一份存檔。**

如要幫助郡政府瞭解您是否可以更快地獲得福利，請回答問題 1、6 至 9、15 和 24，並連同本申請提交您的身份證明（如果您有）。請向郡政府查詢一般援助或一般救濟需要多長時間去申請和有關任何特殊規則令您更快獲得福利。

郡政府將會向您發送一封信告訴您家庭所申請的福利將獲得批准還是被拒絕。

我的面談需要哪些準備？

為避免延誤，請將下列條目的證明帶至您的面談。即使您沒有證明，也要參加面談。如果您需要獲取證明方面的幫助，郡政府可能會提供幫助。在，面談過程中，郡政府將審查申請中的資訊並向您提問，以瞭解您是否可

#### 獲取福利所需的證明

- 身份證明（駕駛執照、州身份證、護照）。
- 申請現金補助之每個人的出生證明。
- 居住地證明（租賃合同、列有您地址的當前帳單）。
- 申請補助之每個人的社會保險號碼（參見下方關於某些非公民的注釋）。
- 您的家庭所有成員的銀行存款（近期銀行結單）。
- 過去 30 天內您的家庭所有成員的賺得收入（近期工資單、僱主出具的工作說明）。注：如果您自己是僱主，請提供您的收支或完稅記錄。
- 非賺得收入（失業福利金、SSI、社會保險、退役軍人福利、子女撫養費、工傷賠償金、學校授款或貸款和租金收入等）。
- 僅針對申請福利之合法非公民的合法移民身份（外僑登記卡、簽證）。

注：由於家庭暴力、犯罪起訴或販賣人口而申請移民身份的某些非公民可能不需要此證明。他們也可能不需要社會保險號碼。

#### 獲取更多 CalFresh 福利所需的證明

- 住房費用（租金收據、房屋貸款帳單、財產稅帳單、保險單據）。
- 電話和公用事業服務費。
- 家庭中年長者（60 歲或以上）或殘障者的醫療費用。
- 因某人工作、找工作、參加培訓或上學或參與必需的工作活動而產生的兒童和成人照護費用。
- 您的家庭成員所支付的子女撫養費。

#### 健康保險所需的其他證明

- 任何適用於您的家庭且與工作相關的健康保險之資訊。
- 任何當前健康保險的保單號碼。

#### 現金補助所需的其他證明

- 六歲或六歲以下兒童的免疫接種證明。
- 您或您代替申請福利之人擁有車輛的車輛註冊證明。

如果我無家可歸會怎麼樣？

如果您無家可歸，請立即告知郡政府，以便其幫助您找出可以利用的、用於接受您的申請並且從郡政府獲取有關您的案件之通知的地址。對於 CalFresh 和現金補助來說，無家可歸意味著您：

- A. 居住在監督式避難所、過渡性治療所或類似地方。
- B. 連續居住在其他人或親屬家中不超過 90 天。
- C. 睡覺地點不為睡覺而設計或通常不用作睡覺地點（走廊、巴士車站、大廳或類似地點）。

資訊頁面 – 請取一份存檔。

---

---

## 權利和義務

### 您有義務：

- 向郡政府提供確定您資格所需的全部資訊。
- 在需要時向郡政府提供您所擁有的資訊之證明。
- 根據要求報告變化。郡政府會告知您有關報告內容、時間和方式的資訊。對於 CalFresh 和現金補助來說，如果您不符合您的家庭報告要求，那麼您的案件可能會終止或者您的福利可能會減少或停止。
- 搜尋、獲得並保持一份工作或參與其他活動，如果郡政府告知您的案件要求如此。
- 如果您的案件被選中接受審查或調查以確保您的資格和福利水準的正確計算，請全力配合郡、州或聯邦政府的工作人員。未能配合此類審查將導致您喪失福利。
- 返還任何您沒有資格獲得的現金補助或 CalFresh 福利。

### 您有權利：

- 交上一份僅提供您的姓名、地址和簽名的 CalFresh 申請。
  - 如果您有需要，要求州政府免費提供譯員。
  - 要求提供給郡政府的資訊獲得保密處理，除非該資訊與郡計劃的管理直接相關。
  - 在郡政府判定資格前隨時撤銷您的申請。
  - 尋求幫助以填寫您的申請或者獲得您需要的證明，並且得到規則的解釋。
  - 獲得禮貌、周到和尊重的對待，不受歧視。
  - 如果您有資格獲得加速服務，在 3 日內獲得 CalFresh 福利。
  - 如果您具備享受緊急需要服務的資格，在一日內獲得現金補助。
  - 在申請時於合理的時間內接受郡政府的面談，並且在 30 日內確定您的 CalFresh 資格、在 45 日內確定您的現金補助和 Medi-Cal 資格。
  - 在向郡政府提供確定資格所需的證明時獲得至少 10 天的期限。
  - 在郡政府減少或停止您的 CalFresh 或現金補助福利前至少 10 天獲得書面通知。
  - 與郡政府討論您的案件並在您要求時審查您的案件。
  - 如果您不同意郡政府對您的案件的決定，在 90 天內要求州聽證。如果您在對案件採取行動之前要求聽證，您的福利將在進行聽證之前或證明期結束前（以較早時間為準）保持不變。您可以要求郡政府在聽證後改變您的福利，以避免償還任何多付的福利。如果行政法官判決您勝訴，郡政府將歸還您任何削減的福利。
  - 撥打免費電話 **1-800-952-5253** 瞭解您的聽證權利或法律援助推薦，使用 TDD（聾者電傳機）的聽力或言語障礙人士請撥打 **1-800-952-8349**。您可以從當地的法律援助或福利權辦公室獲得免費的法律援助。
  - 如果您不想單獨前往聽證會，帶一位朋友或其他人一同前往。
  - 從郡政府獲得幫助，以註冊投票。
  - 報告您無需報告的變化，如果這些變化可能會增加您的 CalFresh 福利或現金補助。
  - 提供可能幫助您獲得更多 CalFresh 福利的家庭開支證明。未向郡政府提供證明等於表示您沒有這項開支並且您將無法獲得更多的 CalFresh 福利。
  - 如果您想讓其他人使用您的 CalFresh 福利用於您的家庭或幫助您的 CalFresh 案件（授權代表），請告知郡政府。
- 您還給予 Medi-Cal 機構從配偶或父母處尋求並獲取醫療援助的權利。如果您認為合作獲取醫療援助將損害您或您的子女，您可以告知 Medi-Cal 機構並且您可以選擇不予合作。

**請取一份存檔。**

## 計劃規則和懲罰

如果您因試圖獲取本沒有資格獲得的 CalFresh、現金補助和 Medi-Cal，或者因幫助他人獲得其本沒有資格享受的福利而故意提供虛假或錯誤資訊或未提供完整資訊，那麼您的行為將構成犯罪。您必須償還您沒有資格享受的任何福利。如果您故意如此行事並且獲得您本沒有資格享受的福利超過 \$950，那麼您將被以重罪指控。

### 關於 CalFresh：我瞭解，從事下列任何行為，都將構成雇員違反計劃：

- 隱瞞資訊或作虛假陳述
- 使用屬於他人的電子福利轉帳 (EBT) 卡或讓他人使用我的 EBT 卡
- 使用 CalFresh 福利購買酒類或煙草
- 交易、銷售或送贈 CalFresh 福利或 EBT 卡
- 將 CalFresh 福利用於交易違禁藥品，例如毒品
- 提供虛假的個人身份和居住位址資訊，以便我能夠獲得額外的 CalFresh 福利
- 因交易或銷售價值超過 \$500 的 CalFresh 福利，或用 CalFresh 福利交換火器、彈藥或爆炸物而被定罪

### 我可能……

- 因第一次違反規定而喪失 12 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 因第二次違反規定而喪失 24 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 因第三次違反規定而永久喪失 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 接受最多 \$250,000 的罰款、入獄至多 20 年，或兩種處罰皆有
- 第一次違反規定，喪失 24 個月的 CalFresh 福利
- 第二次違反規定，永久喪失 CalFresh 福利
- 每次違反規定，喪失 10 年的 CalFresh 福利
- 永久喪失 CalFresh 福利。

### 關於現金補助，我瞭解如果我……

- 因故意違反計劃而被定罪
- 未遵守現金補助規定
- 因實施某些類型的欺詐而被法院或行政聽證定罪

### 我可能……

- 喪失我的現金補助
- 接受高達 \$10,000 的罰款和/或被判入獄 5 年
- 喪失現金補助 6 個月、12 個月、2 年、4 年、5 年或永久。

## 非公民重要資訊

- 您可以為符合條件的人申請並獲得 CalFresh 福利，現金補助，或符合保健資格的人，即使您的家庭包含不符合資格的其他人。舉例來說，移民父母可以為其美國公民子女或符合條件的移民子女申請 CalFresh 福利，現金補助，或保健，即使父母本身並不具備資格。
- 獲得食品福利將不會影響您或您的家庭之移民身份。移民資訊是私有且保密的。
- 符合條件並申請福利之非公民的移民身份將向美國公民及移民服務局 (USCIS) 進行核查。聯邦法律規定，USCIS 不得將此類資訊用於欺詐案件以外的任何用途。

## 退出

您無需提供未申請福利的任何非公民家庭成員的移民資訊、社會保險號碼或文件。郡政府需要知道他們的收入和資源資訊，以正確地決定您的家庭福利。郡政府將不會針對未申請福利的個人聯絡 USCIS。

## 使用社會保險號碼 (SSN)

**CalFresh 和現金補助：**申請 CalFresh 福利或現金補助的每個人都需要提供社會保險號碼 (SSN)，如有，或者提供您已申請 SSN 的證明（例如來自社會保險辦公室的信函）。我們可以拒絕您或任何未向我們提供 SSN 的您的家庭成員。一些人無需提供 SSN 即可獲得幫助，例如家庭暴力的受害者、犯罪控方證人和人口販賣受害者。

**健康保險/Medi-Cal：**如果您想要健康保險並且擁有 SSN，我們需要您的 SSN。即使您不需要健康保險，提供您的 SSN 也可發揮助益，因為它可加速您的申請流程。我們利用 SSN 核查您的收入和其他資訊，以檢查誰有資格獲得健康保險費用方面的幫助。如果某人需要獲取 SSN 方面的幫助，請致電 1-800-772-1213 或造訪網站：[www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

## 超額發放

這表明您獲得的 CalFresh 福利多於您應得的福利。即使這種情形的出現是由於郡政府的失誤或並非故意，您也需要返還多餘的福利。您的福利可能會被減少或停止。您的 SSN 可用於透過法庭、其他代收欠款公司或聯邦政府催款行動收回所欠的福利金額。

**請取一份存檔。**

---

---

## 超額付款

這表明您獲得的現金補助多於您應得的數額。同 CalFresh 福利一樣，即使這種情形的出現是由於郡政府的失誤或並非故意，您也需要返還多餘的補助。您的現金補助可能會被減少或停止。您的 SSN 可用於透過法庭、其他代收欠款公司或聯邦政府催款行動收回所欠的福利金額。

## 報告

獲得福利的每個家庭都必須報告某些變化。您所在的郡政府將告知您哪些變化需要報告以及報告的方式和時間。未能報告變化可能導致您的福利減少或停止。如果發生可能增加您的福利的事情，例如收入減少，您也可以報告。

## 州聽證

如果您不同意針對您的申請或正在持續的福利所採取的任何行動，您有權利申請州聽證。您可以在郡政府採取行動後的 90 日內申請州聽證，並且您必須說明想要舉行聽證的原因。您從郡政府處獲得的批准或拒絕通知將包含如何請求上訴的資訊。如果您在此類行動發生前請求聽證，您可以在決定作出前保持原來的現金補助和 CalFresh 福利。

## 隱私法案和透露

您在申請中提供了個人資訊。郡政府將利用此資訊來查看您是否有資格享受福利。如果您不提供資訊，郡政府可能會拒絕您的申請。您有權利審查、更改或修正您提供給郡政府的任何資訊。郡政府不會向其他人顯示或提供您的資訊，除非您給予他人許可或聯邦和州法律允許他人如此行事。郡政府將透過電腦匹配程式來驗證此資訊，包括收入和收益審核系統 (IEVS)。此資訊將用於監控對程式規則的合規並用於程式管理。郡政府可能會與其他聯邦和州政府機構共用此資訊以實施正式審查，與執法官員共用此資訊以逮捕逃避法律懲罰的人員，與私人索賠催收機構共用此資訊以採取索賠催收行動。郡政府可能聯絡 USCIS，從而核查申請福利之家庭成員的移民身份。郡政府從此類機構獲得的資訊可能會影響您的資格和福利水準。

郡政府將使用您的申請中所包含的資訊來核查您獲得健康保險費用援助的資格。郡政府將使用州和聯邦電子資料庫以及國稅局 (IRS)、社會保險局、國土安全局和/或消費者報告機構的資料來核查您的回答。如果資訊不匹配，郡政府可能會要求您發送證明。

## 非歧視

州和郡政府政策規定，所有的人都應獲得平等對待，並被給予尊重和尊嚴。聯邦法律和美國農業部 (USDA) 政策規定，嚴禁基於種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障的歧視。

如要針對歧視行為提交投訴，請聯絡您所在郡的公民權利協調人，或者寫信或致電 USDA 或加州社會服務處 (CDSS)：

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

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

USDA 是給予均等機會的僱主。

## CalFresh 工作規則

郡政府可能會將您指派到一個工作計劃。他們會告訴您參加工作計劃是自願行為還是強制行為。如果您有強制的工作活動但卻未完成，那麼您的福利可能會減少或停止。

如果您於近期辭職，那麼您可能不具備享受 CalFresh 的資格。

**請取一份存檔。**

---

---

## CalWORKs (加州工作機會並對孩子負責任計劃) 工作規則 (引至工作的福利計劃)

如果您獲得現金補助，則必須參加「引至工作的福利計劃」(WTW)，除非您獲得豁免。郡政府將會告訴您是否獲得 WTW 的豁免。如果您不完成分配的活動，那麼您的現金補助可能會減少或停止。

### CalWORKs – 指紋識別/照片成像

所有符合現金補助資格的成年家庭成員都必須接受指紋識別/照片成像。如果必須配合此類規定的任何人不接受指紋識別/照片成像，那麼整個家庭都不會被發放任何福利。指紋識別/照片成像係保密資訊，它僅可用於防止或起訴福利欺詐。

### 我如何獲得/使用我的福利？

#### CalFresh 和現金補助：

- 郡政府將郵寄或給您一張塑膠的電子福利轉帳 (EBT) 卡。您的福利獲得批准後，福利將匯入您的卡中。請在獲取卡時於卡片簽名。您將建立一個個人識別號碼 (PIN)，以便從 ATM 取現或購買食物和/或其他物品。
- 如果您的 EBT 卡丟失、被盜、損毀或是您認為其他人可能知道您的 PIN 碼以致於您不想使用自己的福利，請立即撥打 (877) 328-9677 或致電郡政府報告情況並更改您的 PIN 碼。確保所有可靠的成年人和您的授權代表同樣知道如何立即報告以上任何問題。您在報告 EBT 卡或 PIN 丟失或被盜前從帳戶提取的任何福利都將不會補發。
- 您還可以使用您的 CalFresh 福利購買幾乎任何食物，以及自己種植食物的種子和植物。您不得購買酒類、煙草、寵物食品、一些種類的熟食或非食物的任何物品（如牙膏、香皂或紙巾）。
- 大部分食品雜貨店和其他銷售食品的場所都接受 CalFresh 福利。現金補助可用於大部分商店和大部分 ATM。一些 ATM 可能會收取費用。如果您在三次提款後使用 ATM 取現，您可能需要交納費用。如要獲取您家附近接受 EBT 的場所清單，請登入：<https://www.ebt.ca.gov> 或 <https://www.snapfresh.org>。您還可以找到無需付費的取現地點。
- CalFresh 福利僅供您和您的家庭成員使用。您的現金補助僅供您和獲准享受現金補助的家庭成員使用。您的現金補助旨在幫助您的家庭滿足基本需要（住房、食物和衣物等）。保持您的福利安全。**切勿洩露您的 PIN 密碼。請勿將您的 PIN 密碼與 EBT 卡放在一起。**
- 您、您的家庭成員、授權代表或您自願對其提供 EBT 卡和 PIN 的任何人都將被視為已獲得您的批准，並且從您的帳戶提取的任何福利都不會補發。

#### Medi-Cal 和醫療保健：

- 關於 Medi-Cal，您將獲得福利辨認卡 (BIC)。
  - 在您獲取 BIC 時於卡片上簽名，並僅將其用於獲取必要的醫療保健服務。
  - 切勿丟棄您的 BIC（除非我們給你一張新的 BIC）。即使您停止獲得 Medi-Cal，您也需要保留 BIC。如果您再次獲取現金補助或 Medi-Cal，您可以使用同一張 BIC。
  - 在您或您的家庭成員生病或約診時將 BIC 提供給您的醫護人員。
  - 在緊急情況發生後，儘快將 BIC 提供給於緊急情形下為您或您的家庭成員治療的醫護人員。
- 對於其他的醫療保健計劃，您將從特定的保險公司獲得一張健康保險計劃卡。

#### 一般援助和一般救濟：

- 一般援助和一般救濟是郡政府給沒有子女的成年人經營的一個計劃。如果你正在申請這些項目中的一個，郡政府將讓告訴您有關您的權利責任，和程序規則。

---

---

請取一份存檔。

請使用易於辨認並最方便拷貝的黑色或藍色墨水。請以正楷書寫您的答案。

如果您需要更多空白來回答問題，請附上紙張提供資訊。請確保在隨附的紙張上標示您回答的問題。

 <b>1. 申請者資訊</b>	
姓名 (名字、中間名、姓氏) _____ 其他姓名 (娘家姓、昵稱等) _____ 社會保險號碼 (如果您有並且正在申請福利) _____	
家庭地址或您家的方位 _____ 公寓號 # _____ 城市 _____ 郡 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____	郵寄地址 (如果與上述位址不同) _____ 公寓號 # _____ 城市 _____ 郡 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____
我希望透過電子郵件獲取關於此申請的資訊。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 我希望透過電子郵件獲得關於我的案件的消息。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
家庭電話 _____ 工作/備用/留言電話 _____ 電子郵寄地址 _____	
您正在申請哪些計劃? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> 現金補助 <input type="checkbox"/> 健康保險 <input type="checkbox"/> 健康保險 您是否有殘疾並需要申請方面的幫助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
 您是否無家可歸? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請立即告知郡政府，以便其幫助您找出可以利用的、用於接受您申請並且從郡政府獲取有關您的案件之通知的位址。	
 您喜歡閱讀哪種語言 (如果不是英語)? _____  您喜歡說哪種語言 (如果不是英語)? _____	
郡政府將免費為您提供一名譯員。如果您耳聾或重聽，請勾選此處 <input type="checkbox"/>	
 您的家庭總收入是否少於 \$150，並且您的手存、支票和儲蓄帳戶餘額是否為 \$100 或更少? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	 您的公用事業服務是否被切斷或者您是否得到服務切斷通知? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 您的家庭綜合總收入和流動資金是否少於租房租金/房屋貸款和公用事業服務費總和? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	 您的食物是否會在 3 天或更短的時間內吃完? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 您的家庭是否為流動資金不超過 \$100 的移民/季節農業工人家庭? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	 您在獲取食物、衣物、醫療服務或其他緊急物品時是否需要交通方面的幫助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 您是否被下達驅逐通知或支付租金或搬家通知? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	 您是否需要必要的衣物，例如尿布或抵禦寒冷天氣的衣服? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
 是否有人懷孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，該孕婦是否獲得假定性合格證? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
 您的家庭中的任何人是否出現個人緊急情形? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請勾選方格: <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 即時醫療需求 <input type="checkbox"/> 虐待兒童 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 虐待老人 <input type="checkbox"/> 其他威脅健康或安全的緊急情形。請說明: _____	

我瞭解，在願意承受對偽誓（作虛假陳述）受懲罰下簽署本申請：

- 我已閱讀或有人給我閱讀了申請中的資訊以及我對本申請中的問題之回答。
- 據我所知，我在 SAWS 2 Plus 第 1 至 17 頁以及附錄 A 至 E 提供的回答是真實、準確而完整的。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了並且我理解並同意「權利和義務」的相關內容（計劃規則第 1 頁）。
- 我已閱讀或有人給了我閱讀「計劃規則和懲罰」的相關內容（計劃規則第 2 – 4 頁）。
- 我瞭解提供虛假或令人誤解的陳述或者不實地敘述、隱藏或隱瞞事實以確立資格屬欺詐行為，如果我提供虛假或不實資訊可能會依據聯邦法律被懲罰。欺詐可能導致本人被控訴刑事案件並且/或者我可能會在一段時間內（或終生）被禁止獲得 CalFresh 福利和現金補助。
- 我瞭解申請福利之家庭成員的社會保險號碼或移民身份可能會依據聯邦法律與適當的政府機構共用。
- 我給予 Medi-Cal（加州醫藥補助計劃）機構從其他健康保險、訴訟和解或其他第三方追索並獲取任何款項的權利。

申請者、看護親屬（或成人家庭成員/授權代表/監護人）簽名 <b>*如果您有一位授權代表，請回答下頁的問題 2。</b>	日期
配偶、其他家長、其他受援助的成人或註冊家庭伴侶簽名	日期



## 2. 家庭的授權代表

您可以授權 18 歲或以上的某人來幫助您的家庭獲取 CalFresh 福利。此人還可代表您在面談中發言、幫助您填寫表格、為您購物並為您報告變化。您將需要償還因此人向郡政府提供的資訊而錯誤獲取的任何福利，並且您不想讓其花費的任何福利都不會被償還。如果您是一名授權代表，您將需要向郡政府提供您自身和申請者的身份證明。

您是否希望指定某人來幫助您處理自己的 CalFresh 案件？  是  否

如果是，請填寫以下部分：

授權代表姓名	授權代表電話號碼
--------	----------

您是否希望指定某人來為您的家庭接受和花費 CalFresh 福利？  是  否

如果是，請填寫以下部分：

姓名	電話號碼		
地址	城市，	州，	郵遞區號



## 2a. 健康保險授權代表

您可以准許一名信賴的人討論您的健康保險申請、審查您的資訊並代表您處理與本申請部分有關的事宜。您是否希望針對您的申請之健康保險部分選擇一位授權代表？  是  否 如果是，填寫附錄 C 的資訊。



3. 您或您的任何家庭成員是否為美國印第安人或阿拉斯加土著？  是  否

如果是，並且正在申請醫療保健，請前往附錄 B 回答更多問題。



## 種族/族群



種族和族群資訊為選填資訊。福利的發放要求確保沒有基於種族、膚色或原國籍的歧視。您的回答將不會影響您的資格或福利金額。勾選所有適用項。法律規定郡政府必須記錄您的族裔和種族。



如果您不想將自己的種族和族裔資訊提供給郡政府，請勾選此方格。如果您未勾選此方格，郡政府將輸入此資訊並僅將其用於公民權利統計目的。

族群	您是否擁有拉美、拉丁或西班牙血統？	如果您擁有西班牙或拉丁血統，您是否認為自己是
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他_____



## 種族/族群本源



白種人  美國印第安人或阿拉斯加土著  黑人或非裔美國人  其他或混血 \_\_\_\_\_



亞洲人（如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項）：



菲律賓人  中國人  日本人  高棉人  韓國人  越南人  印度人  寮國人

其他亞洲人（請說明）\_\_\_\_\_

夏威夷原住民或其他太平洋島民（如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項）： 夏威夷原住民

關島人或查莫洛人  薩摩亞人



## 4. 面談首選項目

您將需要與郡政府面談，以討論您的申請並領取現金補助或 CalFresh 福利。CalFresh 的面談通常採取電話方式，除非您在向郡政府提交申請時可以親自面談或您首選親自面談。現金補助申請者必須親自面談。如果您正在申請 CalWORKs（加州工作機會並對孩子負責任計劃）和 CalFresh，那麼您的 CalFresh 面談將與 CalWORKs 面談在正常工作時間內同時進行。

如果您想要針對 CalFresh 親自面談，請勾選此方格。

如果您因殘障而需要其他安排，請勾選此方格。



## 5. 其他計劃



您家庭中的任何人是否曾接受民眾補助（TANF（對有需求家庭的臨時補助）、部落 TANF、Medicaid（聯邦醫藥補助計劃）、補充營養援助計劃[糧食券]、一般補助/一般救濟等）？  是  否



如果是，誰？	哪裡（郡/州）？
如果是，誰？	哪裡（郡/州）？



**6. 家庭資訊： 成人**

替家庭中的所有成人填寫下列資訊。如果您正在申請健康保險，也請包含在您的報稅單中報稅的任何成人。  
如果您申請現金補助而有不止一個成人在家中申請現金補助，或者是一個在申請補助的小孩的父母，請到附錄D查看更多的問題。  
**如您為非公民申請福利，請回答額外問題 6e 和 6f。**

申請福利 (勾選每個類型)	姓名 (姓氏、名字、中間名首字母)	此人與您是 什麼關係?	出生日期	性別 (男性或 女性)	婚姻狀況				未婚 (勾選)	離婚 (勾選)	再婚 (勾選)	美國 公民或 居民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 6e。	社會保險號碼 對於未 申請福利的家庭成員 來說是選填項。
					已結 婚	分居	離婚	遺孀					
Medi-Cal	姓名				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 加州福利					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CalFresh					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* 現金補助包括一般援助和一般救濟計劃。

**6a. 問題 6 列出的每個人是否擁有相同的聯絡資訊?**  是  否 **如果否，請於下方填寫個人的聯絡資訊。**  
**如果是，請跳至下一問題。**

姓名 (名字、中間名和姓氏)	家庭 (街道) 地址	公寓號 #	城市	州	郵遞區號
家庭電話號碼	郵寄地址 (如果與上述地址不同)	公寓號 #	城市	州	郵遞區號
工作/備用/留言電話	電子郵寄地址 (選填)				
姓名 (名字、中間名和姓氏)	家庭 (街道) 地址	公寓號 #	城市	州	郵遞區號
家庭電話號碼	郵寄地址 (如果與上述地址不同)	公寓號 #	城市	州	郵遞區號
工作/備用/留言電話	電子郵寄地址 (選填)				

**6b. 家庭資訊： 兒童**

針對家庭中的所有兒童填寫下列資訊。如果您正在申請健康保險，也請包含在您的報稅單中報稅的任何兒童。  
針對您為之申請福利的非公民，請回答額外問題 **6e** 和 **6f**。

申請福利 (勾選每個類型)	姓名 (姓氏、名字、中間名首字母)	此人與您是 什麼關係?	出生日期	出生地點	性別 (男/ 女)	勾選適用於兒童 一位或兩位家長 的所有選項				公民或國 民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 <b>6e</b> 。	社會保險號碼 對於未 申請福利的家庭成員 來說是選填項。	
						美國 公民或國 民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 <b>6e</b> 。	美國 公民或國 民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 <b>6e</b> 。	美國 公民或國 民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 <b>6e</b> 。	美國 公民或國 民 (勾選是或否) 如果否，請回答 問題 <b>6e</b> 。			
<input type="checkbox"/>	CalFresh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6c. 社會保險資訊**  
申請補助的每個人是否都有社會保險號碼？  是  否 如果否，請填寫下列資訊。  
我們需要申請補助的每個人的社會保險號碼。家庭暴力或人口販賣等罪行的受害者無需提供社會保險號碼。如果您在獲取社會保險號碼方面需要幫助，請撥打 1-800-772-1213 或登入網站 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)。

姓名	沒有社會保險號碼的原因	申請 SSN
	<input type="checkbox"/> 此人是年齡不足一歲的幼兒。 <input type="checkbox"/> 這與此人的宗教信仰發生衝突。 <input type="checkbox"/> 此人不符合獲取 SSN 的條件。 <input type="checkbox"/> 其他 _____	此人是否曾申請社會保險號碼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 此人是年齡不足一歲的幼兒。 <input type="checkbox"/> 這與此人的宗教信仰發生衝突。 <input type="checkbox"/> 此人不符合獲取 SSN 的條件。 <input type="checkbox"/> 其他 _____	此人是否曾申請社會保險號碼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否



6d. 是否有任何人曾服役於美國軍隊或者他們是否為曾服役於美國軍隊之人員的配偶、父母或子女？  是  否  
 如果是，請填寫下列資訊。如果否，請繼續下一問題。

姓名	美國公民？	(✓) 狀況	榮譽退役？	服役日期
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 現役 <input type="checkbox"/> 退役 <input type="checkbox"/> 現役或退役軍人的配偶、父母或子女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 現役 <input type="checkbox"/> 退役 <input type="checkbox"/> 現役或退役軍人的配偶、父母或子女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	



6e. 非公民資訊 – 請針對您為之申請福利的非公民填寫。

姓名	進入美國的日期 (如果知道)	此人是否擁有合格的移民身份？ 如果是，請提供其移民文件和編號。	此人是否自 1996 年以來一直居住在美國？	此人是否為歸化公民？	受擔保？ (勾選是或否) 如果是，請回答問題 6f
		文件類型： 文件編號：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型： 文件編號：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型： 文件編號：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上列任何人是否擁有至少 10 年 (40 個季度) 的工作經歷？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

上列任何人是否曾申請，或其是否已申請或打算申請 T-簽證、U-簽證，或 VAWA (遏止侵害婦女暴力行為法) 申請？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

是否有任何人曾在過去的 12 個月內改變其移民身份？  是  否

如果是，請填寫下列資訊。  
 如果否，請繼續下一問題。

姓名	發生了哪些變化？	變化日期	外僑號碼 (如適用)
姓名	發生了哪些變化？	變化日期	外僑號碼 (如適用)



**6f. 受擔保的非公民資訊** – 請針對您為之申請福利的受擔保非公民回答問題。

擔保人是否簽署 I-864?  是  否 如果是, 請回答餘下的問題。

如果擔保人已簽署 I-134, 請跳過此問題。

擔保人是否定期提供金錢幫助?  是  否 如果是, 金額是多少? \$ \_\_\_\_\_

擔保人是否定期在下列任何方面提供幫助 (勾選所有適用項)?

租金  衣服  食物  其他 \_\_\_\_\_

擔保人姓名	誰是被擔保人?	擔保人電話號
擔保人姓名	誰是被擔保人?	擔保人電話號



**6g. 問題 6 列出的年齡小於 21 歲的任何人是否有不居住在家中的父母?**

是  否 如果是, 請列出兒童姓名和不居住在家中的父母姓名。

如果否, 請繼續下一問題。



兒童姓名	不居住在家中的父母姓名
------	-------------



兒童姓名	不居住在家中的父母姓名
------	-------------



**6h. 問題 6 中是否有任何人同至少一名年齡小於 19 歲的兒童共同居住並且擔任兒童的主要照護人?**



是  否 如果否, 請跳至下一問題。如果是, 誰? \_\_\_\_\_



**6i. 問題 6 中列出的任何人是否患有能夠造成活動 (例如洗澡、穿衣和日常雜務) 受限的肢體、精神或發育殘障?  是  否**

如果是, 請列出殘障人士的姓名及其所患疾病。如果否, 請繼續下一問題。

姓名: \_\_\_\_\_ 姓名: \_\_\_\_\_



**6j. 請針對問題 6 列出的每個殘障人士回答問題。**



姓名	此人是否需要透過個人援助或醫療設施獲得日常生活活動方面的幫助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 請說明:
----	--



殘障預計持續: <input type="checkbox"/> 30 天或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	此人是否工作並且有幫助其繼續工作所需要的醫療費用? 例如, 輪椅和腿支架等。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 請說明。
---	---

此人是否需要照護, 以便其他人能夠工作或上學? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	此人是否居住在醫療站或護理之家? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 此醫療站或護理之家的名稱是什麼?
--	---

Name of person	此人是否需要透過個人援助或醫療設施獲得日常生活活動方面的幫助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 請說明:
----------------	--

殘障預計持續: <input type="checkbox"/> 30 天或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	此人是否工作並且有幫助其繼續工作所需要的醫療費用? 例如, 輪椅和腿支架等。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 請說明。
---	---

此人是否需要照護, 以便其他人能夠工作或上學? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	此人是否居住在醫療站或護理之家? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 此醫療站或護理之家的名稱是什麼?
--	---



**6k. 家中是否有需要其他家庭成員照護的兒童或殘障人士?**

是  否 如果是, 請說明。如果否, 請跳到下一問題。





6l. 學生

申請福利的人是否正在上大學或職業學校?  是  否  
如果是, 請回答此問題。如果否, 請跳到下一個問題。

姓名	學校/培訓名稱	註冊狀態 (✓勾選一項)	工作?
		<input type="checkbox"/> 半工半讀或更長時間 <input type="checkbox"/> 少於半工半讀時間 幾門功課: _____	每週平均工作時數: _____
		<input type="checkbox"/> 半工半讀或更長時間 <input type="checkbox"/> 少於半工半讀時間 幾門功課: _____	每週平均工作時數: _____



6m. 問題 6 或 6b 列出的人中是否有人懷孕或是未成年父母?  是  否  
如果是, 請回答此問題。如果否, 請跳到下一問題。

姓名	此人的年齡是否不滿 20? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 此人是否係未成年父母? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果此人年齡小於 20, 請指出其在學狀態 <input type="checkbox"/> 擁有高中文憑 <input type="checkbox"/> 擁有 GED (一般同等文憑) <input type="checkbox"/> 正在定期上學 <input type="checkbox"/> 並未定期上學 (解釋原因):	分娩日期 (如果知道)	本次懷孕預計出生幾個嬰兒?
姓名	此人的年齡是否不滿 20? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 此人是否係未成年父母? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果此人年齡小於 20, 請指出其在學狀態 <input type="checkbox"/> 擁有高中文憑 <input type="checkbox"/> 擁有 GED (一般同等文憑) <input type="checkbox"/> 正在定期上學 <input type="checkbox"/> 並未定期上學 (解釋原因):	分娩日期 (如果知道)	本次懷孕預計出生幾個嬰兒?
姓名	此人的年齡是否不滿 20? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 此人是否係未成年父母? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果此人年齡小於 20, 請指出其在學狀態 <input type="checkbox"/> 擁有高中文憑 <input type="checkbox"/> 擁有 GED (一般同等文憑) <input type="checkbox"/> 正在定期上學 <input type="checkbox"/> 並未定期上學 (解釋原因):	分娩日期 (如果知道)	本次懷孕預計出生幾個嬰兒?



6n. 是否有人曾從 Cal-Learn (加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃) 計劃獲得現金補助或罰金, 或是托兒照顧、交通或其他服務方面的幫助?  是  否  
如果是, 請回答此問題。如果否, 請跳至下一問題。

姓名	地點 (郡)	領取日期



6o. 問題 6 列出的人中是否有人曾接受寄養照顧?  是  否  
如果是, 請說明。

姓名:	時間:	州:	此人的年齡是否為 26 歲或更小, 並且此人在 18 歲生日時是否仍接受寄養照顧? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
姓名:	時間:	州:	此人的年齡是否為 26 歲或更小, 並且此人在 18 歲生日時是否仍接受寄養照顧? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

 6p. 您的家中是否居住有正在領取寄養服務的寄養子女?  是  否

如果是, 誰? \_\_\_\_\_

請回答下列有關寄養子女的問題:



居住在您家的寄養子女是否依據法院的撫養指令而獲得安置?  是  否

您是否希望寄養子女計入您的 CalFresh 案件?  是  否

如果是, 那麼您獲得的寄養照顧收入將算作您的非賺得收入。

如果否, 那麼您獲得的寄養照顧收入將不算作您的非賺得收入。

 6q. 問題 6 中列出的每個人是否都居住在加州並且預計長期居住在加州?  是  否

如果否, 請說明。



 6r. 問題 6 中列出的任何人是否打算離開加州超過 30 天?  是  否

如果是, 請說明。

姓名	他們打算何時離開?	此人是否打算返回加州? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 何時:
姓名	他們打算何時離開?	此人是否打算返回加州? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 何時:

 7. 非賺得的收入

是否有人獲得不是來源於工作的收入 (非賺得)?  是  否 如果是, 請回答此問題。

如果否, 請跳至下一問題。



從以下示例中勾選適用的所有類型的非賺得收入 (還可能有未列於此處的其他非賺得收入):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 社會安全殘障                       | <input type="checkbox"/> 銷售票據、合同、信託契據或本票    | <input type="checkbox"/> 彩票/賭博贏利       |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP                      | <input type="checkbox"/> 退役軍人教育福利金/收入       | <input type="checkbox"/> 租金/食物/衣物方面的幫助 |
| <input type="checkbox"/> 現金補助                         | <input type="checkbox"/> 政府/鐵路殘障補貼或退休金      | <input type="checkbox"/> 保險或法定賠償       |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA | <input type="checkbox"/> 退役軍人福利金或部隊養老金      | <input type="checkbox"/> 個人殘障補貼或退休金    |
| <input type="checkbox"/> 住宿與膳食 (來自租客)                 | <input type="checkbox"/> 財務補助 (學校授款/貸款/獎學金) | <input type="checkbox"/> 股息和利息收入       |
| <input type="checkbox"/> 養老金                          | <input type="checkbox"/> 現金禮物或其他貸款          | <input type="checkbox"/> 罷工福利          |
| <input type="checkbox"/> 子女/配偶撫養費                     | <input type="checkbox"/> 失業保險/州政府殘障保險 (SDI) | <input type="checkbox"/> 其他 _____      |
| <input type="checkbox"/> 租金/版稅                        | <input type="checkbox"/> 工傷賠償金              |  |
| <input type="checkbox"/> 社會保險退休金或遺屬撫恤金                | <input type="checkbox"/> 農業/漁業淨收入           |  |
| <input type="checkbox"/> 人均補償                         |   |  |
| <input type="checkbox"/> 半工半讀/引至工作的福利計劃或其他計劃          |   |  |

獲得款項的個人?	從何處獲得?	多少?	獲得款項的頻率? (一次、每週、每月或其他)	期待繼續? (勾選是或否)
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果該收入預計不再繼續獲得, 請說明原因:



8. 賺得的收入

是否有任何人從工作中獲得收入（賺得的收入）？  是  否 如果是，請回答此問題。  
如果否，請跳至下一問題。

注：如果自己是僱主，請回答下面問題 8a。

請列出稅費或其他扣除款項扣除前的所有收入（總收入）。

賺得收入的示例有（這些示例可以是全職、臨時季節性工作或培訓，並且還有其他示例並未在此處列出）：

- 工資                                      • 傭金                                      • 小費                                      • 薪水                                      • 勤工儉學（學生）
- 包括郡政府幫您獲得的任何受薪工作。

工作的個人	僱主的名稱和地址	僱主的電話號碼	小時工資	每週平均工作小時數	支付頻率？ （每週一次、每月或其他）	本月獲得的總賺得收入？	期待繼續？ （ <input checked="" type="checkbox"/> 勾選是或否）
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果該收入預計不再繼續獲得，請說明原因：



是否有任何人在過去的 60 天內丟掉工作、更換工作、辭職或減少工作時間？  是  否  
在過去的一年內？  是  否  
郡政府是否幫助此人獲得此工作？  是  否

如果是，誰？	丟掉、辭去或更換工作的日期	上次發薪日期	原因？
是否有人在罷工？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，誰？	罷工的日期	上次發薪日期
			原因？




8a. 自己是僱主


自謀職業的家庭成員可以扣除實際的自謀職業開支（或者對於 CalFresh 或現金補助來說，從自謀職業收入中扣除標準的40%扣除額）。對於現金補助，您還可以選擇使用月平均開支（年企業費用除以 12 個月）。如果您選擇實際開支，則必須在一張單獨的紙上列出您的企業開支。

自己是僱主的個人	企業名稱	企業類型	企業創辦日期	月總收入	自謀職業開支 （請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選一項）	*月淨收入
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率（CalFresh/現金補助） <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____ <input type="checkbox"/> 月平均 \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率（CalFresh/現金補助） <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____ <input type="checkbox"/> 月平均 \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率（CalFresh/現金補助） <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____ <input type="checkbox"/> 月平均 \$ _____	\$


\* 月淨收入係月總收入減去開支的數額。

-  **9. 其他收入**  
 是否有人免費獲得住房或租房、公用事業服務、食物或衣物或作為工作交換而獲得以上福利？  是  否  
 如果是，請回答此問題。  
 如果否，請跳至下一問題。

獲得的物項	免費	工作交換	誰得到以上物項？	價值	誰提供以上物項？
住房或租房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
公用事業服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
衣物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

-  **10. 年收入**  
 是否有任何人的總收入（非賺得、賺得和自謀職業）每月發生變化？  是  否  
 如果是，請回答此問題。  
 如果否，請跳至下一問題。


姓名	他們今年的總收入將會是多少？	他們明年的總收入將會是多少 (如果您認為將會與今年不同)？
	\$	\$
	\$	\$

-  **11. 家庭的兒童/成人照顧費用**（發生的實際費用，如果允許此費用成為可能的扣除額）。  
 是否有任何人支付兒童、殘障成人或其他眷屬的照顧費用，以便您或其他人能夠工作、上學或找工作？  是  否  
 如果是，請回答此問題。  
 如果否，請跳至下一問題。

誰獲得照顧？	誰提供照顧？ (照顧提供者的姓名和地址)	支付的金額？	支付頻率？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

是否有人幫助您的家庭支付所有或部分上述兒童/成人照顧費用？  是  否 如果是，請填寫下列資訊。

誰獲得照顧？	誰幫助支付費用？	支付的金額？	支付頻率？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	

-  **12. 子女撫養費支付**  
 問題 6 中列出的任何人是否有法定義務支付子女撫養費，包括拖欠的子女撫養費？  是  否  
 如果是，請回答此問題。  
 如果否，請跳至下一問題。

誰支付子女撫養費？	接受子女撫養費的兒童姓名：	支付的金額？	多長時間一次？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	



**13. 配偶撫養費/離婚贍養費**問題 6 中列出的任何人是否有法定義務支付配偶撫養費/離婚贍養費？  是  否

如果是，請回答下列問題。

如果否，請跳至下一問題。



誰支付配偶撫養費/離婚贍養費？	支付的金額？	多長時間一次？ (每週、每兩週、每月或其他)
	\$	
	\$	

**14. 特別需要開支**

是否有任何人具有需要以下任何選項的特別醫療狀況或情形？

醫生規定的特別飲食？  是  否      其他特別需求？（請說明）  是  否

特別電話或其他設備？  是  否      \_\_\_\_\_

家事（家中無人做家事）？  是  否      請列出具有特別需求之人的姓名並說明：  
\_\_\_\_\_

非常大量使用公用事業服務？  是  否      \_\_\_\_\_

特別洗衣服務？  是  否

**15. 家庭開支**您與之採購和準備食物的任何人是否因任何家庭開支而被要求付帳？  是  否

如果是，請回答此問題。

如果否，請跳至下一問題。

注：不要輸入由 HUD（住房和城市發展部）或 Section 8（政府給低收入者的房屋津貼）等住房補貼支付的任何金額。供暖和冷氣、電話、其他公用事業服務及收容所具有固定津貼。您沒有必要填入所欠的真實數額。

開支類型	有開支？	誰支付？	應付金額	多長時間被催付一次？ (每週/每月)
租金或房款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
財產稅和保險 (如果與租金或房屋貸款分開開帳單)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
天然氣、電或用於加熱或製冷的其他燃料， 例如柴薪或丙烷 (如果與租金或房屋貸款分開)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
電話/手機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
收容所開支	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
水、下水道之污垢、垃圾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您家庭外的任何人是否幫助您支付上述開支？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請填寫。		誰幫助支付費用？	多少錢？ \$	支付頻率？

您的家庭是否獲得，或期待獲得來自低收入家庭能源補助計劃 (LIHEAP) 的款項？  是  否

**16. 醫療費用：**

您或您與之購買和準備食物的任何人是否為承擔自付醫療費用的年長者（60 歲或以上）或殘障人士？  是  否

如果是，請回答此問題。

如果否，請跳至下一問題。

注：請勿列出因 SSI 或殘障而接受眷屬付款的配偶或兒童以及失明領取者。

列出您在近期預計出現的開支。

可獲寬減的醫療費用有：

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 醫療或牙科護理    | <input type="checkbox"/> Medicare 保費（Medi-Cal 分攤費用等） | <input type="checkbox"/> 獲取治療或醫療服務的交通（里程費或費用）和住宿費用 |
| <input type="checkbox"/> 住院/門診治療/護理 | <input type="checkbox"/> 義齒、助聽器和義肢                   | <input type="checkbox"/> 處方眼鏡和隱形眼鏡                 |
| <input type="checkbox"/> 處方藥        | <input type="checkbox"/> 因年齡、疾病或虛弱而需要擁有一名護理員         | <input type="checkbox"/> 處方醫療用品和設備                 |
| <input type="checkbox"/> 健康和住院保險單保費 | <input type="checkbox"/> 提供給護理員的餐點數量和成本              | <input type="checkbox"/> 服務性動物開支（食物、獸醫診療帳單等）       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 非處方藥                        |  |

年長者/殘障者姓名	開支金額	支付頻率？ （每月、每週或其他）	何種開支類型？ （處方藥、義齒和護理員餐點費用等）	家庭的任何醫療費用是否獲得補償？ （由 Medi-Cal、保險和家庭成員等）
	\$			如果是，由誰補償： 多少錢： \$
	\$			如果是，由誰補償： 多少錢： \$

**17. 其他可扣稅開支：**

如果任何人支付了可於聯邦所得稅報稅單中扣除的任何費用，請於此處告知我們，這可令健康保險費用更低。請勿包括您已在自謀職業開支中包含的任何費用。如果您有其他可扣稅開支，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

開支類型	有開支？	誰支付？	支付頻率？ （每週/每月）
離婚贍養費	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
學生貸款利息	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
其他扣除額（請確定）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

**18. 問題 6 中的任何人是否從下列途徑獲得食物？  是  否**

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- 針對年長者/殘障者的公共膳食設施
- 由美洲土著保留處營運的食品分配計劃
- 其他食品計劃

如果是，誰？	什麼計劃？
如果是，誰？	什麼計劃？

**19. 問題 6 中的任何人是否居住在下列任何場所？  是  否**

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。



- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 收容所</li> <li>● 受虐婦女避難所</li> <li>● 美洲土著保留處</li> <li>● 毒品/酒精康復中心</li> <li>● 教養所/刑事機構（監獄或拘留所）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 盲人/殘障者的集體生活安排</li> <li>● 聯邦補貼住房</li> <li>● 精神病院/精神健康機構</li> <li>● 醫院</li> <li>● 長期照護或膳宿與照顧機構</li> </ul> |
|--|--|

個人姓名	機構名稱（中心、收容所、機構等）	預計出院日期 （如適用）

**20.** 是否有人獲得家中協助性服務 (IHSS)?  是  否  
如果是, 請填寫下列資訊。

誰獲得服務? \_\_\_\_\_ 您為此服務每月支付多少錢?  
\$ \_\_\_\_\_

**21.** 問題 6 中列出的每個人是否與您購買和準備食物?  是  否  
如果否, 請列出不與您一起購買和準備食物的人。

姓名 _____	姓名 _____
姓名 _____	姓名 _____

**21a.** 與您共同居住的人中是否有人年滿 60 歲或以上, 並且因殘障而無法單獨購買食物和準備餐點?  
 是  否 如果是, 誰: \_\_\_\_\_

**22.** 針對需要健康保險的任何人回答以下問題。是否有任何人現在參加以下健康保險?  是  否  
如果是, 請勾選保險類型並在其擁有的保險旁寫下參保人姓名。

<input type="checkbox"/> Medicaid (聯邦醫藥補助計劃) /Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 僱主保險
<input type="checkbox"/> CHIP (兒童健康保險計劃)	健康保險名稱 _____
<input type="checkbox"/> Medicare (聯邦醫藥保險計劃)	保險單號碼: _____
<input type="checkbox"/> TRICARE (三軍醫療照護改革計劃) (如果您有直接醫療或公務, 請勿勾選此項)	這是否為 COBRA 保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> VA (退伍軍人) 健康保險計劃	這是否為退休人員健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 美國和平隊	該計劃是否為州政府員工福利計劃? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 其他
	健康保險名稱 _____
	保險單號碼: _____
	該計劃是否為類似學校意外事件保單的 限制福利計劃? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**22a.** 本申請中列出的任何人是否獲得工作提供的健康保險?  是  否  
如果是, 您將需要填寫並包括附錄 A。

**22b.** 是否有任何人的健康保險預計結束或在過去的 90 天內已經結束?  是  否  
如果是, 請回答此問題。如果否, 請跳至下一問題。

保險公司	被保險人	失效日期	結束或即將結束的原因

**22c.** 是否有人想要過去三個月內醫療費用方面的幫助?  是  否  
如果是, 誰: \_\_\_\_\_

**23.** 問題 6 中列出的任何人是否打算於明年申報聯邦所得稅?  是  否  
如果是, 請針對每個報稅人回答下列問題。  
如果否, 請跳至 23f。

**23a.** 如果您對問題 23 的回答為「是」, 請針對打算於明年申報聯邦所得稅的每個人回答本部分的問題。即使您不申報聯邦所得稅報, 您也可以申請健康保險。

**23b.** 打算申報聯邦所得稅的個人姓名: \_\_\_\_\_

**23c.** 此人是否會與其配偶聯合報稅?  是  否  
如果是, 配偶姓名: \_\_\_\_\_

**23d.** 此人是否會在其報稅單上申報任何眷屬?  是  否  
如果是, 請列出將申報的報稅人姓名: \_\_\_\_\_

**23e.** 在 23d 列出的眷屬與即將替他們申報的報稅人是何關係? \_\_\_\_\_

**23f.** 為更方便地確定我在未來幾年內的醫療保險費用支付資格, 我同意准許您使用收入資料, 包括來自報稅單的資訊。您可以向我發送通知, 令我做出更改, 並且我可以隨時退出。  
是, 針對未來若干年自動更新我的資格 (勾選一項):  5 年  4 年  3 年  2 年  1 年  
 否, 不要使用報稅單中的資訊來續保。

**24. 家庭資產**  
 是否有人擁有任何資產（現金、銀行存款、存款證明、股票和債券等）？  是  否 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

**醫療保健選填項：** 僅在申請者年滿 65 歲或以上或具有殘障時回答問題。如果申請現金補助和 CalFresh，您必須回答此問題。

於下方勾選您或您的家庭成員擁有的每種資產：

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用工會帳戶（支票） | <input type="checkbox"/> 金融市場帳戶                 | <input type="checkbox"/> 股票        |
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用工會帳戶（儲蓄） | <input type="checkbox"/> 共同基金/信託基金              | <input type="checkbox"/> 債券        |
| <input type="checkbox"/> 保險箱           | <input type="checkbox"/> 存款證明 (CD)/IRA（個人退休金帳戶） | <input type="checkbox"/> 未兌現支票     |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄債券          | <input type="checkbox"/> 手存現金                   | <input type="checkbox"/> 人壽或喪葬保險   |
| <input type="checkbox"/> 油、採礦或礦產權      | <input type="checkbox"/> 票據、房屋貸款、信託基金           | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |

如果是與其他共同所有的聯合帳戶，請於下方說明。

針對以上每個勾選複選框，填寫下列資訊。

所列財產屬於誰名下的財產？	財產類型	財產價值多少錢？	財產在哪兒？ （包括存放財產的銀行或公司名稱）
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

您或您家中的任何人是否曾在過去的三十 (30) 個月內銷售、交易、放棄或轉讓財產？  是  否

何時？	什麼財產？	價值多少？	您為之獲取多少錢
		\$	\$

如果您交易或放棄財產，請說明： \_\_\_\_\_

**醫療保健選填項：** 僅在申請者年滿 65 歲或以上或具有殘障時回答問題。


**25. 動產**  
 是否有任何人擁有任何動產或業務相關財產？  是  否  
 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 工具   | <input type="checkbox"/> 體育器材、槍支                  |
| <input type="checkbox"/> 商業庫存 | <input type="checkbox"/> 非機動船和/或拖車                |
| <input type="checkbox"/> 牲畜   | <input type="checkbox"/> 露營車車身外殼                  |
| <input type="checkbox"/> 業務設備 | <input type="checkbox"/> 個人工具                     |
|                               | <input type="checkbox"/> 珠寶、藝術品、古董、收藏品、樂器（鋼琴、風琴等） |


即使您與其他共同擁有一物品，也請您將其包括在內。請勿包含結婚或訂婚戒指、傳家寶等。

請列出價值為 \$100 或以上的任何其他珠寶以及物品單價超過 \$500 的家庭用品或個人物品。

物品	該物品是否上市銷售？	採購價格或當前價值	欠款金額
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$

 醫療保健選填項：僅在申請者年滿 65 歲或以上或具有殘障時回答問題。如果申請現金補助，您必須回答此問題。

**26. 車輛**

 是否有任何人擁有、使用或擁有以其姓名註冊的任何機動車輛，例如：汽車、摩托車、摩托雪車、休閒車 (RV) 或摩托艇等，即使該車輛並未行駛？  是  否  
如果是，請填寫在附錄 E 的資料。

 **27. 問題 6 中的任何人是否於其他州或國家的任何地方擁有或打算購買一處住宅、土地或不動產？**  是  否

如果是，請說明。

 醫療保健選填項：僅在申請者年滿 65 歲或以上或具有殘障時回答問題。


誰擁有或打算購買住宅/不動產？	住宅/不動產的地址	是否有人向房主租用住宅？	房主獲得多少租金？		房主現在不在住宅內居住，但預計會在某一天搬回？
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	<input type="checkbox"/> 未出租	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	<input type="checkbox"/> 未出租	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

 **28. 轉換計劃**

是否有人曾從任何郡或其他州獲得轉換現金付款或非現金服務？  是  否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

姓名	服務來源的郡/州	收到金額	獲得的服務清單	服務的估計價值	上次獲得服務的日期
		\$		\$	

 **29. 重複福利**

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後於任何州因欺騙性地獲取重複 SNAP（糧食補助計劃的聯邦名稱）福利而被定罪？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **30. 販賣福利**


您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因販賣（允許他人使用或向他人銷售 EBT 卡）價值 \$500 或以上的 SNAP 福利而被定罪？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **31. 福利交換毒品**

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用 SNAP 福利交換毒品而被認定有罪？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **32. 福利交換火器或爆炸物**

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用 SNAP 福利交換彈藥、軍火或爆炸物而被認定有罪？

是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **33. 欺詐**

您或您的任何家庭成員是否因被認定犯福利欺詐罪而被終止現金補助？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_ 何時？ \_\_\_\_\_



何地？ \_\_\_\_\_



 **34. 不合作/制裁**


您或您的任何家庭成員是否曾因不配合資格要求、工作/培訓制裁或任何其他原因而被終止現金補助？  是  否

如果是，誰？ \_\_\_\_\_ 何時？ \_\_\_\_\_



何地？ \_\_\_\_\_ 原因？ \_\_\_\_\_


 **35. 潛逃重罪犯**  
您或您的任何家庭成員是否因重罪或未遂重罪而隱藏自己或逃避法律，以避免被起訴、被拘押或進入監獄？  是  否  
 如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **36. 違反緩刑/假釋條例**  
您或您的任何家庭成員是否曾被法院判定違反緩刑或假釋條例？  是  否  
 如果是，誰？ \_\_\_\_\_

 **37. 其他特別需求**  
您的家庭是否因突然和/或異常情況（例如火災、地震或洪水）造成的住房或必要家庭用品之丟失或損壞而想要申請特別需求款項？  是  否  
如果是，請說明： \_\_\_\_\_

 **38. 其他服務**  
下列服務可供使用。您對問題的回答將不影響您的資格。

-  
- A. 有助於保護您的家庭成員之健康的定期檢查可根據要求透過兒童健康和殘障防治計劃 (CHDP) 向您的家庭中未滿 21 歲的合格成員提供。
- 您是否想要瞭解有關 CHDP 的更多資訊？  是  否
  - 您是否想要 CHDP 醫療服務？  是  否
  - 您是否想要 CHDP 牙科服務？  是  否
  - 您是否需要有關 CHDP 服務之預約或交通方面的幫助？  是  否
- B. 您是否想要瞭解有關免疫接種服務的更多資訊？  是  否
- C. 如果您已懷孕，您可獲得尋找醫生、獲得健康食物和其他幫助方面的援助。  
您是否希望就此幫助與某人談話？  是  否
- D. 您是否正在母乳餵養小孩？  是  否  
如果是，您是否曾在過去的 12 個月內分娩？  是  否  
如果您在 38 C 或 D 勾選了「是」，那麼您可能也有資格獲得由婦女、嬰孩、兒童補充營養品計劃(WIC)提供的服務。
- E. 您或您的任何家庭成員是否想要免費或低成本的計劃生育服務，以幫助計劃如何防止意外懷孕以及/或擁有下一個孩子？  是  否  
如果是，請致電您的醫療保健計劃或私人醫生。或者，如果您想要瞭解保密的家庭計劃診所的實際情況和地點，請撥打免費電話 1-800-942-1054。

 **39. 第三者責任保險**  
有否任何人因為意外事故或受傷正在申請醫療保健有涉及勞工賠償申請，訴訟或和解？  是  否  
如果是，請告訴我們是誰：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**額外書寫空間**

---

---

**額外書寫空間**

---

**請勿填寫 – 僅限郡政府使用**

**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

如果您的家庭成員有人具備獲得來自工作的健康保險的資格，那麼您**無需**回答以下問題。如果您的家庭成員中有一人以上獲得不同僱主提供的健康保險，您可以拷貝此頁並將其用於第二個人（或者您所需的人數）。

首先，請告知我們提供保險的工作（僱主）。

1. 員工姓名（名字、中間名、姓氏）	2. 員工的社會保險號碼 — —
--------------------	---------------------

**僱主資訊**

3. 僱主名稱		4. 僱主身份號碼 (EIN) —
5. 僱主地址		6. 僱主電話號碼 ( ) —
7. 城市	8. 州	9. 郵遞區號

10. 我們可以就此份工作的員工健康保險聯絡誰？	
11. 電話號碼（如果不同於僱主的電話號碼） ( )	12. 僱主的電子郵寄地址（僱主的代表）

**13. 您當前是否具備獲得該僱主提供之保險的資格，或者您是否在未來的三個月內將具備資格？**

- 否（本部分申請到此為止）
- 是（繼續）

**13a. 如果您處於等待期或試用期，那麼您何時可以參加保險？** \_\_\_\_\_  
(年/月/日)

列出符合或將符合此份工作之保險資格的其他任何人的姓名

姓名：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

請告知我們有關該僱主提供的健康保險計劃的內容。

**14. 僱主是否提供符合最低價值標準的健康保險計劃\*？**  是  否

**14a. 該計劃是否為州政府員工福利計劃？**  是  否

**15. 對於僅針對員工提供的符合最低價值標準的最低成本計劃（不包括家庭計劃）：**  
如果僱主擁有健康計劃，提供員工將支付的保費，如果員工因戒煙計劃而享受保費最大折扣（幫助員工戒煙）並且未基於健康計劃獲得任何其他折扣。

a. 員工需要針對本計劃支付多少保費？ \$ \_\_\_\_\_

b. 多長時間支付一次？  每週  每兩週  每月兩次  每月  每季度  每年

僱主不提供健康計劃。

**16. 僱主將針對新的計劃年做出哪些改變（如果已知）？**

- 僱主將不再提供健康保險。
- 僱主將開始為員工提供健康保險或者針對僅適用於符合最低價值標準的員工改變最低成本計劃的保費。

a. 員工需要針對本計劃支付多少保費？ \$ \_\_\_\_\_

b. 多長時間支付一次？  每週  每兩週  每月兩次  每月  每季度  每年

c. 更改日期（年/月/日）： \_\_\_\_\_

預期無任何變化。

\*如果計劃承保的允許福利總成本份額不超過此類成本的 60%（1986 年《國內稅收法》第 36B(c)(2)(C)(ii) 章），則僱主贊助的健康計劃符合「最低價值標準」。



如果您或您的家庭成員（配偶和/或家屬）是美國印第安人或阿拉斯加土著，請填寫此部分。將此部分連同您的申請一起提交。

請告知我們有關您的美國印第安人或阿拉斯加土著家庭成員的資訊。

美國印第安人和阿拉斯加土著可以從印第安健康服務、部落健康計劃或城市印第安健康計劃獲得服務。他們還可能無需支付成本分擔部分並且可能獲得特別的月度保險登記期限。回答下列問題，以確保您的家庭獲得最大的幫助。如果您要告知的情況有兩人以上，請拷貝此頁並將其附於本頁。您還可以使用另一張紙。請記住在您的答案旁邊寫下問題編號。

	AI/AN 人員 1	AI/AN 人員 2								
1. 姓名（名字、中間名、姓氏）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">名字</td> <td style="width: 50%;">中間名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">姓氏</td> </tr> </table>	名字	中間名	姓氏		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">名字</td> <td style="width: 50%;">中間名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">姓氏</td> </tr> </table>	名字	中間名	姓氏	
名字	中間名									
姓氏										
名字	中間名									
姓氏										
2. 聯邦政府認可之部落的成員？	<input type="checkbox"/> 是 如果是，請指定部落名稱 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 如果是，請指定部落名稱 _____ <input type="checkbox"/> 否								
3. 此人是否曾從印第安健康計劃、部落健康計劃或透過此類任何計劃的轉介而獲得服務？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否，此人是否具備從印第安人健康服務、部落健康計劃、城市印第安健康計劃或透過以上任何計劃的轉介而獲得服務的資格？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否，此人是否具備從印第安人健康服務、部落健康計劃、城市印第安健康計劃或透過以上任何計劃的轉介而獲得服務的資格？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
4. Medicaid（聯邦醫藥補助計劃）或兒童健康保險計劃 (CHIP) 可能對某些款項不會作出計算。列出您的申請所報告的、包含此類來源款項的任何收入（金額和頻率）：  <ul style="list-style-type: none"> <li>● 來自自然資源、使用權、租賃或版稅的部落人均款項</li> <li>● 來自被內政部指定為印第安人託管地（包括保留地和先前保留地）之自然資源、農業、牧場、漁業、租賃或版稅的款項</li> <li>● 來源於銷售具有文化意義之物品的款項</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 是 – 如果是，請填寫下列資訊： <input type="checkbox"/> 無可報告  \$ _____  多長時間一次？（每日、每週、每兩週、每月、每年等）  _____	<input type="checkbox"/> 是 – 如果是，請填寫下列資訊： <input type="checkbox"/> 無可報告  \$ _____  多長時間一次？（每日、每週、每兩週、每月、每年等）  _____								

如果您希望某人擔任您本申請之健康保險部分的授權代表，請回答此頁的下列問題。如果您是本申請中某人的依法指定代表，請連同本申請提交證明。

1. 授權代表姓名 (名字、中間名、姓氏)		
2. 地址		3. 公寓或套房號
4. 城市	5. 州	6. 郵遞區號
7. 電話號碼 ( )		
8. 組織名稱 (如適用)		9. 身份證號碼 (如適用)

於此處簽名即代表您允許此人獲得有關本申請之健康保險部分的官方資訊並且代表您處理與加州全保 (Covered California) 或郡人類服務局相關的所有事宜。特此提醒，您可以致電郡政府或登入網站 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 隨時更改自己的授權代表。

10. 您的簽名	11. 日期
----------	--------

**(僅限註冊申請顧問、指導員、代理和經紀人。)**

**For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filing out this application for somebody else.。

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)

如果你申請現金補助並且在家中有兩個或兩個以上的成年人在申請補助，請在此頁填寫每個成年人的資料。請告訴我們在過去的24個月(兩年)你的工作履歷。如果使用紙張申請表而你需要更多的空間，複印此頁或者使用另外一張頁紙。

第1位人士

姓名:

第1份工作

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$\_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

第2份工作

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$\_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

第3份工作

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$\_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

**\$ 附錄 D**

**工作履歷**

如果你申請現金補助並且在家中有兩個或兩個以上的成年人在申請補助，請在此頁填寫每個成年人的資料。請告訴我們在過去的24個月(兩年)你的工作履歷。如果使用紙張申請表而你需要更多的空間，複印此頁或者使用另外一張頁紙。

**第2位人士**

姓名:

**第1份工作**

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$ \_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

**第2份工作**

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$ \_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

**第3份工作**

此人是否美洲土著?  是  否

離開這工作的原因?

部落的名稱: \_\_\_\_\_

雇主姓名和地址:

工作時數:

每日  每週  每月

這是你自己的生意(個體經營)?

你的工作日期:

是  否

從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

你在此工作時有否獲得報酬和在何時? \$ \_\_\_\_\_

郡政府幫助你得到這份工作嗎?

時薪  日薪  週薪  每兩週  每月

是  否

## 附錄 E 車輛資料和資產淨值自我認證

醫療保健是可選擇回答：回答只當申請人是65歲或以上或是傷殘的。如果你申請現金補助，你必須為每輛車回答這些問題。

請提供任何人擁有的每一車輛，有使用的，或有他們名字登記的，或者即使是不在運行的車輛資料。車輛是，指汽車（包括卡車，貨車，越野車 [SUV]），摩托車，踏板摩托車，雪地車，休閒車 (RV) 或快艇。

	車輛 (1)	車輛 (2)	車輛 (3)
車主			
使用這輛車的人的姓名			
這車輛是： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用來作為居住？</li> <li>• 用於自營職業，自供自給，或業務上？</li> <li>• 用於運送傷殘的家庭成員，</li> <li>• 用於拿取家庭的燃料或水？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫
這車輛是否由一個18歲以下的孩子使用去： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 上學？</li> <li>• 工作？</li> <li>• 培訓？</li> <li>• 求職？</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，你可以停止填寫
這車輛的禮物，捐贈，或家庭轉讓？郡政府可能會要求你提供證明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 禮物 <input type="checkbox"/> 捐贈 <input type="checkbox"/> 家庭轉讓 如果是，勾選適用的方匣，附上從 DMV 取得之證明並在此停止填寫。如果你沒有證明，請向求郡政府尋求幫助。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 禮物 <input type="checkbox"/> 捐贈 <input type="checkbox"/> 家庭轉讓 如果是，勾選適用的方匣，附上從 DMV 取得之證明並在此停止填寫。如果你沒有證明，請向求郡政府尋求幫助。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 禮物 <input type="checkbox"/> 捐贈 <input type="checkbox"/> 家庭轉讓 如果是，勾選適用的方匣，附上從 DMV 取得之證明並在此停止填寫。如果你沒有證明，請向求郡政府尋求幫助。
年份/制造商/型號			
車牌號碼			
車輛的估計價值（您的車輛是值多少錢）？我們稱之為公平市場價值。	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額
我如何找出公平市場價值	<input type="checkbox"/> 出售廣告 <input type="checkbox"/> 汽車經銷商 <input type="checkbox"/> 凱利藍皮書 <input type="checkbox"/> 修理機械師 <input type="checkbox"/> 購買價格 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 出售廣告 <input type="checkbox"/> 汽車經銷商 <input type="checkbox"/> 凱利藍皮書 <input type="checkbox"/> 修理機械師 <input type="checkbox"/> 購買價格 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 出售廣告 <input type="checkbox"/> 汽車經銷商 <input type="checkbox"/> 凱利藍皮書 <input type="checkbox"/> 修理機械師 <input type="checkbox"/> 購買價格 <input type="checkbox"/> 其他：_____
我在這車輛欠多少錢	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額	\$ <input type="checkbox"/> 我不知道/我需要幫助查明所欠金額
我如何找到欠在車輛上的金額	<input type="checkbox"/> 最近的帳單 <input type="checkbox"/> 貸款人聲明 <input type="checkbox"/> 估計 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 最近的帳單 <input type="checkbox"/> 貸款人聲明 <input type="checkbox"/> 估計 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 最近的帳單 <input type="checkbox"/> 貸款人聲明 <input type="checkbox"/> 估計 <input type="checkbox"/> 其他：_____
這是一輛租賃車輛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否