

申請書

CALFRESH 災害給付金

災害給付金給付期間： _____ 至 _____

郡役所使用欄
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

重要な情報—よくお読みください

申請者または受領者としての権利：

- 人種、肌の色、出身国、宗教、政治的所属、性別、身体障害または年齢に拠らずサービスを受けること、および差別をされていると感じた場合は苦情を申し立てること。
- 申請者が資格を満たす場合、申請の提出から 1～3 暦日以内に CalFresh 災害給付金を受給すること。
- 郡福祉部に申請者の事例に関する行動について説明し、申請の許可または不許可から 90 日以内に州聴聞会を依頼すること。
- 申請者の申請が不許可だった場合、監督官による即時再審査を行うこと。
- 書面または下記フリーダイヤルへの通話により、担当の郡福祉部に苦情の申し立てまたは州聴聞会を依頼すること。1-800-952-5253；聴覚障害者 (TDD) 用のフリーダイヤル；1-800-952-8349。
- 州聴聞会に自身が出頭すること、または世帯員、友人、法定代理人、その他の人物に代理で出頭してもらうこと。
- 本申請書を、同一世帯の世帯員やその他申請者を知る任意の成人に記入してもらうこと。なお、本申請書が申請者の同一世帯の世帯員以外の成人により記入される場合、係る世帯の世帯主または任意の成人の世帯主による署名が記載された書面による承認を添付すること。

申請者または受領者としての責任：

- 質問に最大限正直かつ完全に回答してください。必要な情報の提供を拒否する場合、CalFresh 災害給付金を受け取ることはできません。
- 面接の際には、世帯主および申請書に記入した人物の身元、そして可能な場合には災害時の当該世帯の住所や勤務先所在地の証明書を実証しなければなりません。
- 災害期間後の検証対象として選定された場合、郡、州、および連邦の担当官に協力しなければなりません。

- 申請者は、その申請者に給付される CalFresh 災害給付金を別の人が受け取ったり、使用することを承認できます。承認を付与したい人がいる場合は、以下の情報を記入してください：

正式代表者の氏名	電話番号
----------	------

市名および郵便番号を含む住所

- EBT カードの受け取りのみ 自身の世帯の食料購入のための EBT カードの受け取り

罰則の警告！！

申請者の世帯が CalFresh 災害給付金を受け取る場合、下記に記載されている規則を順守しなければなりません。情報の報告不全または事実と異なる解釈を行った場合、罰金、懲役、またはその両方を伴う告訴につながる可能性があります。係る罰則は、当要綱の資格剥奪、最高 250 米ドルの罰金、または最高 20 年の懲役となる場合があります。受給資格失効に伴う罰則として、最初の違反は 12 か月間の失効、2 回目の違反は 24 か月の失効、3 回目の違反は永久的失効の処罰が科せられます。

- CalFresh 災害給付金を受け取るために、虚偽の情報または不完全な情報を提供しないでください。
- CalFresh 災害給付金や、その他の配給媒体の取引を行ったり、売却しないでください。
- 受給資格のない CalFresh 災害給付金を受け取るために、EBT カードやその他の配給媒体を改ざんしないでください。
- アルコール飲料やタバコなどの不適格な品目を購入するのに、CalFresh 災害給付金を用いしないでください。
- 他人の EBT カードやその他の配給媒体を自身の世帯のために使用しないでください。

説明：上記の災害給付金給付期間において予想される状況について、この用紙上の質問に回答を記入してください。

氏名 (世帯主)		郡役所使用欄
災害時の定住所	電話番号	
臨時住所	電話番号	
郵送先住所	電話番号	
災害時の勤務先住所	電話番号	<input type="checkbox"/> Disaster Application Can the identify of the authorized representative be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification: Can the head of household's identity be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification: Is permanent residence in disaster area? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification: Is work address in the disaster area? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification: Can the household's residence be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:

パート A – 世帯の状況。(それぞれの質問について、「はい」か「いいえ」で答えてください)

- 申請者の世帯員に、災害時に被害にあった地域に居住 、就業 、またはその両方 をしていた方がいますか (当てはまるボックスにチェックを入れてください)。
- 世帯の収入または現金資金を得ることができませんか。 はい いいえ
- 収入または現金資金が、災害によって減少したり、遅延したり、または停止したりしましたか。 はい いいえ
- 災害給付金給付期間に、食料品を購入したり、食事を作ったりする予定がありますか？ はい いいえ
- 申請者の世帯員の誰かが、 _____ に雇用されていますか。 はい いいえ
郡/州 CALFRESH 行政機関の名称

パート B – 世帯員

5. CalFresh 災害給付金を申請する世帯全員の氏名を記入してください。災害時に同居していた世帯員のみを記入してください。係る災害に起因して別の世帯に一時的に居住している場合、その世帯の世帯員は記入しないでください。***社会保障番号 (SSN) の申告は任意です。個人識別目的にのみ使用されます。**

氏名 (世帯主) (HH)	SSN*	生年月日
a. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
b. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
c. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
d. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
e. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
f. 氏名	世帯主との続柄	SSN*
g. 氏名	世帯主との続柄	SSN*

パート C – 収入/資金源/出費

6. a. 上記の世帯員全員が、災害給付金給付期間に受領した、または受け取る予定の手取り額およびその他の収入の総額を記入してください。\$ _____
 b. 収入源をすべて記入してください：

7. 上記一覧の世帯員が、災害給付金給付期間に受け取ることができる現金の資金源をすべて記入してください。6番に記入した金額は含めないでください。

手持ち現金	普通預金口座	当座預金口座	Other
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. 災害期間中に支払った、または支払う予定の災害に関連する損失や損害に対する出費額を記入してください。上記一覧に含まれていない人物により支払われる予定の金額や、災害期間に払い戻される金額は記入しないでください。ここで当てはまる出費には、以下が含まれます：

- a. 係る世帯の家屋や、世帯員の雇用や自家経営に不可欠なその他の不動産資産の損傷の修復に対する出費。 \$ _____
- b. 自宅が居住不可能になった場合、または係る世帯に帰宅できない場合の一時収容施設の出費。 \$ _____
- c. 災害のために避難を余儀なくされた場合の引越し費用による出費。 \$ _____
- d. 災害による損害からの自宅または事業の保護に関連する出費。 \$ _____
- e. 人身傷害に起因する医療費。 \$ _____
- f. 災害に関連する葬儀費。 \$ _____
- g. 災害に関連するベットの世話委託費。 \$ _____
- h. 衣類、電化製品、各種道具および文房具や教科書など、必要な身の回り品および家財道具の交換に関連する出費。 \$ _____
- i. 主な熱源として用いる燃料。 \$ _____
- j. 清掃用具費。 \$ _____
- k. 災害により損傷を受けた車両の修理費。 \$ _____
- l. 倉庫費用。 \$ _____

9. a. 上記一覧に記載された世帯員で、現在 CalFresh 給付金を受給されている方はいますか。 はい いいえ
 「はい」を選んだ場合、どなたですか _____ 郡 _____ 州 _____ 受給額 (月額) \$ _____
 b. その方は、今月分の CalFresh 給付金の代替金を申請するか、受け取っていますか?。 はい いいえ
 「はい」を選んだ場合、受け取った、または受け取る予定の金額はいくらですか。 _____

申請者の証明

私は、申請書における質問の内容を理解し、私の世帯が CalFresh 災害給付金を必要としていることをここに証明します。私は、上記の罰則の警告を読み (または読んでもらい)、私が適格であることを正確に判断するために必要なあらゆる情報を提供したことを認めます。私が選定されたら、災害給付金給付期間後の審査において、郡、州、および連邦の担当官に十分に協力します。また、私自身、別の成人の世帯員、または権限を持つ代理人が、不正確または不完全な情報を提供したことにより、余剰に支払われた給付金を払い戻す必要がある可能性についても承知しています。

私は偽証の罰則を適用する条件で、米国およびカリフォルニア州の法律および条例のもと、本報告書に記載の情報は真実で正しいものであり、報告を完了したことを宣言します。

署名 (成人の世帯員または権限を持つ代理人)	日付	WORKER'S SIGNATURE	DATE
"X" で署名した場合の証人	日付	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

郡役所使用欄

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from (6))	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from (7))	+ \$ _____
C. Total disaster period income (A+B)	= \$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from (8))	- \$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	= \$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	- \$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	= \$ _____

EBT Card Number issued

 YES NO