

**追加登録者に関する事実関係の陳述**

(CalFreshおよびキャッシュエイドの追加申請書)

**手順:** 新たに同居するようになった者について、本書式を記入してください。質問の答えが書ききれない場合は、別紙を添付してください。請求する給付に関する質問は、すべて記入してください。各質問の左側にキャッシュエイドは「CA」、CalFreshは「CF」と記号がつけられています。これで該当する質問を判断してください。

**あなたがキャッシュエイドを受給していて、新たな人物のための給付を希望する場合、この書類は、本人が子供である場合を除き、親類で現在キャッシュエイドを受給している成人の介護者か、あるいは本人が記入しなければなりません。**

**CalFresh受給家庭で、キャッシュエイドを受給していないか、あるいは、新たな人物に関してはキャッシュエイドを希望しない場合、この書類は、家族構成員、指定代理人、新たに加わる本人、いずれでも記入することができます。**

**インクで記入してください**

CA ① 記入者名前 (名、ミドルネーム、姓)  はい  いいえ  
CF

CA ② 新生児を含め、新たに同居するようになった方の一覧  はい  いいえ  
CF

名前 (名 ミドルネーム 姓) 米国民/非米国民 (✓)  米国民/米国籍  
 非米国民: スポンサー有り  はい  いいえ

SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号) 生年月日 妊娠している この方は、親ですか?  
 はい  いいえ  はい  いいえ

出生地 (市、州、国) 性別 (✓)  男性  女性 学歴 (✓)  
 高卒  
 GED取得  
 就学中  
 就学せず (説明してください):

既婚・独身等 視覚障害/聴覚障害/身体障害  
 既婚  独身  別居  はい  いいえ  
 離婚  同棲  死別

家庭の申請者・介護者・筆頭者と親族関係がありますか? この他に用いている名前: (旧姓、養子関係による名前等)  
「はい」の場合は説明してください。  はい  いいえ

申請する扶助の種類 (✓)  キャッシュエイド  CalFresh

CA ③ この方は、キャッシュエイド、CalFresh、ホームレス支援、Medi-Cal、 はい  いいえ  
CF 難民キャッシュ補助金等の給付をこれまでに受給したことがありますか?  
「はい」の場合は説明してください。

時期	場所 (郡、州、国)	給付の種類

CA ④ この方は、19才未満ですか? 「はい」の場合は下記に記入してください。  はい  いいえ

母親の名前 (✓) 同居	父親の名前 (✓) 同居	他方の親が同居していない理由	親に関し、次の理由により扶助が必要 (該当するものをすべてチェック)
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 不適格 <input type="checkbox"/> 死亡

CA ⑤ この方は、米国防で軍務についていたか、あるいは米国防で軍務に  はい  いいえ  
CF ついていた人の配偶者、親、子供ですか? 「はい」の場合は説明してください。

名前一覧、所属部隊等 名誉除隊  
 はい  いいえ

CA ⑥ この方は、現在カリフォルニア州に居住していて、引き続きカリ  はい  いいえ  
CF フォルニア州に居住する予定ですか?  
「いいえ」の場合は説明してください。

郡の使用のみ		
VERIFIED:	YES	NO
CASE NAME		
CASE NUMBER		
WORKER NAME		
WORKER NUMBER		
DATE RECEIVED		
SSN		
CF ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
CW 25 Completed		
QR 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		
Date of Entry to U.S. _____		
Excluded HH Member Code _____		
Work/Training/WTW Code _____		
VERIFIED: Deprivation <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
CW 5 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Date Initiated _____		

CA ⑦ CF	この方は、同居している里子ですか？ A. この子供は裁判所の保護命令であなたの家庭に来たのですか？ B. 里子と里子扶助所得をCalFreshケースに含めることをご希望ですか？ C. 子供はヘルスケアプランに加入していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<b>郡の使用のみ</b> 7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: 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 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service
CA ⑧ CF	A. この方は16才以上で、学校・大学・職業訓練プログラムに参加していますか？「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	学校/大学/職業訓練の名称	単位数/時間数 (週あたり)	卒業が予想される予定日	就労中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	受講している場合は、ステータス (✓) をチェック <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他 (具体的に):				
CA CF	B. この方が大学あるいは同等の教育機関に就学している場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	学期 <input type="checkbox"/> セメスター <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> クォーター	学期あたりの授業料 \$	学期あたりの書籍代・その他の費用 \$		
	学校/保育園等への往復の距離 (MILES)	週あたりの利用日数	使用する交通手段		
	週あたりの交通費 \$	カープールのメンバーが支払う額 \$	1日あたりの公共交通手段料金 (バス等) \$		
CA ⑨ CF	この方は、品質管理レビュー時の非協力、仕事口あるいは職業訓練に関する制裁措置、福祉関連の不正行為、故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation) 等により、一定の期間あるいは永久的にキャッシュエイドやCalFreshの給付を中止されたことがありますか？「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	理由	時期	郡/州		
CA ⑩ CF	家族構成員に、重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者がいますか？ 「はい」の場合は、その者の名前:	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
CA ⑪ CF	家族構成員に、裁判所から執行猶予またはの規定に違反したと判断されている者がいますか？「はい」の場合は、その者の名前:	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
CF ⑫	この方は、他の家族構成員と別に食料品を購入して食事を準備していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF ⑬	この方は年齢60才以上で、障害のために別に食料品を購入して食事を準備することができませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF ⑭	この方は、食費や部屋代をあなたに支払っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	チェックしてください (✓)	金額	頻度	食事の回数	Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER
	<input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 部屋代 <input type="checkbox"/> 両方	\$			
CF ⑮	この方は、次のプログラムから食料品を入手していますか？ ● 高齢者や障害者のための共同食事施設 ● ネイティブアメリカンの居留地 (Native American reservation) が運営している食料品配給プログラム ● その他の食料品プログラム 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	プログラムの名称				

CA 16	この方は現在働いていますか、それとも今後働く予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						郡の使用のみ (✓) if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child		
CF	「はい」の場合は下記に記入してください。支払明細書やその他の収入の証拠を添付してください。仕事が始まっていない場合は開始予定日を記入してください。 (注意事項：自営業の場合、別紙に事業支出すべてを一覧表として記載し、この書類に添付してください)。								CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
雇用者の名前		自営業 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	職業	月あたりの労働日数/時間数				Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
給料日		控除前の賃金 \$ (あたり)	チップや歩合 <input type="checkbox"/> はい 額 \$ <input type="checkbox"/> いいえ				Child Care Informing Given to Client:		
この所得は継続しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合、すべての変更を説明してください。								Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
CA 17	A. この方は、仕事や職業訓練に出かけたり、職探しができるよう、子供、 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
CF	成人の障害者、その他の扶養家族の介護費を誰かに支払っていますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。						Dependent Care Eligible		
介護を受ける者の名前		介護する者の名前		月の支払額 \$		CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
介護を受ける者の名前		介護する者の名前		月の支払額 \$		CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
CA B.	この方は、子供の養育費を受け取っていますか？親類や友人が払っている費用、教育省、 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
CF	学生扶助 (Student Aid)、ブロック奨学金 (Block Grant)、Cal-Learn (ティーンの子供に向けたCalWorks教育プログラム)、TCC (暫定的児童ケアプログラム)、NET (非GAIN教育およびトレーニングプログラム)、WTW (福祉から就業へ)、SCC (補助的児童ケアプログラム)、CAAP (カリフォルニア州代替アシスタンスプログラム) 等が含まれます。「はい」の場合は下記に記入してください。								
子供の名前		支払っている者		月の支払額 \$					
子供の名前		支払っている者		月の支払額 \$					
CA 18	この方は、過去60日間に仕事や職業訓練をやめたり、拒否していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						YES NO		
CF	「はい」の場合は下記に記入してください。						Emp. Statement		
雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地		この方は、今月給与や給付を受け取ったか、あるいは受け取る予定ですか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				Good Cause Determ			
		最後の給与小切手を受け取った日付	控除前の額 \$		Voluntary Quit				
		小切手を受領する予定の日付	控除前の額 \$		<input type="checkbox"/> CA: 30 days				
働いたか訓練を受けた時間数		働いたか訓練を受けた最後の日	チップや歩合 <input type="checkbox"/> はい 額 \$ <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CF: 60 days				
先月 _____		仕事・職業訓練を止めた理由							
今月 _____									
CA 19	この方は、ストライキ中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						Striker Regs Apply		
CF	「はい」の場合は下記に記入してください。						CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地		組合の名称		ストライキの開始日				CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
				ストライキ前にこの職で得ていた月の総収入 \$					
CF 20	この方は子供の養育費や配偶者の生活費を支払っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
子供または配偶者の名前		月額 \$	裁判所命令 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				Amount Ordered \$		
CA 21	この方は、社会保障、失業保険・傷害保険、キャッシュエイド、 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
CF	子供養育費・配偶者扶助、退役軍人給付、無料の住居、無料の公共料金等の他の給付を過去12ヶ月の間に、申請あるいは受領していますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。								
給付の種類		額 \$	申請した日付	所在地 (郡/州)	最終受領日	頻度 (毎週、毎月等)	予定日 (開始および終了)	(✓) if Exempt	
							開始:	CA	
							終了:	CF	
この所得は継続しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合、すべての変更を説明してください。									

CA 22	CF	この方は、米国外を含め、土地や建物などの不動産を所有しているか、あるいは購入中ですか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<b>郡の使用のみ</b> Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">種類 (土地、家屋、集合住宅等)</th> <th style="width:20%;">使用目的 (住居、賃貸の家・アパート等)</th> <th style="width:20%;">所在地または場所</th> <th style="width:20%;">見積もり価格</th> <th style="width:20%;">未払い額</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	種類 (土地、家屋、集合住宅等)	使用目的 (住居、賃貸の家・アパート等)	所在地または場所	見積もり価格	未払い額				\$	\$															
種類 (土地、家屋、集合住宅等)	使用目的 (住居、賃貸の家・アパート等)	所在地または場所	見積もり価格	未払い額																							
			\$	\$																							
CA 23	CF	A. この方は、次の財産をどれか持っていますか？ 「はい」の場合は、該当項目にチェックし (✓) 下記で説明してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">財産</th> <th style="width:10%;">はい</th> <th style="width:10%;">いいえ</th> <th style="width:20%;">財産</th> <th style="width:10%;">はい</th> <th style="width:10%;">いいえ</th> </tr> <tr> <td>小切手や現金 (家その他に保管)</td> <td> </td> <td> </td> <td>信託資金</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>当座預金／普通預金／クレジットユニオン口座</td> <td> </td> <td> </td> <td>株式、債券、証書、IRA、年金ファンド</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>手形、家のローン、信託証書、販売契約書</td> <td> </td> <td> </td> <td>その他 (下記に一覧)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	財産	はい	いいえ	財産	はい	いいえ	小切手や現金 (家その他に保管)			信託資金			当座預金／普通預金／クレジットユニオン口座			株式、債券、証書、IRA、年金ファンド			手形、家のローン、信託証書、販売契約書			その他 (下記に一覧)			
財産	はい	いいえ	財産	はい	いいえ																						
小切手や現金 (家その他に保管)			信託資金																								
当座預金／普通預金／クレジットユニオン口座			株式、債券、証書、IRA、年金ファンド																								
手形、家のローン、信託証書、販売契約書			その他 (下記に一覧)																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">財産の種類</th> <th style="width:15%;">名義人</th> <th style="width:15%;">口座番号／契約番号</th> <th style="width:25%;">銀行等の名称および所在地</th> <th style="width:15%;">現在の価値</th> <th style="width:10%;">(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td>CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td>CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	財産の種類	名義人	口座番号／契約番号	銀行等の名称および所在地	現在の価値	(✓) if Exempt					\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>					\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>							
財産の種類	名義人	口座番号／契約番号	銀行等の名称および所在地	現在の価値	(✓) if Exempt																						
				\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>																						
				\$	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>																						
CA 24	CF	B. この方は、利子や配当などのその他の財産からの収入がありますか？ 「はい」の場合は、各項目を一覧表にして下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">支払元</th> <th style="width:20%;">金額</th> <th style="width:40%;">頻度</th> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	支払元	金額	頻度		\$			\$																	
支払元	金額	頻度																									
	\$																										
	\$																										
CA 25	CF	この方は、自家用車、トラック、ボート、トレーラー、バン、モービルホーム、オフロード車 (ATV)、オートバイ、ジェットスキー等を所有・リース・使用していますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(✓) If Exempt Leased <input type="checkbox"/> Vehicle Valuation _____  <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">リースの場合はチェックして所有者名 (✓)</th> <th style="width:15%;">使用目的</th> <th style="width:15%;">年式、メーカー、車種</th> <th style="width:15%;">ライセンス番号および登録の州</th> <th style="width:15%;">ライセンス付き (✓)</th> <th style="width:15%;">見積もり価格</th> <th style="width:15%;">未払い残高</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> <input type="checkbox"/> はい  <input type="checkbox"/> いいえ         </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	リースの場合はチェックして所有者名 (✓)	使用目的	年式、メーカー、車種	ライセンス番号および登録の州	ライセンス付き (✓)	見積もり価格	未払い残高					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$											
リースの場合はチェックして所有者名 (✓)	使用目的	年式、メーカー、車種	ライセンス番号および登録の州	ライセンス付き (✓)	見積もり価格	未払い残高																					
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$																					
CA 26	CF	この方は、宝石、家財道具、家畜等、個々の価格が最低\$100だったもの、あるいは現在の価値が最低\$100以上である個人資産を所有あるいは使用していますか？ 衣類、結婚指輪、絨毯、家具、家電類、その他家の設備などは含めないでください。 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">名義人</th> <th style="width:20%;">品名</th> <th style="width:15%;">購入日</th> <th style="width:20%;">購入価格または現在の価値</th> <th style="width:25%;">未払い残高</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	名義人	品名	購入日	購入価格または現在の価値	未払い残高				\$	\$				\$	\$										
名義人	品名	購入日	購入価格または現在の価値	未払い残高																							
			\$	\$																							
			\$	\$																							
CA 27	CF	この方は、キャッシュエイドの場合は過去2年間、CalFreshの場合は過去3ヶ月間に不動産あるいは個人的資産を売却・譲渡・贈与したことがありますか？ 「はい」の場合は下記に説明してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">保険会社名</th> <th style="width:25%;">保険契約番号</th> <th style="width:25%;">保険料を支払った者 (名前)</th> <th style="width:25%;">支払額</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	保険会社名	保険契約番号	保険料を支払った者 (名前)	支払額				\$		Total CSV (1) _____ (2) _____  Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____															
保険会社名	保険契約番号	保険料を支払った者 (名前)	支払額																								
			\$																								
CA 28	CF	この方は、Blue Cross、Kaiser、CHAMPUS、Medicare等の雇用者あるいは同居していない親が支払っている保険を含む、健康保険や入院保険に加入していますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">保険会社名</th> <th style="width:25%;">満期日</th> <th style="width:25%;">保険料</th> <th style="width:25%;">支払の頻度</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	保険会社名	満期日	保険料	支払の頻度			\$																		
保険会社名	満期日	保険料	支払の頻度																								
		\$																									

CA 29 この方は、今月あるいは今月に先立つ3か月間で医療措置／ 妊娠措置を受けていましたか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<b>郡の使用のみ</b> Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
介護を受けた者の名前	介護を受けた月数	支払いは措置のための ものでしたか？		これらの月にMEDI-CALを 希望しましたか？				
		はい	いいえ	はい	いいえ			
CA 30 この方には、親、雇用者あるいは同居していない親などの利用可能な 健康保険で申請していませんがありますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> DHS 6155	
保険会社名	保険料	支払の頻度						
	\$							
	\$							
CA 31 この方には、働くことや自分自身の世話をすることが困難になるような CF 怪我や事故による障害がありますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<b>VERIFIED:</b> Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C	
問題の種類	問題が始まった日付	回復が予想される日付						
CA 32 A. この方は、医療上、次のいずれかが必要な状況にありますか？ CF 各項目の「はい」か「いいえ」をチェックしてください(✓)							CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ <b>VERIFIED:</b> CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C	
	はい	いいえ		はい	いいえ			
医師の処方による特別な食事			水道光熱費等の大量使用					
特別な交通手段のニーズ			特別な洗濯サービス					
特別な電話などの機器			その他(具体的に)：					
家事(家庭の者が誰もできない)								
「はい」の場合は説明してください。								
CA 32 B. この方は、在宅支援サービス(In-Home Supportive Services: IHSS) CF を受けていますか？ 「はい」の場合、毎月の支払額は？ \$ _____					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> DFA 285-C	
CA 33 以下のサービスが利用できます。あなた自身あるいは家族構成員の誰かに関し、 これらの質問に回答することはあなたの受給資格には影響しません。 各項目の「はい」か「いいえ」をチェックしてください(✓)					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral	
A. 21才未満の子供に資格がある子供の健康と障害予防プログラム(Child Health and Disability Prevention program: CHDP)を介して請求することにより、家族 の健康を守るために役立つ定期健診を受けることができます。 ・ CHDPサービスについての詳しい情報をご希望ですか？..... ・ CHDP医療サービスをご希望ですか？..... ・ CHDP歯科サービスをご希望ですか？..... ・ CHDPサービスの予約や交通手段に、補助が必要ですか？.....								
B. 家族構成員の誰かが妊娠した場合、医師を見つけたり、健康的な食品を入手するなど、 補助を得ることができます。このような補助に関し、ご相談を希望されますか？								
C. 家族構成員に授乳している方がいますか？..... 「はい」の場合、出産は過去12ヶ月以内ですか？..... 33 BまたはCに「はい」と回答した場合、女性・幼児・児童対象特別補助食品 プログラム(Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children, WIC)が提供するサービスを受けることができます。							<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	
D. あなた自身や家族構成員で、無料あるいは低コストの家族計画サービスを希望 される方がいますか？ 「はい」の場合、ご自身のヘルスケアプランまたはかかりつけの医師にご連絡 ください。 または、個人の秘密を守る家族計画クリニックに関する情報や場所については、 フリーダイヤル1-800-942-1054まで電話でお問い合わせください。							<input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____	

## 証明

### 私は以下の点を了解いたします。

- 給付や所得に関する事実を含め、私が提供するすべての事実は、雇用者、社会保障局 (Social Security Administration)、税務署、福祉事務所、職業斡旋機関、学校等の連邦・州・地方各レベルの機関に照会されます。キャッシュエイドやCalFreshについては、逮捕状が出ているかどうか、警察関連機関とも記録が照合されます。
- 給付や所得に関する事実を含め、私が提出するすべての事実は、連邦・州・地方各レベルのスタッフにより検討・確認され、誤った事実を提供した場合、キャッシュエイド、CalFresh、Medi-Calは拒否あるいは中止されることがあります。
- 私のケースは、受給資格が正しく計算されているか確認するための見直しのために選ばれる場合があり、品質管理の検査を含め、調査や検査では、連邦・州・地方各レベルのスタッフに、私は協力する必要があります。
- 郡は、移民法上の地位を確認するために事実情報を米国市民権・移民サービス (U.S. Citizenship and Immigration Services: USCIS) に送付します。USCISから郡が得る情報は、キャッシュエイド、CalFresh、完全なMedi-Calの受給資格に影響する場合があります。ただし私がMedi-Calのみを申請する場合で
  - (a) 合法的な居住者 (lawful permanent resident alien: LPR)、
  - (b) 有効なI-688を所持する難民外国人、
  - (c) 法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL) のいずれでもない場合、群が事実情報をUSCISに送付することはありません。
- 費用がかからない限り有効可能な健康保険を申請して有効に保つ必要があります。こうしない場合、Medi-Calは拒否されたり停止されることとなります。
- 私自身あるいは家族構成員は、受給すべきでなかったキャッシュエイドの払い戻しが求められるものとします。
- CalFresh受給家庭、CalFresh受給家庭の成人構成員 (同居しなくなった場合を含む)、非米国市民の家族構成員のスポンサー、受給資格のある施設に居住する者の指定代理人は、受給すべきでないのに受給してしまった給付の返還することが求められる場合があります。
- 重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者、あるいは保護観察期間や保釈違反の者は、キャッシュエイドやCalFreshを受け取ることはできません。
- キャッシュエイドに関して、郡は、私および他の家族構成員の指紋押捺と写真撮影を要求できます。私たちが協力しないと、給付はすべて拒否あるいは停止されることがあります。

### 私はさらに以下の点を了解いたします：

キャッシュエイド、CalFresh、Medi-Calの受給資格や給付に影響する事実や状況に関し、故意に虚偽の事実を述べたり、事実全体を報告しない場合、欠格とされたり、福祉不正行為罰則を受けます。

#### キャッシュエイドの場合：

- キャッシュエイド規則に従わない場合、最高\$10,000の罰金刑、最高3年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方を科せられる場合があります。さらにキャッシュエイドは、中止されることがあります。
  - 事実をすべて報告しなかったり、誤った事実を報告した場合、最初の違反で6ヶ月、2回目の違反で12ヶ月、3回目の違反で永久に中止となります。難民キャッシュ支援の場合は最初の違反で3ヶ月、2回目以降の違反で6ヶ月中止となります。
  - 同じ時期に複数のケースに対し、同時に1通以上の申請書を提出している場合、最初の違反で2年、2回目の違反で4年、3回目の違反で永久に中止となります。
  - 受給するために重罪詐欺で有罪判決を受けた場合、\$2,000未満の窃盗の場合は2年間、\$2,000から\$4,999.99までの窃盗の場合は5年間、\$5,000以上の窃盗の場合は永久に中止となります。
  - 複数の郡あるいは州で同時に受給するために虚偽の居住証明を郡に提出した場合、受給資格のない子供あるいは実在しない子供について虚偽の事実を郡に提出した場合、詐欺行為により現金給付で\$10,000を超える額を取得した場合、詐欺行為で法廷または行政聴聞会から3度目の有罪宣告を受けた場合は永久に中止となります。

#### CalFreshの場合：

- CalFresh規則に従わなかった場合、CalFreshは最初の違反で12ヶ月、2回目の違反で24ヶ月、3回目の違反で永久に中止となります。さらに、最高\$250,000の罰金刑、最高20年の禁固懲役刑のいずれかまたは両方が科せられる場合があります。
- 次の理由で法廷で有罪とされた場合：
  - CalFreshを武器・火薬・爆発物と交換あるいはこれらを手に入れるために売却した場合、最初の違反で、CalFreshは永久に中止されることがあります。
  - CalFreshを規制薬物と交換あるいはこれを手に入れるために売却した場合、最初の違反で、CalFreshは、24ヶ月、2回目の違反で永久に中止されることがあります。
  - \$500以上のCalFreshを売却または交換した場合、CalFreshは、永久に中止されることがあります。
  - 複数のCalFresh申請書を同時に申請し、偽りのIDや居住地を提示した場合、CalFreshは10年間停止される場合があります。

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この書類に含まれている情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

署名 (親または介護する親類の者、MEDI-CAL申請者、CALFRESH受給家族構成員または正式の代理人)

署名 (に申請する場合は、同居しているもう一方の親)	日付	記号の場合の証人、通訳、その他申請者/受給者の代理人の署名	日付
----------------------------	----	-------------------------------	----