

# 16才未満の子供を追加するための事実関係陳述書

(キャッシュエイドおよびCalFreshの追加申請書)

## 手順:

同居する新たな子供のためにこの書類に記入し、「証明」セクションに署名してください。書ききれない場合は、別紙を添付してください。子供1名につき1通必要です。

キャッシュエイドを受けている場合で新たな子供にも給付を希望する場合、この書類は親あるいは親類の成人介護者が記入する必要があります。

CalFresh受給家庭でキャッシュエイドを受給していない場合や希望しない場合は、成人の家族構成員あるいは正式の代理人が記入する必要があります。

親の状況により子供が扶助を必要としている場合、該当する者を(✓)チェック

1. 親または介護する親類の名前					電話 ( )				
2. この子供に関する事実をすべて記入してください。					死	働	住	課	状
子供の名前 (名、ミドルネーム、姓)									
Social Security Number (社会保障番号)		性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	他方の親の名前						
出生地 (市、州、国)			生年月日 (月、日、年)		視覚障害/聴覚障害/身体障害 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
申請する扶助の種類 (✓) <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> CalFresh			米国民/非米国民 (✓) <input type="checkbox"/> 米国民/米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国民: スポンサー有り		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
申請者あるいは介護する親類との関係					6才未満の場合、予防接種はしていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 6才以上				
3. この子供は里子ですか?					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
A. この子供は裁判所の保護命令であなたの家庭にきたのですか?					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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?					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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				
4. 子供はキャッシュエイドあるいはCalFreshを今月受け取りましたか? 「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				
扶助の種類 <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> CalFresh			場所 (郡、州)						
5. 子供は、次のような収入があるか、あるいはあると予測されていますか? 所得、補助社会保障給付金/州の補助給付金 (Supplemental Security Income/State: SSI/SSP)、社会保障給付、養育費、里子料 (Foster Care Payment)、退役軍人給付など。「はい」の場合					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
所得の種類	額 (控除があれば控除前)	時期	頻度		Income		(✓) if exempt		
	\$				Unearned	Earned	CA	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、分かっている変更を説明してください。									
6. A. この子供は妊娠中あるいは親となっている13才~19才の子供ですか? 「はい」の場合、状態をチェック(✓)してください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 親となっている13~19才					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
就学学歴は該当するものをチェック (✓) <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> その子供は今月キャッシュエイドまたはCalFreshを受けましたか? <input type="checkbox"/> 就学せず (説明してください) : <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> その他 (説明してください) :									
B. Cal-Learn (ティーンズの親に向けたCalWorks教育プログラム) プログラムに関し、この子供はキャッシュボーナス、罰則、養育費や交通費の補助を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。									
場所 (郡)			場所 (郡)						
7. この子供の親が米国で軍務についてい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				
親の名前	親は米国民 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	軍務の部署	軍務の時期	名誉除隊 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
8. この子供のためにCalFreshを申請する場合で、子供が米国民でない場合は、下記に記入してください。									
A. この子供自身、この子供の親、いずれか一方あるいは両者とも米国に合計でそれぞれ何年間居住していますか?									
B. 米国に居住している期間、この子供自身、この子供の親、いずれか一方あるいは両者とも米国で働くことにより何年間収入を得ていましたか?									
C. 米国に居住していない期間、この子供自身、この子供の親、いずれか一方あるいは両者とも米国あるいは米国企業で合計何年間働きましたか?									

## 官用欄

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  FC  
 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

				官用欄	
<b>9. 子供は、次のような所有物や財産がありますか？現金、土地、銀行口座、信託資金、貯蓄債券、 ネイティブアメリカンの一人当たりの支払いや信託資金、その他。</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。				<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	
財産の種類	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		
			\$		
<b>10. 子供はMedicareや親あるいは親の雇用者が支払っているBlue Cross、Kaiser、CHAMPUS などの健康保険に加入しますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は保険の補償範囲を記載してください。				<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
<b>11. 子供は成人として重罪告訴され、拘留または有罪判決後の懲役刑を逃れるために潜伏中または 逃亡中ですか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
<b>12. 子供は裁判所から執行猶予または保護観察の規定に違反したと判断されていますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
<b>13. A. キャッシュエイドを受給できる場合、21才未満で資格のある家族構成員は、子供保健障害防止プロ グラム（Child Health and Disability Prevention Program: CHDP）を通して健康診断を受けるこ とができる場合があります。</b>				はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHDPサービスについての詳しい情報をご希望ですか？ .....</li> <li>• 無料のCHDP医療または歯科サービスをご希望ですか？ .....</li> <li>• 診察の予約や医師／歯科医のところまでの交通手段に、補助が必要ですか？ .....</li> </ul>					
<b>B. 予防接種サービスについての詳しい情報をご希望ですか？</b> .....					
<b>C. 非差別、アルコール／薬物カウンセリング、過去の医療費の支払い、その他の特別なニーズにつ いての情報を希望ですか？</b> .....					
<b>D. 妊娠している方で、医師や医療のための交通手段、 その他の補助が必要ですか？</b> .....					
<b>E. 授乳している方がいますか？</b> .....					
「はい」の場合、出産は過去12ヶ月以内ですか？ .....					
<b>F. 子供の数の計画や、予定のない妊娠の防止に、家族計画クリニック（Family Planning Clinic） についての情報やサービスをご希望ですか？</b> .....					
				<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:	

**証明**

私は以下の点を了解いたします。

- 受給資格や給付額に影響を与えることを目的として、虚偽の事実を提出したり、すべての事実や状況を報告しない場合、罰金刑、禁固／懲役刑のいずれかまたは両方科せられることがあります。キャッシュエイドの場合最高\$10,000、CalFreshの場合最高\$250,000の罰金刑が科せられる場合があります。キャッシュエイドの場合は最高3年、CalFreshの場合は最高20年の禁固／懲役刑が科せられる場合があります。キャッシュエイドとCalFreshの給付は6ヶ月、12ヶ月、2年、4年、5年、10年、20年、永久に停止される場合があります、難民キャッシュ支援は、3ヶ月か6ヶ月停止される場合があります。
- 私のケースは、受給資格審査の再検討のために選ばれる場合があります。品質管理の再検討では、郡／州／連邦政府のスタッフに完全に協力する必要があります。
- 私が提出する事実は、地域、州、連邦政府のスタッフがチェックすることができます。
- 郡は移民法上の地位の証拠に関して、米国市民権・移民サービス（USCIS）に事実を問い合わせることができます。
- 郡がUSCISから入手する情報はキャッシュエイドやCalFreshの受給資格に影響する場合があります。
- 私が提出する事実は税務当局、福祉局、就業機関、公立学校、社会保障管理局等でチェックされ、キャッシュエイドやCalFreshにおける子供の受給資格の審査や、私が適切な額のキャッシュエイドやCalFreshを受給しているかどうかの審査に利用されます。さらに、社会保障番号は、逮捕状が出ているかどうか司法機関に照会されます。

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、この陳述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。

この書類に署名すべき者： **キャッシュエイドの場合：**あなたおよび扶助を受ける配偶者、登録済み家庭内パートナー、あるいは扶助を受ける子供の他方の親（同居している場合）。  
**CalFreshの場合：**成人の家族構成員または正式の代理人。

介護する親戚の者、成人のCALFRESH受給家族構成員、正式の代理人の署名	日付
キャッシュエイドを受給している配偶者、または家庭内パートナー、あるいはキャッシュエイドを受給している子供のもう一方の親（同居している場合）の署名	日付
記号の場合の証人、通訳、その他この書類を記入した者の署名	日付

**官用欄**

<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