

事実関係の陳述書

この書式は、申請者との対面面接中に受給資格担当者が記入するためのものです。しかしながら、フードスタンプ受給家庭の再審査や郵便による申請時など特別な状況では、申請者が記入することができます。

A. 家庭構成員は全員米国市民ですか？

はい いいえ
 (「はい」の場合は E に飛ぶ)

移民法上受給資格がなく給付を申請しない家族構成員に関する移民法上の地位情報は、提供する必要がありません。

氏名	スポンサー有り	家庭構成員は各人、米国に何年いますか？	この期間のうち何年間、あなた自身、あなたの配偶者、あなたの親(あなたが18才になるまで)が、米国で働いていましたか？	米国に居住していない期間、あなた自身、あなたの配偶者、あなたの親(あなたが18才になるまで)は、米国あるいは米国企業で何年間働きましたか？
1.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
2.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
3.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
4.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
5.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
6.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
7.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
8.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
9.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
10.	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

B. 家庭構成員の非米国市民は、米国で軍務についているか退役軍人、あるいは米国で軍務についているか退役軍人の配偶者あるいは扶養されている子供ですか？ 「はい」の場合は説明してください。

はい いいえ

氏名	軍務の部署	軍務についていた日付

C. 家庭構成員で、虐待された非米国市民がいますか？

はい いいえ

D. 家庭構成員の誰かが、米国で 40 四半期または 10 年間働いていましたか？ 「はい」の場合は、その者の名前：

はい いいえ

最低 40 四半期を働いた者の氏名

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker Number

Date

TYPE OF APPLICATION

New Recert
 Residency verified
 Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Honorable Discharge verified

YES NO

USCIS Petition Filed?

YES NO

40 Quarters Verified

Own Quarters

Spouse's Quarters

Spouses' Combined Quarters

Parent(s) Quarters

CFAP YES NO

Person #: _____

事実関係の陳述書

K. 仕事あるいは職業訓練の制裁措置、扶養者のいない健全成人 (ABAWD) の利用規則違反、故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation)、福祉関連重罪などの理由でフードスタンプ給付が停止された者がいますか? 「はい」の場合は下記に説明してください。 はい いいえ

氏名	内容	理由	時期	期間	どの郡/州

L. 16 才以上で、学校・大学・職業訓練プログラムに参加している方がいますか? 「はい」の場合は下記に説明してください。 はい いいえ

氏名	学校名	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他	学期あたり単位数: _____	就労中ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 時間数: _____

M. 過去 60 日以内に仕事や職業訓練を止めたか拒否した方がいますか? ストライキ中の方がいますか? 「はい」の場合は下記に説明してください。 はい いいえ はい いいえ

氏名	ストライキ中 仕事を止めた/拒否した <input type="checkbox"/>	最後に働いた日	最後に支払を受けた日
雇用者/職業訓練の名称および所在地	<input type="checkbox"/>	仕事/職業訓練を止めたか拒否した場合、説明してください。	

N. 家屋、銀行口座、法的和解金や事故の和解金、その他の個人資産を過去 3 ヶ月の間に売却、消費、贈与した方がいますか? 「はい」の場合は下記に説明してください。 はい いいえ

氏名	事由

O. どこかに不動産を所有あるいは購入中ですか (米国内または米国外)? 「はい」の場合は下記に説明してください。 はい いいえ

種類	所在地	用途: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 貸家	名義人	見積価格: 未払い額:

COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
 YES NO

Good cause if sanction was imposed?
 YES NO

Minimum FS sanction completed?
 YES NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
 YES NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
 YES NO

FS Eligible Student
 YES NO

FS Eligible Student
 YES NO

Striker Regs Apply
 YES NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
\$ _____

Voluntary Quit
 YES NO

Good Cause
 YES NO

事実関係の陳述書

P. 子供を含め、下記の財産をいずれか持っていますか？
「はい」の場合は下記に説明してください。

はい いいえ

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 現金または小切手 | <input type="checkbox"/> マネーマーケット口座 | <input type="checkbox"/> IRA または Keogh Plans |
| <input type="checkbox"/> 年金資金 | <input type="checkbox"/> 信託資金 | <input type="checkbox"/> 採油、採掘、採鉱権 |
| <input type="checkbox"/> 販売契約書 | <input type="checkbox"/> クレジットユニオン口座 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 株式、債券、証書 | <input type="checkbox"/> 社員繰延給与 | |
| <input type="checkbox"/> 家のローン | <input type="checkbox"/> 当座預金または普通預金 | |

財産の種類	名義人	現在の価値	未払い額 (該当する場合)	銀行等の名称および所在地	口座番号

Q. 子供を含め、誰か、下記から金銭を得ているか、あるいは得る予定ですか？

はい いいえ

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 現金支援 (CalWORKs, Refugee Assistance, CAPI, General Assistance/Relief, Tribal TANF) 州からの給付 (失業保険給付や障害保険給付) 退役軍人管理局からの支 | <ul style="list-style-type: none"> 払 (障害、教育、扶助および介護等) 社会保障給付や SSI/SSP 鉄道退職委員会 (障害や年金) その他の障害給付、退職給付、遺族給付 養育費、扶養手当 | <ul style="list-style-type: none"> 教育助成金、学資ローン、奨学金 1人当たりの支払 賞金 (ビンゴ、宝くじ、賞金等) ストライキ手当 | <ul style="list-style-type: none"> 職業訓練手当 その他 |
|--|--|--|---|

氏名	支払元	金額	頻度

R. 子供を含め、働いているか、今後2ヶ月の間に働く予定の方がいますか？
「はい」の場合は下記に説明してください。

はい いいえ

名前	雇用者/所在地	労働時間数 (ひと月当たり)	月次総収入

S. 職場、職業訓練施設、学校、職探し等に出かけられるよう、子供または成人障害者の介護の支払を行っている方がいますか？ 「はい」の場合は下記に説明してください。

はい いいえ

介護を受ける者の名	支払者の名前	金額	頻度
		\$	
		\$	

COUNTY USE ONLY

Total Value = _____

SSI pending YES NO

Interim Assistance YES NO

GA YES NO

CAPI YES NO

Person #: _____

Self-employed?

Actual 40%

Is the caretaker a household member?

YES NO

事実関係の陳述書

COUNTY USE ONLY

T. あなたの子供の養育費全部あるいは一部を誰か支払っていますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に説明してください。

支払者の名前	支払額 \$ _____ (_____ 当たり)
--------	------------------------------

U. 養育費を支払っている方がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に説明してください。

支払者の名前	養育費を受け取る子供の 名前 (ひと月当たり)	金額	裁判所命令？
		\$ _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		\$ _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

V. 住居費が必要な方が家庭にいますか？ はい いいえ

	氏名	総額	あなたが支払う額	家族あるいは他の 家庭構成員が支払う額	支払頻度
家賃または住宅費		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
固定資産税および保険料 (個別の場合)		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
冷暖房のためのガス・ 電気・その他の燃料代		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
上下水道料、ごみ収集料		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
電話料金		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
その他の支出		\$ _____	\$ _____	\$ _____	

W. フードスタンプは、あなた以外の家庭構成員や家庭構成員でない方が受け取りに来るようにすることが可能です。誰かを指定する場合は下記に記入してください。

正式代理人の名前	正式代理人の住所	電話番号
----------	----------	------

X. 医療保険 (Medi-Cal や Healthy Families) などの情報や紹介に関心がありますか？ はい いいえ

Court order on file?
 YES NO

Amount ordered: \$ _____

Total housing verified?
 YES NO

Total housing
\$ _____

Shared housing
 YES NO

Utilities verified?
 YES NO

Heating or Cooling verified?
 YES NO

Utility Allowance?
 SUA
 LUA
 TUA

事実関係の陳述書

証明

- 私はこの書式の質問を理解しています。
- 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、雇用者、社会保障局 (Social Security Administration)、税務署、福祉事務所、職業斡旋機関等の連邦・州・地方各レベルの機関に照会されることを了解いたします。
- フードスタンプ給付を申請する非米国市民の場合、市民権上の地位を確認するために、米国市民権および移民サービス (U.S. Citizenship and Immigration Service: USCIS)、労働四半期数を確認するために、社会保障局 (Social Security Administration) に郡が情報を送ることを了解いたします。
- USCIS や Social Security から郡が入手する情報が私のフードスタンプ受給資格に影響することを了解いたします。
- 給付や所得に関する事実を含め、私がこの書類で提出するすべての事実は、連邦・州・地方各レベルの機関のスタッフにより調査・検討され、誤った事実を提出した場合、フードスタンプ給付が拒絶あるいは停止されることを了解いたします。
- 私は、私の権利と責任 (DFA 285 A3) を理解し、責任に従うことに同意するものです。
- DFA 285 A3 に記載されている、フードスタンプ給付の欠格罰則を含め、フードスタンプの受給資格や給付に影響する可能性のある事柄に関し、不完全な事実を提供することや、事実や状況を報告しなかった場合の罰則を了承いたします。
- フードスタンプ受給家庭、フードスタンプ受給家庭の成人構成員 (同居しなくなった場合を含む)、非米国市民の家庭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正式代理人は、受給すべきでないのに受給してしまった給付を返還することが求められることを了承いたします。
- 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ることを了承いたします。
- 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あるいは保釈違反の者は、キャッシュエイドやフードスタンプを受け取ることはできないことを了承いたします。
- 規制薬物の製造・販売・配布、またはこのような不法行為に関連する行為、マリファナの収穫・栽培・処理、これらの行為に未成年者を巻き込んだ行為、いずれかに関し、1996年8月22日以降に薬物に関わる重罪で有罪判決を受けた者は、フードスタンプ給付を受けることができないことを了承いたします。

郡が私の回答に基づいてこの書類を記入した場合、私が内容を確認し情報が正確に記録されていることに同意することを了承します。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、この陳述書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 (成人の家庭構成員または指定された代理人)

日付

証人または通訳の署名

日付

受給資格担当者の署名

日付