

## SAR 7給付資格状況報告



報告月 \_\_\_\_\_

給付を遅延無く受け取るために、\_\_\_\_\_月1日以降に書類に署名し、\_\_\_\_\_月5日までに提出してください。

ケース番号： \_\_\_\_\_

お困りですか？ (County Specific instructions w/county url)

ワーカー名： \_\_\_\_\_

(DIST. ID HERE)

ワーカー電話番号： \_\_\_\_\_

国： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

市、州、ジップコード \_\_\_\_\_

バーコード： \_\_\_\_\_

下記のいずれかの受給を停止したい場合は、該当するチェックボックスにマークを入れてください。  CalWORKsを停止する  CalFreshを停止する  
 Medi-Calを停止する1. 最後の報告以降、あなたの家庭で同居を開始または終了した者（新生児を含む）、ないしはあなたが他の家庭で同居を開始していますか？  はい  いいえ (はいの場合は以下に記入してください)

移動の日付 (月、日、年)	氏名 (名、ミドルネーム、姓)	生年月日	続柄	定期的と一緒に買い物や調理を しますか？
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2. 最後の報告以降、住所に変更はありましたか？  はい  いいえ (いはいの場合は以下に記入してください。)

新住所： \_\_\_\_\_ 転入日： \_\_\_\_\_

郵送先住所 (上記と異なる場合) \_\_\_\_\_

3. 最後の報告以降移動している場合は、以下に記入してください。

一ヶ月当たりの家賃または借入金の金額 \$ _____	別途支払っている場合は、一月当たりの財産税と火災保険の金額 \$ _____
--------------------------------	-------------------------------------------

家賃または借入金の支払いに含まれていない光熱費がありますか？ある場合は、該当するものにチェックしてください。

 電話  ごみ収集  水道  電気・ガス  その他暖房または冷房費

4. CalWORKsのみ：あなたの世帯で該当する人がいる場合：

A. 未払いの負債から逃亡していますか？

B. 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？

 はい  いいえ (はいの場合は、以下に記入してください。)

その方の氏名	A または B 上記から	証明書を発行した州：違反の有無	証明書発行日または違反が あった日

5. 医療費： CalFresh受給中の60歳以上または障害者で医療費が増額されている場合は、以下に記入し証明を添付してください。

誰に変更がありましたか？ \_\_\_\_\_

増額分： \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

6. 養育費：最後の報告以降、CalFreshを受給中で支払うべき養育費の金額に変更があった方はいますか？  はい  いいえ (はいの場合は、以下に記入してください。または証拠を添付してください。)

報告月に支払った金額はいくらでしたか？ \$ \_\_\_\_\_

養育費を支払った方の氏名： \_\_\_\_\_

7. 扶養者ケア： CalFreshの受給者で、就業中、求職中、就学中のいずれかに該当し、最後の報告以降、扶養者ケアの事故負担額が増額されている場合は、以下に記入し証明を添付してください。

報告月に支払った金額はいくらでしたか？ \$ \_\_\_\_\_

支払った方の氏名： \_\_\_\_\_ 扶養者を列記してください。 \_\_\_\_\_

8. 家族の誰かが：最後の報告以降、資産、土地、家屋、車両、銀行口座、金銭、支払い (宝くじまたはカジノの賞金、社会保障の返金など) 等の取得、売却、交換、贈与を行いましたか？

 はい  いいえ (はいの場合は、以下に記入し証明を添付してください。欄が足りない場合は別紙を添付してください。)

行った方の氏名	資産の種類	時期	金額または価値	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 贈与 <input type="checkbox"/> 使用
				<input type="checkbox"/> 贈品として取得 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 獲得 <input type="checkbox"/> その他

9. 報告月に雇用主からの収入があった方はいますか？  はい  いいえ (はいの場合は、以下に記入し証明を添付してください。) 報告月は最初のページの冒頭に記載されています。働いている人ごとに就いている仕事を記入してください。欄が足りない場合は別紙を添付してください。ベビーシッター料、給料、自営収入、疾病手当、チップ等を含みます**失職した場合は、証明を添付してください。**

	仕事#1	仕事2	仕事3
収入を得た者の氏名:			
収入源/雇用主名:	自営の場合はここにチェック <input type="checkbox"/>	自営の場合はここにチェック <input type="checkbox"/>	自営の場合はここにチェック <input type="checkbox"/>
支払い頻度:	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 月2回
報告月に得た家族の総収入:	\$ 受領日:	\$ 受領日	\$ 受領日
毎月の勤務時間:			

10. 今後6ヶ月間で雇用主からの収入が変化しますか (質問No.9に記載の収入を含む) ?  はい  いいえ (はいの場合、ここに説明して証明を添付してください)。例: 就業開始または終了、収入の増減、勤務時間の变化、退職またはストライキ実行、支払い頻度の変更

11. 報告月に他の収入源から金銭を得た方がいますか?  はい  いいえ (はいの場合、以下に記入し証明を添付してください)。報告月は最初のページの冒頭に記載されています。例には以下のものが含まれます: 社会保障、失業保険、退役軍人の恩給、州障害者保険 (SDI)、養育/扶養料、労働者災害保障保険、貸与/贈与、取得/未取得家屋、光熱費、食費等報告済みの収入源からの収入が無くなっている場合、証明を添付してください。

氏名	収入源	一回限りまたは毎月の支払い	金額
			\$
			\$
			\$

12. 今後6ヶ月間で他の収入源からの収入が変化しますか (質問No.11に記載の収入を含む) ?  はい  いいえ (はいの場合、ここに説明して証明を添付してください)。変化の例: 収入ないしは手当の増減、または収入ないしは手当受領の開始または停止。

13. CalWORKsのみ: 最後の報告以来、家族のいずれかに以下のことが発生していますか?  はい  いいえ (はいの場合、以下にチェックし証明を添付してください)。

- 家族構成の変化 (結婚、離婚、別居、カリフォルニア内縁登録 (RDP)を行った場合、カリフォルニア州以外で内縁登録 (DP)を行った、DPまたはRDPを終了した、妊娠、または妊娠の終了)
- 就業/雇用 (開始、停止、退職、開業、またはストライキ実行をされましたか?)
- 障害 (障害者となる、または障害ないしは大病から回復しましたか?)
- 移民 (市民権ないしは、移民資格の変更、または合衆国帰化・移民サービス (USCIS (INS)) から新規カード、様式、通知書を受領しましたか?)
- 保険 (開始、停止、ないしはMEDICAREを含む医療、歯科、生命保険金を受領しましたか?)
- 保護 (世話をする時間の変更/あなたの子供の保護について変更がありましたか?)
- 家庭内養育サービス (サービス利用の開始または停止を行いましたか?)
- 就学状況  
注: 18歳以上の学生について、学校/大学での勉学を開始/停止しましたか? (書籍、学校までの交通費等を申告できます。)
- 自分の家賃、食費、衣服費、または光熱費を支払っている人がいます。(説明してください) \_\_\_\_\_
- その他 \_\_\_\_\_

よく読んで署名と日付を記入してください。

本書への署名により、

- ・私は偽証罪について理解し、本書の全回答が私が知る限り正確で完全であることを証します。
- ・私は不正に対する処罰が以下のものであることを理解しています。20年までの禁錮刑かつ25万ドル未満の罰金刑を受ける可能性があります。正当な資格が無かった場合、手当の返還請求を受ける可能性があります。規則に対する意図的な違反が初めてである場合、1年間CalFreshを受けられなくなり、かつ3度め以降は二度とCalFreshの受給ができなくなります。
- ・年2回の報告を完了するために必要な全ての文書のコピーを提出することを理解し同意します。
- ・場合によっては、資格認定のために必要な接触を郡に認めることに同意を求められることがあります。

### 証明 (不正に対する警告)

以下を理解しています。支給を受け続けるために収入、財産、家族状況について意図的に虚偽の申告を行った場合、告訴される場合があります。また、キャッシュエイドおよび/または CalFreshで \$950以上不当に受け取った場合、重罪に課せられる場合があります。キャッシュエイドおよびCalFresh用SAR 7資格認定報告書に対する指示と刑罰についての書類を受領しています。

報告月の末日以降に本書へ署名および日付の記入を行う必要があり、そうしない場合、完了していないとみなされます。

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。

対象者以下に署名すること: (キャッシュエイド): あなたと、あなたの配偶者、登録済みの内縁の配偶者、または同居の場合(キャッシュエイド受給中の子供) 他方の親。(CalFresh) 世帯主、世帯の責任者または世帯の認定代表。

署名または印 	署名日	家の電話番号 ( )	連絡先/携帯電話番号 ( )
配偶者、登録済みの内縁の配偶者、またはキャッシュを受給する子の親 	署名日	フォーム作成を支援した証人、翻訳者などの署名または印 	署名日