

CALFRESH 、キャッシュエイド および／または MEDI-CAL／健康保険プログラム申請書

障害がある場合または本申請書で支援が必要な場合は、郡の福祉課（郡）までお問い合わせください。

英語以外の言語で手続きを希望する場合、郡では無料で支援を提供します。

申請方法

CalFresh、キャッシュエイド（カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任、または難民キャッシュ支援、一般扶助、または一般救済）Medi-Calおよび/またはその他の健康保険プログラムに申し込む場合は、この申請書を使用します。CalFreshのみを申請したい場合、CalFresh専用申請書を郡に請求してください。CalFreshとは食料支援プログラムで、家族のための食料購入費用を支援します。健康保険のみを申請したい場合は、健康保険専用申請書を郡に請求してください。健康保険には、低価格健康保険Medi-Cal、手頃な価格の任意健康保険、または健康保険料の支払いを支援する税額控除が含まれます。健康保険のみを申請場合、この申請書は使用しないでください。郡は一般扶助または一般救済用に別の申請書を用意している可能性があります。郡に確認してください。

また、<http://www.benefitscal.org/>からオンラインでプログラムに申し込むこともできます。

- 可能な場合は、申請書の項目すべてを記入します。CalFreshの申請を開始するには、郡に対し名前、住所、署名（申請書1ページ目の質問1）が最低限必要です。キャッシュエイドの申請を開始するには、申請書の1～2ページにある質問1～5に回答し、署名する必要があります。一般扶助または一般救済については、申請プロセスを開始するには、どの質問に答えるべきかを郡に確認してください。
- 各プログラムには記号があり（このページの上部に表示）、どの質問がどのプログラムに関連しているかを示しています。キャッシュエイドはドル、CalFreshはショッピングカート、健康保険は救急車の記号です。たとえば、キャッシュエイドに申請しない場合、ドル記号のある質問に答える必要はありません。
- 申請書は手渡し、郵送、ファックス、またはオンラインで郡まで提出してください。
- 郡が署名済みの申請書の受領日が、給付金が交付されるかどうかの回答を提供する時間の開始となります。施設にいる場合、この時間は施設を去る日から開始します。

次に行なうこと

- 申請書に署名する前にあなたの権利と責任（プログラムの規則ページ）について読んでください。
- 申請書について郡との面接を受ける必要があります。障害がある場合、別の手配をすることができます。
- 申請書のすべての項目に記入しなかった場合、面接時に記入することができます。
- 資格を判断するために、所得や支出、その他の状況の証明を提出する必要があります。

給付までの期間

CalFreshの申請プロセスは最長で30日間かかる場合があります。キャッシュエイドとMedi-Calは最長で45日間かかる場合があります。緊急の場合、給付金や健康保険の即時給付については郡まで連絡してください。

以下の場合、3暦日以内にCalFresh給付金を受け取る権利がある場合があります。

- 世帯の毎月の総所得（控除前の所得）が\$150未満で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が\$100未満の場合、または
- 家賃（賃貸／家のローン、および公共料金）が毎月の総所得と当座預金口座や普通預金口座の残高を上回っている場合、または
- 当座預金口座または普通預金口座の残高が\$100未満で出稼ぎか季節農業労働者の世帯で、1) 所得がなくなった場合、または、2) 所得は入るが、今後10日間で\$25以上の収入が見込めない場合。

キャッシュエイドでは、以下の場合、即時支援を受け取る権利がある場合があります。

- ホームレスである、立ち退き通知や家賃の支払通告や明け渡し通告を受けた場合、または
- 3日以内に食料が尽きる場合、または
- 電気、ガス、水道が止められている、または止められる場合、または
- 十分な衣類やおむつがない場合、または
- 健康や安全にかかわる重大なその他の緊急状況がある場合。

情報ページ - 記録のために保存してください。

郡がより迅速に給付金の交付の判断をできるように、質問1、6～9、15および24を記入し、身分証明書（ある場合）を申請書と一緒に提出してください。一般扶助または一般救済については、給付を迅速に受けるためにどれくらい時間がかかるか、何か特別な規則があるかどうかを郡に確認してください。

郡から、申請した給付金の承認または拒否を通知する手紙を郵送します。

面接時に必要なもの

遅延を避けるため、面接には次の項目の証明を持参してください。証明がない場合でも面接には出頭してください。証明の入手に関して支援が必要な場合、郡が入手のお手伝いできる場合があります。面接時、郡では申請書の情報を確認し、給付金の受給と給付の額について決定するために、いくつか質問をします。

給付金交付に必要な証明

- 身分証明書（運転免許証、州発行IDカード、パスポート）。
- キャッシュエイドを申請している全員の出生証明書。
- 住居証明（賃貸契約書、住所が記載される最近の請求書）。
- 支援を申請している全員の社会保障番号（特定の非市民については以下の注記を参照）。
- 世帯全員の銀行口座にある金額（最新の銀行取引明細書）。
- 過去30日間の世帯全員分の給与所得（最新の支払い明細書、雇用者からの作業表明書）。**注記:** 自営業の場合は、所得と支出、または納税記録。
- 不労所得（失業手当給付金、補助社会保障給付金州の補助給付金（SSI）、社会保障（Social Security）、退役軍人年金、養育費、労災補償、学校助成金またはローン、家賃収入など）。
- 給付金に申請している合法的な非市民に**限り**、合法的な移民法上の地位（外国人登録証、ビザ）。**注記:** 家庭内暴力、犯行目撃、不法取引を基に移民ステータスを申請している特定の非市民はこの証明は必要ありません。社会保障番号も必要ありません。

CalFresh追加給付に必要な証明

- 住宅費（賃貸領収書、住宅ローン請求書、固定資産税請求書、保険関連書類）。
- 電話および公共料金。
- 世帯内の高齢者（60歳以上）または障害者の医療費。
- 就業、仕事口探し、職業訓練や学校または必須となる作業活動への参加などによるチャイルドケアおよびアダルトケアの費用。
- 世帯内の者が支払った養育費。

健康保険に必要な追加の証明

- 家族が利用できる雇用関連の健康保険に関する情報。
- 現在のすべての健康保険のポリシー番号。

キャッシュエイドに必要な追加の証明

- 6歳未満の子供の予防接種証明。
- 申請者もしくはあなたが代理申請している人が所有する車両の車両登録証。

ホームレスの場合

申請者がホームレスの場合は直ちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理やケースに関する通知を郡から受け取るための住所を提供する支援を行っています。CalFreshおよびキャッシュエイドにおいて、ホームレスとは以下を意味します。

- A. 監視付きのシェルター、更生訓練訓練施設または同様の施設に滞在している場合。
- B. 連続して90日間未満、他人や別の家族の家に滞在している場合。
- C. 宿泊用に設計されてない場所、または通常は宿泊場所として使用されていない場所（廊下、バス停、ロビーなど）で宿泊している場合。

情報ページ - 記録のために保存してください。

権利と責任

あなたには次の責任があります。

- 資格を判断するために必要なすべての情報を郡に提出します。
- 必要に応じて情報の証明を郡に提出します。
- 必要に応じて変更を報告します。郡では、報告の内容や時期、方法に関する情報を提供します。CalFreshまたはキャッシュエイドでは、世帯の報告要件を満たしていない場合、ケースが閉じられたり、給付金が減額されたり、支給が中止される場合があります。
- 郡は、あなたのケースにおいて必要があると判断した場合、就職口探し、仕事の継続、別の活動への参加などを義務付ける場合があります。
- あなたの資格や給付金レベルが正しく計算されていることを確認するためにケースがレビューや調査の対象となった場合は、郡、州、連邦政府の担当者に全面的に協力します。これらのレビューで協力を怠った場合は、給付金の交付が中止になる場合があります。
- 受給資格のないキャッシュエイドやCalFresh給付金は返却します。

あなたには次の権利があります。

- 名前、住所、署名のみでCalFresh申請書を提出できます。
- 必要な場合は、州から無料の通訳が提供されます。
- 郡のプログラムの管理に直接関係しない限り、郡に提出した情報の機密性は守られます。
- 郡が資格を判断する前であればいつでも申請書を取り下げることができます。
- 申請書の記入や必要な証明の入手、規則の説明に関する支援が要請できます。
- 礼儀正しく、思いやりと尊重ある態度で待遇され、差別されることはありません。
- 急速サービスへの資格が認められる場合、CalFreshの給付金は3日以内に支給されます。
- 即時ニーズへの資格が認められる場合、キャッシュエイドが1日以内に支給されます。
- 郡では、申請時に妥当な時間の面接をし、CalFreshでは30日以内、Medi-Calでは45日以内に資格を判断します。
- 資格の判断に必要な証明を郡に提出するまで少なくとも10日間が与えられます。
- CalFreshまたはキャッシュエイドの給付金を郡が減額または中止する場合、少なくとも10日間前に書面による通知を受け取ります。
- ケースの再検討を要請する場合には、郡とケースに関する話し合いを設けることができます。
- ケースに関して郡に同意できない場合は、90日以内に州聴聞会を請求することができます。ケースにおける措置が実行される前に州聴聞会を請求する場合、州聴聞会もしくは保証期間のいずれかが終了するまで、給付金は同額のままになります。郡に請求し、聴聞会後まで給付金を変更し、超過分の払戻しを回避することができます。行政法判事があなたに有利な判決を下す場合、郡では削減された分の給付金を遡って支払います。
- 州聴聞会に関する権利または法的支援の照会は**1-800-952-5253**（通話無料）または**1-800-952-8349**（TDDを利用する聴覚・言語障害者用）までお問い合わせください。最寄の法的支援オフィスまたは福祉権利オフィスで無料の法的支援が受けられる場合があります。
- 州聴聞会に1人で出頭したくない場合は、友人などを連れてくることができます。
- 投票登録に関する支援を郡から受けることができます。
- CalFresh給付やキャッシュエイドを増額する可能性がある場合、報告義務のない変更を報告することができます。
- CalFresh給付を増額するために役立つ世帯の支出の証明を入手することができます。郡に証明を提出しない場合は、そのような支出がないと見なされ、CalFresh給付金を増額することはできません。
- 世帯のCalFresh給付を他人に譲渡したい場合、またはCalFreshのケースに関する支援を得たい場合は郡（公認代理人）に知らせてください。

あなたはMedi-Cal当局に対し、配偶者や親から医療支援を迫ったり、取得する権利を与えることとなります。協力して医療支援を得ることであなたや子供に危害が及ぶ可能性がある場合、Medi-Cal当局に連絡し、協力しないで済むようにできます。

記録のために保存してください

プログラムの規則と違反金

受給資格のないCalFresh、キャッシュエイド、Medi-Calを受給するため、または受給資格のない他人が給付を受給できるように支援するために、虚偽または不正な情報を提供したり、故意にすべての情報を提供しない場合、重罪犯で告発されます。受領資格のなかった給付はすべて返却しなければなりません。このような行為を故意に行い、\$950を超えて受給すると、重罪犯で告発されます。

CalFresh：以下のいずれかの行為を行って、故意にプログラムを違反する場合：

- 情報の隠蔽、虚偽の書類を作成する
- 他人の自動振込み（Electronic Benefit Transfer：EBT）カードを使用したり、自分のカードを他人に使用させる
- CalFresh給付を使用し、アルコール飲料やタバコを購入する
- CalFresh給付またはEBTカードを交換、売却または譲渡する

- CalFresh給付をドラッグなどの規則薬物と交換する
- 身元や居住地に関する虚偽の情報を提示し、複数のCalFresh給付を受け取る
- \$500以上のCalFresh給付の交換または売却、CalFresh給付の銃器や銃弾、爆発物との交換で有罪判決を受けたことがある

キャッシュエイドでは、以下を行う場合

- 故意のプログラム違反で有罪判決を受ける
- キャッシュエイド規則に従わない
- 裁判所や行政聴聞会で特定の種類の詐欺罪で有罪と判定される

以下が課せられる場合があることを理解します。

- 最初の違反でCalFresh給付が12ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付はすべて返却しなければならない
- 2回目の違反でCalFresh給付が24ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付はすべて返却しなければならない
- 3回目の違反でCalFresh給付が永久に中止され、超過分のCalFresh給付はすべて返却しなければならない
- 最高\$250,000の罰金刑、最高20年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる
- 最初の違反でCalFresh給付が24ヶ月間中止される
- 2回目の違反でCalFresh給付は永久に中止される
- 各違反に対し、CalFresh給付は10年間中止される
- CalFresh給付が永久に中止される

以下が課せられる場合があることを理解します。

- キャッシュエイドが中止される
- 最高\$10,000の罰金刑および／または5年間の禁固懲役刑
- 6ヶ月、12ヶ月、2年、4年、5年、または永久にキャッシュエイドを中止

非市民向けの重要な情報

- 家族構成員に受給資格がない者がいる場合でも、受給資格がある者のためにCalFresh給付、キャッシュエイド、ヘルスケアに申請することができます。たとえば、移民である両親自身は資格がなくても、米国市民もしくは資格のある移民である子供のために、CalFresh給付、キャッシュエイド、ヘルスケアを申請することができます。
- 食料支援を得ることであなたや家族の移民法上の地位に影響が与えることはありません。移民情報は機密として扱われます。
- 給付の申請への資格がある非市民の移民法上の地位は、米国市民権・移民サービス（USCIS）でチェックされます。連邦法では、USCISは詐欺のケース以外で情報を使用することはできないと述べています。

免除

給付に申請しない非市民の家族構成員の移民情報や社会保障番号、書類を提供する必要はありませんが、郡では世帯の給付金を正しく判断するために所得および資産情報を知る必要があります。郡では、給付を申請しない者についてUSCISに問い合わせることはありません。

社会保障番号（SSN）の使用

CalFreshおよびキャッシュエイド： CalFresh給付またはキャッシュエイドに申請する各人がSSN（保持している場合）、またはSSNを申請中である証拠（社会保障事務局からの手紙など）を提供する必要があります。あなたや家族のSSNが提出されない場合、申請が却下される場合があります。家庭内暴力の被害者や犯行目撃者、不法取引の被害者など、SSNの提出は必要ありません。

健康保険/Medi-Cal： 健康保険を希望し、SSNを保持している場合、SSNが必要になります。健康保険を希望しない場合でもSSNを提供することで円滑に申請処理を行なうことができます。当局では、SSNを使用して所得やその他の情報をチェックし、健康保険費用支援の受給資格者を確認します。SSNの取得で支援が必要な場合は、1-800-772-1213まで問い合わせるか、ウェブサイト（www.socialsecurity.gov）を確認してください。

過払い

これは、受給すべきであった額よりも多くのCalFresh給付を受給することです。郡が誤った場合や故意ではなかった場合でも、過払い給付は払戻しする必要があります。さもないと、給付が減額されたり、停止される恐れがあります。SSNを使用し、裁判所やその他の集金代行業者、連邦政府の集金活動を介して支払い義務のある給付金額を集金する場合があります。

記録のために保存してください

過払い

これは、受給すべきであった額よりも多くのキャッシュエイドを受給することです。CalFresh給付と同様に、郡が誤った場合や故意ではなかった場合でも、過払い給付は払戻しする必要があります。さもないと、給付が減額されたり、停止される恐れがあります。SSNを使用し、裁判所やその他の集金代行業者、連邦政府の集金活動を介して支払い義務のある給付金額を集金する場合があります。

報告

給付を受け取るすべての世帯は特定の変更を報告する必要があります。郡では、報告する変更や報告方法、報告先に関する情報を提供します。変更の報告を怠る場合は、給付の減額や中止になる場合があります。また、所得の減額など給付金が増額となる可能性があることが起きた場合にも報告することができます。

州聴聞会

申請書や現行の給付金に関する措置に同意しない場合、州聴聞会を請求する権利があります。郡の措置から90日以内に、聴聞会を希望する理由を述べて請求する必要があります。郡から受領する承認または拒否通知には、上訴の請求方法に関する情報が記載されています。措置が実行される前に聴聞会を請求する場合、決定までキャッシュエイドやCalFreshを継続することができます。

プライバシー保護および開示

申請書には個人情報を提供することになります。郡では給付金の受給資格を確認するために情報を使用します。情報を提供しない場合、申請書が拒否される場合があります。あなたには郡に提供した情報を再検討、変更または訂正する権利があります。郡では、あなた自身またはが連邦法および州法が許可しない限り、他者に情報を公開したり提供することはありません。また、所得検証システム (IEVS) を含むコンピュータマッチングプログラムを介して、これらの情報を検証します。情報はプログラムの規則の準拠の監視やプログラム管理のために使用されます。郡では、検定のためにその他の連邦当局および州当局、また法網をくぐり逃走する者を逮捕するために警察と、そして債権収集措置のために私設の債権収集代行業者と情報を共有する場合があります。また、USCISに連絡して給付金を申請する家族構成員の移民法上の地位を確認する場合があります。これらの機関から郡が得た情報は、給付金の受給資格とレベルに影響する場合があります。

郡では申請書からの情報を使用して、健康保険の支払い支援への受領資格を確認します。また郡は、州および連邦政府の電子データベースや国税庁 (IRS)、社会保障庁、国土安全保障省および／または消費者報道機関からのデータベースの情報を使用して申請者の回答を確認します。情報が一致しない場合、証明の提出を要求される場合があります。

無差別

すべての人が平等に、敬意と尊重ある態度で待遇されることは州および郡の規定です。連邦法および農務省 (USDA) の規定に従い、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、宗教、政治的信条または障害をもとに差別することは固く禁止されています。

差別に関する不服申し立てを行うには、郡の公民権コーディネーターに連絡するか、USDAまたはカリフォルニア州の社会福祉課 (CDSS) まで書面または電話でお問い合わせください。

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voice and TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Toll-Free)

USDAは機会均等雇用者です。

CalFreshの仕事の規則

郡では、申請者を職業プログラムに割り当てる場合があります。職業プログラムが任意であるか必須であるかは当局で説明されます。義務的な作業活動があるのに行わない場合、給付金は減額もしくは中止となる場合があります。

最近仕事を辞めた場合はCalFreshの受給資格がない場合があります。

記録のために保存してください

CalWORKs (Welfare-to-Work、福祉から就業へ) における仕事の規則

キャッシュエイドを受給する場合、免除される場合を除き、Welfare-to-Work (福祉から就業へ、WTW) に参加する必要があります。WTWから免除される場合、郡から説明があります。割り当てられた活動を行わない場合、キャッシュエイドは減額または中止になる場合があります。

CalWORKs - 指紋押印／写真撮影

受給資格があるすべての成人の家族構成員は、指紋押印と写真撮影が必要です。これらの規則が求められる者が、指紋押印／写真撮影を拒否した場合、家庭として給付を受け取ることはできません。指紋押印／写真撮影は機密とされ、福祉関連の詐欺の予防や処罰のためにのみ利用されます。

給付の受給／使用方法

CalFreshおよびキャッシュエイド：

- 郡では、自動振込み (Electronic Benefit Transfer: EBT) カードを郵送または手渡しします。申請書が承認されると、給付金がカードに振り込まれます。カードを取得したら署名してください。ATMから現金を引き落とししたり、食料などを購入するために暗証番号 (PIN) を設定します。
- EBTカードを紛失、盗難、破損した場合、または給付金を使用してほしくない者がPIN番号を知っていると思われる場合、(877) 328-9677または郡までただちにに連絡して報告し、PIN番号を変更してください。これらの問題が発生した場合、責任があるすべての成人および公認代理人が、ただちに報告する方法を知っているようにします。EBTカードまたはPINの紛失、盗難を報告する前に、口座から引き落とされた給付金が戻ることは**ありません**。
- CalFresh給付を利用して、自分の食料を栽培するための種や苗を含め、ほとんどの食料品を購入することができます。アルコール飲料やたばこ、ペットフード、特定の種類の調理済み食品、食品以外の物 (歯磨き、石鹸、ペーパータオルなど) は購入できません。
- CalFresh給付は食料品を扱っているその他の店などを含め、ほとんどの食料品店で利用可能です。キャッシュエイドはほとんどの店およびATMで使用できます。ただし、ATMの中には手数料がかかるものがあります。引き落としを3回した後、ATMで現金を引き出す場合、手数料がかかることがあります。EBTが使用できる最寄の場所のリストは <https://www.ebt.ca.gov> または <https://www.snapfresh.org> を参照してください。手数料無料で現金を引き出す場所も検索することができます。
- CalFresh給付はあなたおよびあなたの家族構成員のみを対象としています。キャッシュエイドは、あなたおよびキャッシュエイドが承認された家族構成員のみを対象としています。キャッシュエイドとは、家族の必需品 (住居、食料品、衣服など) を満たすための支援です。給付は安全に保管してください。PIN番号は公表しないでください。PIN番号はEBTカードと一緒に保管しないでください。
- あなたや家族、公認代理人、自発的にEBTカードとPINを渡した者がEBTを使用する場合、あなたによって承認済みと考慮され、口座から引かれた給付金は払い戻されません。

Medi-Calおよびヘルスケア：

- Medi-Calでは給付識別カード (Benefits Identification Card : BIC) を受け取ります。
 - BICカードを受け取ったら署名し、必要なヘルスケアサービスを受けるためにのみ使用します。
 - BICを決して破棄しないでください (新しいBICが提供されない限り)。Medi-Calを中止したあともBICは保持する必要があります。同じBICを、キャッシュエイド、あるいは再度Medi-Calを受給する場合に使用することができます。
 - あなた自身あるいはあなたの家族が病気になったり、診療の予約をした場合、医療機関にBICを提示します。
 - 緊急時において、あなた自身あるいは家族の処置を行った医療機関に、事後できるだけ早くBICを提示します。
- その他のヘルスケアプログラムでは、特定の保険会社からヘルスプランカードを受け取ることになります。

一般扶助および一般救済：

- 一般扶助および一般救済は、郡が運営する子供のいない成人のためのプログラムです。これらのプログラムに申請する場合、郡はあなたの権利と義務、およびプログラムのルールについての説明を行います。

記録のために保存してください

判読しやすく、コピーに最適であるため、黒または青インクのペンを使ってください。回答は活字体で記入してください。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。別紙には質問の番号を明記してください。

1. 申請者の情報

名前 (名、ミドルネーム、姓)		その他の名前 (旧姓、ニックネームなど)		社会保障番号 (持っていて、給付を申請する場合)	
自宅住所または自宅までの道順	部屋番号	市	郡	州	郵便番号
郵送先住所 (上記と異なる場合)	部屋番号	市	郡	州	郵便番号
この申請書に関する情報は電子メールでの受け取りを希望します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		ケースに関するメッセージは電子メールでの受け取りを希望します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
自宅電話番号	職場/代替/メッセージ電話番号	電子メールアドレス			
申請するプログラム <input type="checkbox"/> CalFresh (食糧支援) <input type="checkbox"/> キャッシュエイド (現金支援) <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> その他 _____		障害があり、申し込みに手伝いが必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
ホームレスですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合: 申請者がホームレスの場合は直ちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理やケースに関する通知を郡から受け取るための住所を提供する支援を行っています。					
読むのに希望する言語はなんですか (英語以外の場合)? _____					
話すのに希望する言語はなんですか (英語以外の場合)? _____					
郡では無料で通訳を提供します。聴覚障害者または聴覚に問題がある場合はここをチェックしてください。 <input type="checkbox"/>					
世帯の総所得が\$150未満で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が\$100未満ですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	水道電気などが止められてたか、停止通告を受けていますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
世帯の総所得と流動資産の合計は、家賃/住宅ローンと公共料金の合計を下回っていますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3日以内に食料が尽きてしまいますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
出稼ぎ/季節農業労働者の世帯で、流動資産が\$100未満ですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食料品、衣類、医療その他の緊急品を入手するための交通手段で補助が必要ですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
立ち退き通知、支払通告、明け渡し通告を受けましたか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	紙おむつや冬物の衣類のように必需品の衣類が必要ですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中の方がいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、その方は仮受給資格カード (Presumptive Eligibility card) を受け取りましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
家族の中に個人的な緊急な状態にある方がいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、いずれかをチェック (レ) してください。 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 差し迫った医療ニーズ <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> 健康あるいは安全を脅かすその他の緊急状態 (要説明)					

私はこの申請書に署名することで、偽証罪 (虚偽の声明をすること) の罰則を適用する条件で、以下を了承します。

- この申請書の情報および質問への回答を読みました、もしくは読んでもらいました。
- SAWS 2 Plus の 1 ~ 17 ページ目、付録 A ~ E で提供した回答は私の知る限り、すべて真実であり、正しく、完全であり、最善の回答を提供しました。
- 私は権利と責任 (プログラム規則 1 ページ目) を読み、もしくは読んでもらい、理解し、責任に従うことに同意するものです。
- 私はプログラムの規則と罰則 (プログラム規則 2 ~ 4 ページ目) を読みました、もしくは読んでもらいました。
- 私は、受給資格を得るために虚偽または誤解されやすい声明を提供したり、真実を不正確に伝えたり、隠蔽したり、保留することは詐欺行為にあたることを理解し、虚偽または不正確な情報を提供する場合、連邦法に従って刑罰の対象となることを了解いたします。詐欺行為として刑事事件として法的に起訴され、一定期間 (または永久に) CalFresh 給付やキャッシュエイドの対象から除外される場合があることを了解いたします。
- 私は、給付金に申請する家族の社会保障番号または移民法上の地位が連邦法で請求される場合、適切な政府当局に照会される場合があることを了解いたします。
- 私は Medi-Cal (カリフォルニア州医療支援プログラム) 当局に対し、他の健康保険や訴訟和解金、その他の第三者を追及し、金銭を取得する権利を与えるものとします。

申請者、家族の介護者 (または成人の家族構成員/公認代理人*/後見人) の署名 *公認代理人がいる場合、次のページの質問 2 に回答してください。	日付
配偶者、他方の親、その他の受給中の成人、または登録同棲者の署名	日付

2. 世帯の公認代理人

世帯のCalFresh給付支援をする18歳以上の者を公認代理人とすることができます。この者は面接であなたの代理として話したり、申請書の記入を手伝ったり、買い物をしたり、変更手続きを行なうことができます。あなたはこの者が郡に提供した情報のために手違いで受け取った給付金を郡に払い戻す必要があります。またこの者があなたの意思とは関係なく使用した給付金をもとに戻すことはできません。あなたが公認代理人である場合、郡に対して自身および申請者の身分証明書を提出する必要があります。

CalFreshケースを手伝ってもらう人物の指定を希望しますか？ はい いいえ
「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

公認代理人の名前	公認代理人の電話番号
----------	------------

あなたの家族のためのCalFres給付の受給および使用できる者の指定を希望しますか？ はい いいえ
「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

名前	電話番号		
住所	市	州	郵便番号

2a. 健康保険の公認代理人

あなたは、健康保険の申請書についての話し合い、情報閲覧、あなたの代理人として申請書の健康保険欄への事項の記入に関し、信頼できる者に許可を与えることができます。申請書の健康保険欄の記入に対し、公認代理人の選択を希望しますか？
 はい いいえ 「はい」の場合、付録Cに情報を記入してください。

3. あなたもしくは家族はアメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民ですか？ はい いいえ

「はい」と回答し、健康保険に申請する場合、付録Bの追加の質問に回答してください。

人種／民族

人種と民族の情報は任意です。人種や肌の色、出身国に関係なく、給付が交付されるよう要請されます。あなたの回答が受給資格や給付金額に影響することはありません。該当するものすべてにチェックをお付けください。法律上、郡では民族、人種を記録することが求められています。

人種や民族に関する情報を郡に提供したくない場合は、このボックスにチェックを入れてください。これらの項目が記入されていない場合、公民権の統計のためにのみ、郡が情報を記入いたします。

民族	ヒスパニック系、ラテン系、スペイン系ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ヒスパニック系またはラテン系の場合、どの民族に当てはまりますか？ <input type="checkbox"/> メキシコ系 <input type="checkbox"/> プエルトリコ系 <input type="checkbox"/> キューバ系 <input type="checkbox"/> その他 _____
----	--	---

人種／種族的出身

- 白人 アメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民 黒人またはアフリカン・アメリカン
- その他または混血 _____
- アジア人（チェックした場合、下記から1つ以上選択してください）
 - フィリピン系 中国系 日系 カンボジア系 韓国系 ベトナム系 インド系 ラオス系
 - その他のアジア系（具体的に） _____
- ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島系（チェックした場合、下記から1つ以上選択）
- ネイティブ・ハワイアン グアム系またはチャモロ系 サモア系

4. 面接の選択

あなたは申請書について、またキャッシュエイドやCalFresh給付に関し、郡と面接を行う必要があります。CalFreshの面接は、郡に直接出向いて申請書を提出した際に面接が行われる場合や、対面面接を希望する場合を除き、通常、電話で行われます。キャッシュエイドの申請者は対面面接となります。CalWORKs（カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任）とCalFreshの両方を申請している場合、通常、営業時間内にCalFreshの面接と同時にCalWORKsの面接が行われます。

- CalFreshで対面面接を希望する場合、このボックスにチェックを入れてください。
- 障害があるため、その他の手配が必要な場合、このボックスにチェックを入れてください。

5. その他のプログラム

家族に公的支援（貧困家庭一時扶助：Temporary Assistance for Needy Families、Tribal TANF：部族向け貧困家庭一時扶助、Medicaid：州および連邦政府が助成する医療支援プログラム、Supplemental Nutrition Assistance Program：栄養補給支援プログラム[フードスタンプ]、一般扶助／一般救済など）を受給している者はいますか？ はい いいえ

「はい」の場合、名前を記入	どこですか（郡／州）？
「はい」の場合、名前を記入	どこですか（郡／州）？

6. 世帯情報：成人

同居している成人各人について、下記の情報を記入してください。健康保険に申請する場合、所得申告に記載される成人も含めます。
 あなたがキャッシュエイドに申請していて、同一世帯に複数のキャッシュエイドに申請している成人またはエイドを申請している子供の親がいる場合、付録Dの追加質問にお答えください。

非米国市民のために申請する場合、質問6eと6fに答えてください。

扶助の申請 (各種類にチェックを入れてください)				名前 (姓、名、ミドルイニシャル)	あなたとの続柄	生年月日	性別 (男性または女性)	既婚・独身等					全日制の学生 (「はい」の場合チェック)	障害者 (「はい」の場合チェック)	扶助に申請する各人に対してのみ、下記の質問に回答してください。 米国 米国市民 もしくは 米国籍 (「はい」か「いいえ」にチェック) 「いいえ」の場合、質問6eに答えてください。	扶助を申請しない家族構成員の社会保障番号は任意になります。 社会保障番号
CalFresh	*キャッシュエイド	Medi-Cal 健康保険	なし					独身	既婚	別居	離婚	死別				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

*キャッシュエイドには一般扶助および一般救済プログラムが含まれます。

6a. 質問6に記載されている者で、同じ連絡先の者はいますか？ はい いいえ 「いいえ」の場合、その者の連絡先情報を下記に記入してください。
 「はい」の場合、次の質問に進みます。

名前 (名、ミドルネーム、姓)	自宅住所	部屋番号	市	州	郵便番号
自宅電話番号	郵送先住所 (上記と異なる場合)	部屋番号	市	州	郵便番号
職場/代替/メッセージ電話番号	電子メールアドレス (任意)				

名前 (名、ミドルネーム、姓)	自宅住所	部屋番号	市	州	郵便番号
自宅電話番号	郵送先住所 (上記と異なる場合)	部屋番号	市	州	郵便番号
職場/代替/メッセージ電話番号	電子メールアドレス (任意)				

6d. 米国軍で軍務についていたか、あるいは米国郡で軍務についていた者の配偶者、親、子供がいますか？

はい いいえ

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	米国米国民	(✓) ステータス	名誉除隊	軍務についていた期間
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 現在軍務についている <input type="checkbox"/> 退役軍人 <input type="checkbox"/> 現在軍務についている者あるいは退役軍人の配偶者、親、子供	<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"/> 現在軍務についている <input type="checkbox"/> 退役軍人 <input type="checkbox"/> 現在軍務についている者あるいは退役軍人の配偶者、親、子供	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

6e. 非米国民に関する情報 - 申請する非米国民に関する情報を記入してください。

名前	米国への入国日 (既知の場合)	この者は有効な移民法上の地位を保持していますか？「はい」の場合、移民関連書類および番号を提供してください。	この者は1996年から継続的に米国に居住していますか？	この者は帰化していますか？	スポンサーはいますか？ (「はい」または「いいえ」にチェック) 「はい」の場合、質問6fに答えてください。
		書類の種類： 書類番号：	<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
		書類の種類： 書類番号：	<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
		書類の種類： 書類番号：	<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

上記の家族構成員の誰かが、最低でも10年間（40四半期）働いていましたか？ はい いいえ

「はい」の場合、名前を記入 _____

上記の中で、Tビザ、Uビザ、VAWA請願書を所有、または申請中、もしくは申請予定の者はいますか？ はい いいえ

「はい」の場合、名前を記入 _____

過去12ヶ月間に移民法上の地位が変わった者がいますか？ はい いいえ

「はい」の場合、下記に情報を記入してください。

「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	変更内容	変更日	外国人登録番号（該当する場合）
名前	変更内容	変更日	外国人登録番号（該当する場合）

6f. 保証された非米国市民に関する情報 - 申請する保証された非米国市民に関する情報を記入してください。
 スポンサーはI-864に署名しましたか？ はい いいえ 「はい」の場合、残りの質問に答えてください。
 スポンサーがI-134に署名した場合、この質問はスキップしてください。

スポンサーは定期的に金銭的な支援をしていますか？ はい いいえ 「はい」の場合、金額を記入。\$ _____
 スポンサーは下記において、定期的に支援をしていますか（該当するものすべてにチェックを入れてください）？
 家賃 衣類 食料 その他 _____

スポンサーの名前	被スポンサーの名前	スポンサーの電話番号
スポンサーの名前	被スポンサーの名前	スポンサーの電話番号

6g. 質問6に記載される21歳未満の者には同居していない親がいますか？
 はい いいえ 「はい」の場合、同居していない子供と親の名前を記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

子供の名前	同居していない親の名前
子供の名前	同居していない親の名前

6h. 質問6に記載される者の中に19歳未満の子供最低1人と同居し、その者が主に子供の面倒をしていますか？
 はい いいえ 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。「はい」の場合、名前を記入 _____

6i. 質問6に記載される者の中に、活動（入浴や着替え、家事など）が制限される身体的、精神的、情緒的、または発達の障害を持つ者はいますか？ はい いいえ 「はい」の場合、障害を持つ者の名前を記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。
 名前: _____ 名前: _____

6j. 質問6に記載される各障害者について記入してください。

名前	この者は、日常生活において個人的支援や医療施設からの支援が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。
障害継続期間： <input type="checkbox"/> 30日以上 <input type="checkbox"/> 12ヶ月以上	仕事をしている障害者で、仕事をするために必要な医療支出がある者がいますか？ たとえば、車椅子や足のギブスなど。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。
この者は、別の者が就労または就学中、介護が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	この者は医療施設や養護施設にいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、医療施設や養護施設の名前を記入
名前	この者は、日常生活において個人的支援や医療施設からの支援が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。
障害継続期間： <input type="checkbox"/> 30日以上 <input type="checkbox"/> 12ヶ月以上	仕事をしている障害者で、仕事をするために必要な医療支出がある者がいますか？ たとえば、車椅子や足のギブスなど。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。
この者は、別の者が就労または就学中、介護が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	この者は医療施設や養護施設にいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、医療施設や養護施設の名前を記入

6k. 別の家族構成員からの介護が必要な子供や障害者が世帯にいますか？
 はい いいえ 「はい」の場合、説明してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

**6l. 学生**

扶助の申請をする者の中に、大学または職業訓練校に就学中の者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	学校名／職業訓練校名	学生としての地位ステータス (✓1つにチェックを入れてください)	就労中
		<input type="checkbox"/> ハーフタイム以上 <input type="checkbox"/> ハーフタイム下記 単位数：_____	1週間の平均勤務時間：_____
		<input type="checkbox"/> ハーフタイム以上 <input type="checkbox"/> ハーフタイム下記 単位数：_____	1週間の平均勤務時間：_____

**6m. 質問6または6bに記載される者で、妊娠中または10代で親となっている者はいますか？** はい いいえ

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	この者は20歳未満ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ この者は10代の親ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	20歳未満の場合、学歴を教えてください。 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> GED取得 <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> 定期的に通学せず（理由）：	出産予定日 (既知の場合)	出産予定人数
名前	この者は20歳未満ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ この者は10代の親ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	20歳未満の場合、学歴を教えてください。 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> GED取得 <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> 定期的に通学せず（理由）：	出産予定日 (既知の場合)	出産予定人数

**6n. Cal-Learnプログラム（13歳～19歳の親に向けたCalWorks教育プログラム）に関し、キャッシュボーナス、処罰、養育費や交通費の補助を受けたことがある者はいますか？** はい いいえ

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	場所（郡）	受領日

**6o. 質問6に記載される者で児童養護施設にいた者はいますか？** はい いいえ

「はい」の場合、説明してください。

名前：	時期：	州：	この者は26歳未満で、18歳の誕生日には児童養護施設にいましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
名前：	時期：	州：	この者は26歳未満で、18歳の誕生日には児童養護施設にいましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6p. 里子プログラムを受給中の里子が同居していますか？ はい いいえ 「はい」の場合、その名前： _____
 里子について以下の質問に答えてください。

この子供は裁判所の保護命令であなたの家に来ましたか？ はい いいえ
 CalFreshケースに里子を含めることを希望しますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、受給している里子扶助所得が不労所得と見なされます。
 「いいえ」の場合、受給している里子養育所得は不労所得と見なされません。

6q. 質問6に記載される者はカリフォルニア州に居住しており、永住する予定ですか？ はい いいえ
 「いいえ」の場合、説明してください。

6r. 質問6に記載される者でカリフォルニア州を30日以上離れる計画の者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、説明してください。

名前	いつ離れる予定ですか？	この者はカリフォルニア州に戻ってくる予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、それはいつですか？
名前	いつ離れる予定ですか？	この者はカリフォルニア州に戻ってくる予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、それはいつですか？

7. 不労所得
 仕事先からではない所得（不労所得）を得ている者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

下記の不労所得の種類例からに該当するすべてのものにチェックを入れてください（ここに記載されていないものもあります）。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 社会保障傷害手当 | <input type="checkbox"/> 一人当たりの支払 | <input type="checkbox"/> 農業／漁業純利益 |
| <input type="checkbox"/> 補助社会保障給付金／州の補助給付金
(Supplemental Security Income/ State
Supplementary Payment : SSI/SSP) | <input type="checkbox"/> ワークスタディ／「福祉から就業へ」
(Welfare to Work)、その他のプログラム | <input type="checkbox"/> 宝くじ賞金／ギャンブル賞金 |
| <input type="checkbox"/> キャッシュエイド | <input type="checkbox"/> 紙幣、契約書、信託証書、約束手形 | <input type="checkbox"/> 家賃／食料／衣類の支援 |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs／TANF／一般扶助／
救済手当／移民のためのキャッシュ
支援プログラム／難民キャッシュ支援 | <input type="checkbox"/> 退役軍人教育関連手当／所得 | <input type="checkbox"/> 保険金または法的和解金 |
| <input type="checkbox"/> 生活費（賃借人から） | <input type="checkbox"/> 政府／鉄道障害手当または年金 | <input type="checkbox"/> 民間の障害手当または年金
(政府機関以外) |
| <input type="checkbox"/> 年金 | <input type="checkbox"/> 退役軍人手当または軍人年金 | <input type="checkbox"/> 配当金および利子所得 |
| <input type="checkbox"/> 養育費／配偶者扶養料 | <input type="checkbox"/> ファイナンシャル・エイド
(教育助成金／ローン／奨学金) | <input type="checkbox"/> ストライキ手当 |
| <input type="checkbox"/> 家賃所得／印税 | <input type="checkbox"/> 贈与、寄付またはその他のローン | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 社会保障年金または遺族保障 | <input type="checkbox"/> 失業保険／州の障害保険 (SDI) | |
| | <input type="checkbox"/> 労災補償 | |

お金を受け取っている者	どこから？	金額	受取の頻度 (1度、毎週、 毎月、その他)	継続の見込み (「はい」か「いいえ」 にチェック)
				<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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

当該所得の継続が見込まれない場合は、説明してください。

- 9. その他の所得**
 無料あるいは仕事との交換で、住居、家賃、公共料金、食料品、衣類を得ている者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

受け取っている項目	無料	仕事と交換	受け取った物	価格	提供者
住居費または家賃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
公共料金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
食料品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
衣類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

- 10. 年間所得**
 総所得（不労所得、勤労所得および自営業）が月々変化する者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	今年の合計所得はいくらですか？	翌年の予想合計所得はいくらになりますか（異なるとする場合）？
	\$	\$
	\$	\$

- 11. 家族の子供／成人の介護費用（費用の控除を考えている場合は、実際の金額）。**
 職場、職業訓練、学校、職探し等に出かけられるよう、子供、成人障害者、その他の被扶養者の介護の支払を行っている者がいますか？ はい いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

介護を受ける者	介護の提供者 (提供者の名前と住所)	支払額	頻度 (毎週／毎月、その他)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

上記に記載した子供／成人の介護費用の全部あるいは一部を誰かが支払っていますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記を記入してください。

介護を受ける者	支払いを援助する者	支払額	頻度 (毎週／毎月、その他)
		\$	
		\$	

- 12. 養育費の支払い**
 質問6に記載される者で、滞納している養育費を含む養育費の法的支払い義務がある者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

養育費支払いを行う者	養育費を受ける子供の名前：	支払額	頻度 (毎週／毎月、その他)
		\$	
		\$	

- 13. 配偶者扶養料／離婚手当**
 質問6に記載される者で、配偶者扶養料／離婚手当を法的に支払う義務がある者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記の質問に答えてください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

配偶者扶養料／離婚手当の支払いを行う者	支払額	頻度 (毎週、隔週、毎月、その他)
	\$	
	\$	

- 14. 特別なニーズにおける費用**
 特殊な医療上の状態・状況にある者、下記のいずれかが必要な状態・状況の者がいますか？

医師処方の特別ダイエット	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	その他の特別なニーズ (具体的に)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
特別な電話やその他の機器	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
家事 (家庭の中で誰もできない)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	特別なニーズがある者の名前とその理由を記入してください。	
水道光熱費等の大量使用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
特別な洗濯サービス	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

- 15. 生活費**
 あなたが食料品を購入して準備する者の中に、生活費を請求される者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。
 「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

注意： HUDやSection 8などの家賃補助プログラムによって支払われた金額は記入しないでください。冷暖房費、電話代、その他の公共料金およびホームレスシェルターは設定された手当になります。支払い義務のある実際の価格を記入する必要はありません。

支出の種類	支出	支払いを行う者	未払額	請求頻度 (毎週／毎月)
家賃または住居費	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		\$	
固定資産税および保険 (家賃や家のローンから別途請求される場合)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		\$	
材木やプロパンなど冷暖房に使用されるガス、電気、その他の燃料 (家賃や家のローンとは別の場合)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
電話／携帯電話	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
ホームレスシェルター費用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
上水道、下水道、ごみ収集	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
上記の出費の支払いを支援する者が世帯にいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、以下を記入してください。		支払いを援助する者	金額 \$	頻度

低所得家庭エネルギー支援プログラム (Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP) から支払いを受けている、または受ける予定ですか？ はい いいえ

**16. 医療支出：**

自費で支払う医療費がある高齢者（60歳以上）または障害者のために、あなたまたはあなた以外の者が食料を購入し調理していますか？ はい いいえ

「はい」の場合は下記に記入してください。

「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

注意：SSIまたは障害者、盲目のための扶助費を受給している配偶者や子供は記載しないでください。

近い将来の予想支出を記載してください。

控除される医療費は以下の通りです。

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 医療介護または歯科介護 | <input type="checkbox"/> Medicare保険料：Medi-Cal自己負担金 | <input type="checkbox"/> 医療措置やサービスを受けるための交通費（距離または料金）や宿泊費 |
| <input type="checkbox"/> 入院、外来治療、看護、介護 | <input type="checkbox"/> 義歯、補聴器、義肢 | <input type="checkbox"/> 処方された眼鏡およびコンタクトレンズ |
| <input type="checkbox"/> 処方箋 | <input type="checkbox"/> 年齢、病気、衰弱により必要な介護人の費用 | <input type="checkbox"/> 処方された医療品や機器 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険および入院保険の保険料 | <input type="checkbox"/> 介護人に提供する食事の回数と費用 | <input type="checkbox"/> 介護動物費用（食費、獣医料金など） |
| | <input type="checkbox"/> 処方された市販薬 | |

高齢者／障害者の名前	支出額	頻度 (毎月、毎週、その他)	支出の種類 (処方箋、義歯、介護人の食事回数等)	医療費は払い戻されますか？ (Medi-Cal、保険、家族構成員等によって)
	\$			「はい」の場合、払い戻す者の名前： 金額：\$
	\$			「はい」の場合、払い戻す者の名前： 金額：\$

**17. その他の課税控除支出**

連邦所得税の確定申告書で控除できるものを支払っている者がいる場合、ここにその旨を記載することで健康保険料が若干安くなる場合があります。事業支出にすでに含まれているものは記載しないでください。その他の控除可能な費用がある場合、以下の質問に答えてください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

支出の種類	支出	支払っている者	頻度 (毎週／毎月)
離婚手当	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
学生ローンの利息	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他の控除（具体的に）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

**18. 質問6に記載される者で、以下のプログラムから食料品を得ている者はいますか？ はい いいえ**

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

- 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が運営する食料配給プログラム
- その他の食料プログラム

「はい」の場合、名前を記入	プログラム名
「はい」の場合、名前を記入	プログラム名

**19. 質問6に記載される者で、以下で生活している者がいますか？ はい いいえ**

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、以下の質問に進みます。



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ホームレスシェルター 被虐待女性のためのシェルター ネイティブアメリカンのための居留地 ドラッグ／アルコールリハビリテーションセンター 矯正施設／刑務所（拘置所または刑務所） | <ul style="list-style-type: none"> 視覚障害者や身体障害者のための集団生活施設 政府助成住宅 精神病院／精神障害者収容施設 病院 長期介護施設または介護施設 |
|---|--|

名前	施設の名称（センター、シェルター、施設等）	出所予定日 (該当する場合)

20. 在宅支援サービス (In-Home Supportive Services: IHSS) を受けている者がありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、下記の情報を記入してください。

サービスを受けている者	毎月の金額 \$
-------------	-------------

21. 質問6に記載される者で、あなたと共に食料品を購入し、調理する者がありますか？ はい いいえ
 「いいえ」の場合、あなたと共に食料を購入し、調理しない者を記載してください。

名前	名前
名前	名前

21a. 年齢60歳以上で障害のために、別に食料品を購入して調理することができない者がありますか？
 はい いいえ 「はい」の場合、名前を記入

22. 以下の健康保険が必要な者に対する質問に答えてください。現在、以下の健康保険に加入している者がありますか？
 はい いいえ
 「はい」の場合、健康保険の種類にチェックを入れて、その横にその保険を所有する者の名前を記入してください。

<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 雇用先からの保険
<input type="checkbox"/> 子供向け健康保険プログラム (Children's Health Insurance Program: CHIP)	保険会社の名称
<input type="checkbox"/> Medicare	保険加入者番号:
<input type="checkbox"/> トライケア (TRICARE: 米国軍人および家族のための医療保険機関) (直接医療または軍務がある場合はチェックを入れなくてください)	これはCOBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) 保険ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ これは退職者用健康保険ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> VAヘルスケアプログラム	これは州職員用福利厚生計画ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 平和部隊	<input type="checkbox"/> その他
	健康保険の名称
	保険加入者番号:
	この保険は学校の傷害保険のような制限付き福利厚生保険ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

22a. この申請書に記載される者で、雇用先から健康保険を提供されている者がありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、付録Aを記入し、添付する必要があります。

22b. 過去90日間に健康保険が満期になった者、または満期になると予想される者がありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

保険会社	被保険者	満期日	満期の理由

22c. 過去3ヶ月の医療費に関し支援を希望する者はいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、名前を記入

23. 質問6に記載される者で、来年の連邦所得税の確定申告を行う予定の者がありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、各申告者に対し、質問に答えてください。
 「いいえ」の場合、23eに飛びます。

23a. 質問23に「はい」と答えた場合、来年の連邦所得税の確定申告を行う者各人に対して下記のセクションで回答してください。
 連邦所得税の確定申告を行わない場合でも健康保険に申請することが出来ます。

23b. 連邦所得税の確定申告予定者の名前: _____

23c. この者は配偶者と合算申告をしますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、配偶者の名前: _____

23d. この者は確定申告で扶養家族を申告しますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、申告する扶養家族の名前を記載してください。 _____

23e. 23dに記入した扶養家族を確定申告で申告する者と申告者の関係を答えてください。 _____

23f. 今後、健康保険の支払いにおける資格の判断を簡単にするため、私は確定申告からの情報を含む所得データが使用されることに同意します。私には通知が送られ、修正をすることができ、いつでも停止することができるものとします。
はい、 次の年数、自動的に受給資格を更新します (1つのみチェックを入れてください)。
 5年 4年 3年 2年 1年
 いいえ、 保険の更新に確定申告からの情報を使用しないでください。

24. 世帯の資産

資産（現金、銀行の預貯金、譲渡性預金証書、株式、債券など）がある者がありますか？

はい いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

健康保険では任意：申請者が65歳以上または障害者である場合のみ答えてください。キャッシュエイドやCalFreshを申請する場合、質問に回答する必要があります。

下記に記載される資産で、あなたや家族が保有するものにチェックを入れてください。

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 銀行口座／クレジットユニオン口座（当座預金） | <input type="checkbox"/> マネーマーケット口座 | <input type="checkbox"/> 株式 |
| <input type="checkbox"/> 銀行口座／クレジットユニオン口座（普通預金） | <input type="checkbox"/> 信託資金 | <input type="checkbox"/> 債券 |
| <input type="checkbox"/> 貸金庫 | <input type="checkbox"/> 譲渡性預金証書（CD）／IRA | <input type="checkbox"/> 現金化されていない小切手 |
| <input type="checkbox"/> 貯蓄債券 | <input type="checkbox"/> 手元の現金 | <input type="checkbox"/> 生命保険または埋葬保険 |
| <input type="checkbox"/> 採油、採掘、採鉱権 | <input type="checkbox"/> 紙幣、家のローン、信託証書 | <input type="checkbox"/> その他：_____ |

共同名義口座の場合は下記にその旨を記してください。

上記でチェックを入れた各項目に関し、以下の情報を記載してください。

名義人	資産の種類	現在の価値	資産の所在地（金銭が保留されている銀行や企業の名称を含む）
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

過去30ヶ月間に、あなたもしくは家族構成員が資産を売却、交換、贈与、委譲しましたか？ はい いいえ

時期	資産内容	当時の価値	取得額
		\$	\$

資産を交換または贈与した場合、説明してください。 _____

健康保険では任意：申請者が65歳以上または障害者である場合のみ答えてください。

25. 個人財産

個人または事業に関連する財産を所有している者がありますか？ はい いいえ

「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 道具 | <input type="checkbox"/> スポーツ用品、什器 |
| <input type="checkbox"/> 事業の在庫 | <input type="checkbox"/> モーターボートでない船舶／または原動機のないトレーラー |
| <input type="checkbox"/> 家畜 | <input type="checkbox"/> キャンパーシェル |
| <input type="checkbox"/> 事業設備 | <input type="checkbox"/> 個人的な道具 |
| | <input type="checkbox"/> 宝石、芸術作品、アンティーク、コレクション、楽器（ピアノ、オルガン等） |

共同名義の所有物も含めてください。結婚指輪、婚約指輪、家宝等は除きます。\$100を超える宝石類、個々で\$500を越える家庭用品や個人の所有物を列挙してください。

品目	売り出しとして公示	購入価格または現在の価値	未払い金額
	<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	\$	\$
	<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	\$	\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$

\$ 健康保険では任意：申請者が65歳以上または障害者である場合のみ答えてください。キャッシュエイドを申請する場合、質問に回答する必要があります。

26. 車両

自動車、オートバイ、スノーモービル、レクリエーション用車両、モーターボートなどを所有・使用しているか、その登録者名簿に名前が載っている者がいますか動かないものも含まれます？ はい いいえ
「はい」の場合、付録Eに記入してください。

\$ 27. 質問6に記載される者の中で、住居や土地、不動産（他州や他国を含む）を所有または購入予定の者はいますか？

はい いいえ 「はい」の場合、説明してください。

\$ 健康保険では任意：申請者が65歳以上または障害者である場合のみ答えてください。

住居／不動産を所有または購入している者	住居／不動産の住所	この住居を所有者から賃借している者はいますか？	所有者が得る家賃はいくらですか？	所有者は、現在は住んでいませんが、いずれその家に引っ越す予定がありますか？
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$ <input type="checkbox"/> 賃借していない	<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"/> 賃借していない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

\$ 28. 分散投資プログラム

他郡や他州から分散投資現金支払いまたは現金以外のサービスを受け取った者はいますか？ はい いいえ
「はい」の場合は下記に記入してください。「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	受け取った郡／州	受取額	受けたサービスのリスト	サービスの評価額	最終受取日
		\$		\$	

29. 重複した給付

1996年9月22日以降、すべての州において、あなたもしくは家族構成員の中に、不正なSNAP（連邦政府の食料支援プログラム名）の二重受給で有罪判決を受けた者がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____

30. 給付の不正取引

1996年9月22日以降、すべての州において、あなたもしくは家族構成員の中に、\$500以上のSNAP給付の不正取引（他人にEBTカードを使用させたり、売却すること）で有罪判決を受けた者がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____

31. 給付と薬物の交換

1996年9月22日以降、あなたもしくは家族の中に、SNAPと薬物の交換で有罪判決を受けた者がいますか？
 はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____

32. 給付と銃器・爆発物の交換

1996年9月22日以降、あなたもしくは家族構成員の中で、SNAPと銃器・火薬・爆発物の交換で有罪判決を受けた者がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____

\$ 33. 詐欺行為

あなたもしくは家族構成員の中に、福祉関連の詐欺行為の有罪判決によりキャッシュエイドを中止された者がいますか？
 はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____ 時期 _____
場所 _____

\$ 34. 非協力／制裁措置

あなたもしくは家族構成員の中に、受給資格要件や仕事／訓練の制裁措置、またはその他の理由で協力しなかったためにキャッシュエイドを中止された者がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入_____ 時期 _____
場所 _____ 理由 _____

 **35. 逃亡中の重罪犯罪者**
あなたもしくは家族構成員の中に、重罪もしくは重罪未遂の告訴、拘留、有罪判決による懲役刑を逃れているか逃亡中である者がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入 _____

 **36. 執行猶予／保護観察違反**
あなたもしくは家族構成員の中に、執行猶予または保護観察に違反し、有罪判決を受けた者がいますか？
 はい いいえ
「はい」の場合、名前を記入 _____

 **37. その他の特別ニーズ**
火災、地震、洪水などの急で稀な状況による損失や損害を受けた住居や生活必需品目のための特別ニーズ手当の申請を希望しますか？ はい いいえ
「はい」の場合、説明してください。

 **38. その他のサービス**
以下のサービスが利用できます。質問への回答が受給資格に影響することはありません。

 

A. 家族の健康を守るのに役立つ定期健診は、年齢21歳未満の受給資格のある家族構成員のために、子供の健康および障害の予防プログラム（Child Health and Disability Prevention Program: CHDP）から請求することが可能です。

- CHDPサービスについての詳しい情報をご希望ですか？ はい いいえ
- CHDP医療サービスをご希望ですか？ はい いいえ
- CHDP歯科サービスをご希望ですか？ はい いいえ
- CHDPサービスの予約や交通手段に、補助が必要ですか？ はい いいえ

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？ はい いいえ

C. 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？ はい いいえ

D. 授乳していますか？ はい いいえ
「はい」の場合、出産は過去12ヶ月以内ですか？ はい いいえ

質問38CまたはDに「はい」と回答した場合、女性・育児・児童のための特別補助食料品プログラム（Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children: WIC）が提供するサービスの受給資格がある場合があります。

E. 望まない妊娠の防止や次の子供の出産計画などに役立つ無料あるいは廉価な家族計画サービスをあなた自身あるいは家族構成員が希望しますか？ はい いいえ

「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。

 **39. 第三者の責任**
事故または傷害による労働者の保障請求、提訴、示談に関するヘルスケアプログラムに申請している人がいますか？ はい いいえ
「はい」の場合、該当者の名前を記入してください。

追加書き込み欄

追加記入欄

記入しないでください - 官用欄

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No

世帯内で雇用先からの健康保険への資格がある者がいる場合を除き、この質問に答える必要は**ありません**。別の雇用先から健康保険が提供される者が1人以上いる場合、このページを必要な人数分コピーして使用してください。まず、健康保険を提供する雇用先（雇用者）について答えてください。

1. 被雇用者の名前（名、ミドルネーム、姓）		2. 被雇用者の社会保障番号 — —	
雇用者の情報			
3. 雇用者名		4. 雇用者識別番号（EIN） —	
5. 雇用者住所		6. 雇用者電話番号 () —	
7. 市	8. 州	9. 郵便番号	
10. この職場における被雇用者健康保険担当者の名前			
11. 電話番号（雇用者の電話番号と異なる場合） ()		12. 雇用者（雇用者の代理人）の電子メールアドレス	

13. あなたは現在、この雇用者が提供する健康保険の資格がありますか？または今後3ヶ月以内に資格が与えられますか？

- いいえ（本申請書のこのセクションはここで終わりです）
 はい（先に進んでください）

13a. 現在、待機期間または試用期間中である場合、保険に加入できるのはいつになりますか？ _____ (MM/DD/YYYY)

現在または今後、この職場からの保険の資格を得ている、または得られる者の名前を記載してください。

名前： _____ 名前： _____ 名前： _____

この雇用者から提供されている健康保険について答えてください。

14. 雇用者は最低価値基準*を満たす健康保険を提供していますか？ はい いいえ

14a. これは州職員用福利厚生計画ですか？ はい いいえ

15. 被雇用者のみに対して最低価値基準を満たす最安価の保険（ファミリープランは除外）の場合：

雇用者側に健康プログラムがある場合、被雇用者が禁煙のための（被雇用者の禁煙を支援する）最大割引プログラムを受け、健康プログラムを基にしたその他の割引を受けなかった場合に被雇用者が支払う保険料を答えてください。

a. このプランで被雇用者が支払う必要のある保険料 \$ _____

b. 頻度 毎週 隔週 月に2度 毎月 毎四半期 毎年

雇用者は健康プログラムを提供しません。

16. 新しい年度のプランで雇用者が実行する変更はありますか（既知の場合）？

雇用者は今後、健康保険を提供しません。

雇用者は被雇用者に対して健康保険の提供を開始するか、最低価値基準を満たす被雇用者のみが利用できる最安価の保険に変更します。

a. このプランで被雇用者が支払う必要のある保険料 \$ _____

b. 頻度 毎週 隔週 月に2度 毎月 毎四半期 毎年

c. 変更日 (mm/dd/yyyy) : _____

変更の予定なし。

*保険プランでカバーされる許容便益費合計に対するプランの負担金が、当該費用の60%以上である場合、雇用者出資の健康保険は「最低価値基準」を満たすこととなります（内国歳入法第36B(c)(2)(C)(ii)条）。

あなたまたは家族構成員（配偶者や扶養家族）にアメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民がいる場合、このセクションを記入して、申請書と一緒に提出してください。

アメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民である家族構成員について回答してください。

アメリカン・インディアンとアラスカ先住民は、先住民向け保健サービス（Indian Health Services）、部族健康プログラム（Tribal health program）または都市部先住民健康プログラム（Urban Indian health program）からのサービスを受けることができます。費用を負担する必要はなく、特別な登録期間が毎月与えられる場合があります。家族ができる限りの支援を受けられるように次の質問に回答してください。申請する者が2名以上いる場合は、このページをコピーして添付してください。別紙を使用することもできます。その場合は回答の横に質問番号を必ず記入してください。

	アメリカン・インディアン/ アラスカ先住民1	アメリカン・インディアン/ アラスカ先住民2
1. 名前（名、ミドルネーム、姓）	名 ミドルネーム 姓	名 ミドルネーム 姓
2. 連邦政府の承認部族のメンバーですか？	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合部族名を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合部族名を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ
3. この者は、先住民向け保健サービス（Indian Health Service）、部族健康プログラム（Tribal health program）または都市部先住民健康プログラム（Urban Indian health program）から、またはこれらのプログラムのいずれかを介してサービスを受けたがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合、この者は、先住民向け保健サービス（Indian Health Service）、部族健康プログラム（Tribal health program）または都市部先住民健康プログラム（Urban Indian health program）から、またはこれらのプログラムのいずれかを介してサービスを受ける資格がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合、この者は、先住民向け保健サービス（Indian Health Service）、部族健康プログラム（Tribal health program）または都市部先住民健康プログラム（Urban Indian health program）から、またはこれらのプログラムのいずれかを介してサービスを受ける資格がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 特定の金銭はMedicaidや子供向け健康保険プログラム（Children's Health Insurance Program、CHIP）には計上されません。以下の資金源からの金銭を含む申請書で報告した所得（金額と頻度）を記載してください。 <ul style="list-style-type: none"> 天然資源や使用権、リース、印税などの部族からの支払い 内務省によってインディアン委託地として指定された土地（保留地および旧保留地を含む）における天然資源、農業、放牧、漁獲、リースまたは印税からの一人当たりの支払い 文化的な意味合いを持つ物の販売から得た金銭 	<input type="checkbox"/> はい - 「はい」の場合、以下の情報を記入してください。 <input type="checkbox"/> 報告することはありません \$ _____ 頻度（毎日、毎週、隔週、毎月、毎年、その他） _____	<input type="checkbox"/> はい - 「はい」の場合、以下の情報を記入してください。 <input type="checkbox"/> 報告することはありません \$ _____ 頻度（毎日、毎週、隔週、毎月、毎年、その他） _____

本申請書の健康保険に関する部分において公認代理人の指定を希望する場合、このページの質問に回答してください。あなたが本申請書の合法的な代理人に指名された場合は、申請書と一緒に証明を提出してください。

1. 公認代理人の名前（名、ミドルネーム、姓）

2. 住所

3. 部屋番号

4. 市

5. 州

6. 郵便番号

7. 電話番号

()

8. 企業名（該当する場合）

9. I.D.番号（該当する場合）

署名することにより、この者が本申請書の健康保険に関する部分についての正式な情報を入力し、Covered Californiaまたは郡の福祉サービス当局とのすべてのやり取りをあなたを代理して行なうことを許可するものとします。また、郡に電話で連絡するか、ウェブサイト (www.HealthCare.gov) にていつでも公認代理人を変更することができます。

10. 署名

11. 日付

(申請書に関する公認カウンセラー、ナビゲーター、エージェント、ブローカー専用)

For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)

2. First name, Middle name, Last name, & Suffix

3. Organization name

4. I.D. number (if applicable)



別紙 D

雇用履歴

あなたがキャッシュエイド キャッシュエイド を申請していて家庭にエイドを申請している成人が2人以上いる場合は、各成人についての情報をこのページに記入してください。過去24か月（2年）間の職歴を教えてください。紙の申請書を使っていて空欄がもっと必要な場合は、このページをコピーするか別の紙を利用してください。

人物1

名前：

仕事 1

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

仕事 2

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

仕事 3

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

\$ 別紙D

雇用履歴つづき

あなたがキャッシュエイド キャッシュエイド を申請していて家庭にエイドを申請している成人が2人以上いる場合は、各成人についての 情報をこのページに記入してください。過去24か月（2年）間の職歴を教えてください。紙の申請書を使っていて空欄がもっと必要な場合は、このページをコピーするか別の紙を利用してください。

人物 2

名前：

仕事 1

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

仕事 2

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

仕事 3

この人はネイティブアメリカンですか？ はい いいえ

この仕事を辞めた理由は？

部族名：_____

雇用者の名前と住所：

働いた時間数：

1日当たり 1週間当たり 1か月当たり

ご自身の事業でしたか (自営)？

働いた日数：

はい いいえ

_____ から _____ まで

この仕事ではいくらもらっていますか、またはもらっていましたか？いつですか？

この仕事は州があっせんしましたか？

\$ _____

時給 日給 週給 2週間ごとの給与 月給

はい いいえ

別紙 E

車両情報および株式自己評価 価格

任意のヘルスケア：申請者が65歳以上または障害者の場合のみ記入してください。キャッシュエイド キャッシュエイド に申請する場合は、車両ごとに以下の質問に回答しなければなりません。

家族構成員のいずれかが所有、使用しないはその者の名義で登録している車両ごとに記入してください。動かない場合についても同様です。
「車両」とは、車両（トラック、バン、スポーツ用多目的車（SUV）など）、オートバイ、原付、スノーモービル、レクリエーション・ビークル（RV）、モーターボートなどを言います。

	車両 (1)	車両 (2)	車両 (3)
車両所有者			
当該車両の使用者			
この車両は、 <ul style="list-style-type: none"> 自宅で使用されていますか？ 自営業、自立、または事業に使用されていますか？ 障害のある家族構成員にとって必要な車ですか、 世帯の燃料または水を運ぶのに使用されていますか？ 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、回答を終了できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、回答を終了できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、回答を終了できます
この車両は18歳未満の子供が以下のことに使っていますか？ <ul style="list-style-type: none"> 通学？ 通勤？ 職業訓練？ 仕事口探し？ 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のはい場合、回答を終了できます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のはい場合、回答を終了できます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のはい場合、回答を終了できます。
この車両は贈与、寄付、家族間で譲渡されたものですか？ 郡から証明書の提出を求められることがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 贈与 <input type="checkbox"/> 寄付 <input type="checkbox"/> 家族間の譲渡 「はい」の場合、該当する箇所にチェックを入れ、車両管理局（DMV）の証明を添付し、ここで回答を終了してください。証明が入手できない場合は郡に支援を求めてください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 贈与 <input type="checkbox"/> 寄付 <input type="checkbox"/> 家族間の譲渡 「はい」の場合、該当する箇所にチェックを入れ、車両管理局（DMV）の証明を添付し、ここで回答を終了してください。証明が入手できない場合は郡に支援を求めてください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 贈与 <input type="checkbox"/> 寄付 <input type="checkbox"/> 家族間の譲渡 「はい」の場合、該当する箇所にチェックを入れ、車両管理局（DMV）の証明を添付し、ここで回答を終了してください。証明が入手できない場合は郡に支援を求めてください。
年式/製造/モデル			
ナンバープレート			
車両推定価値（車両を換金した場合の金額）この金額を「公正な市場価格」といいます。	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要
公正な市場価格を調べた方法	<input type="checkbox"/> 車両の広告 <input type="checkbox"/> ディーラー <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> 整備工 <input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> その他：_____	<input type="checkbox"/> 車両の広告 <input type="checkbox"/> ディーラー <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> 整備工 <input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> その他：_____	<input type="checkbox"/> 車両の広告 <input type="checkbox"/> ディーラー <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> 整備工 <input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> その他：_____
この車両に対する借金の額	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要	\$ <input type="checkbox"/> 分からない/金額の調査に支援が必要
借金の額を調べた方法	<input type="checkbox"/> 直近の請求書 <input type="checkbox"/> 貸金業者の明細 <input type="checkbox"/> 見積もり <input type="checkbox"/> その他：_____	<input type="checkbox"/> 直近の請求書 <input type="checkbox"/> 貸金業者の明細 <input type="checkbox"/> 見積もり <input type="checkbox"/> その他：_____	<input type="checkbox"/> 直近の請求書 <input type="checkbox"/> 貸金業者の明細 <input type="checkbox"/> 見積もり <input type="checkbox"/> その他：_____
この車両はリースですか？	<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