

增添成員事實聲明

(申請 CalFresh 和請求現金補助補充附表)

說明： 請填寫這份表格告訴我們你家中新來的成員。假如你需要更多篇幅來回答問題的話，請另附紙張。對你請求福利的各項問題都須填寫回答。列在每一項問題左邊代表現金補助的“CA”及代表 CalFresh 的“CF”，告訴你那些問題是針對哪項計劃的。

假如你領取現金補助，你要為新來的成員請求補助，這份表格必須由現在正領取現金補助的成人照看親屬填寫或由新來成員填寫，除非這新來成員是個小孩。

CalFresh 家庭，如不領取現金補助或者不需要新來成員請求現金補助的話，這份表格可以由家庭成員，授權代表或新來成員填寫。

請用墨水筆正楷書寫

郡政府專欄			
CASE NAME _____			
CASE NUMBER _____			
WORKER NAME _____			
WORKER NUMBER _____			
DATE RECEIVED _____			
CA ① 填寫表格的人姓名 (名, 中間名, 姓) CF		VERIFIED: YES NO	
CA ② 列出家中新來成員, 包括新生兒。 CF		SSN _____	
姓名 (名 中間名 姓)	公民/非公民身份 (✓) <input type="checkbox"/> 美國公民/國民	CF ID _____	
	<input type="checkbox"/> 非公民: 受擔保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Blind/Deaf/Disabled Residency _____	
社會保險號碼	出生日期	懷孕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	DFA 285-C Comp. _____
		他/她是位家長嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	CW 25 Completed _____
出生地點 (市/州/國家)	性別 (✓) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	學歷 (✓)	QR 25 A Completed _____
婚姻狀況	失明/失聰/殘障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有中學畢業文憑	Referred to WTW _____
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居		<input type="checkbox"/> 有一般教育發展 (GED)	Citizen _____
<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 事實形成的婚姻 <input type="checkbox"/> 寡婦		<input type="checkbox"/> 目前在上學	Eligible Non-citizen Sponsored _____
是否和申請人/照看者/戶主有親屬關係? 假如“是”，請說明關係:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不在上學 (請解釋):	SAVE _____
		曾用過的其他姓名: (娘家姓名, 被收養的姓名等)	Date of Entry to U.S. _____
請求的補助是 (✓) <input type="checkbox"/> 現金補助 <input type="checkbox"/> CalFresh			Excluded HH Member Code _____
CA ③ 他/她在過去曾否申請或領取福利, 如: 現金補助, CalFresh, 無家可歸補助, 加州醫藥補助計劃 (Medi-Cal), 難民現金補助? CF 假如“是”的話, 請說明:			Work/Training/WTW Code _____
何時	何處 (郡, 州, 或國家)	福利類型	
CA ④ 他/他是19歲以下的孩子嗎? 假如“是”, 請填寫下面: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	VERIFIED: Deprivation <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
父母或照看親屬姓名 (✓) 住在家中	其他父母姓名 (✓) 住在家中	另外那位家長不住在家中的原因	孩子需要補助是因為家長的 (勾選所有適用的方匣子)
			<input type="checkbox"/> 不在家
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 失業
			<input type="checkbox"/> 沒有工作的能力
			<input type="checkbox"/> 死亡
CA ⑤ 他/她曾否在美國軍隊服役, 或者是在軍隊服役人的配偶, 家長或孩子? CF 假如“是”的話, 請說明:			CW 5 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
請列出姓名, 服役部門等	光榮退役 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		Date Initiated _____
CA ⑥ 他/她現在是否居住在加州並且打算繼續住在這裡? CF 假如“否”的話, 請說明:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

CA ⑦ 他/她是住在家中的寄養孩子嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 CF A. 孩子寄養照看在你家是法庭的托管令嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 B. 你需要把寄養孩子以及他們的寄養照看收入包括在CalFresh案件中嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 C. 寄養孩子已經登記在一個保健計劃? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	郡政府專欄 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 A. 他/她是16歲或超過16歲並且在學校, 大學或訓練計劃登記上課嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 CF 假如“是”, 請在填寫下面:	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">學校/大學/訓練計劃</td> <td style="width:25%;">每週學分/時數</td> <td style="width:25%;">預期畢業日期</td> <td style="width:25%;">在工作嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <td colspan="4">假如已登記上課, 勾選以下狀況 (✓) <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 半職 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明):</td> </tr> </table>	學校/大學/訓練計劃	每週學分/時數	預期畢業日期	在工作嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	假如已登記上課, 勾選以下狀況 (✓) <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 半職 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明):								
學校/大學/訓練計劃	每週學分/時數	預期畢業日期	在工作嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
假如已登記上課, 勾選以下狀況 (✓) <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 半職 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明):													
CA B. 請填寫下面如果他/她登記上大學或者參加類似的教育機構, CF													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">學期 <input type="checkbox"/> 半學年 <input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 季度</td> <td style="width:25%;">每學期學費/費用 \$</td> <td style="width:25%;">每學期書籍, 設備等 \$</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>每天往返學校/托兒照顧的路程 (哩數)</td> <td>每週上課日數</td> <td colspan="2">使用的交通工具</td> </tr> <tr> <td>每週交通費用 \$</td> <td>合乘車成員支付的金額 \$</td> <td colspan="2">每天公共交通工具 (巴士等) \$</td> </tr> </table>	學期 <input type="checkbox"/> 半學年 <input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 季度	每學期學費/費用 \$	每學期書籍, 設備等 \$		每天往返學校/托兒照顧的路程 (哩數)	每週上課日數	使用的交通工具		每週交通費用 \$	合乘車成員支付的金額 \$	每天公共交通工具 (巴士等) \$		VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
學期 <input type="checkbox"/> 半學年 <input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 季度	每學期學費/費用 \$	每學期書籍, 設備等 \$											
每天往返學校/托兒照顧的路程 (哩數)	每週上課日數	使用的交通工具											
每週交通費用 \$	合乘車成員支付的金額 \$	每天公共交通工具 (巴士等) \$											
CA ⑨ 他/她是否有一時期或永遠被停止領取現金補助或CalFresh因為: CF 在品質管理審核時不合作, 工作或訓練制裁, 或者由於福利欺詐或蓄意觸犯福利計劃條例? 假如“是”, 請填寫下面:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">為何</td> <td style="width:33%;">何時</td> <td style="width:33%;">郡/州</td> </tr> </table>	為何	何時	郡/州										
為何	何時	郡/州											
CA ⑩ 是否有任何家庭成員躲避或逃避法律以避開重罪審判, 被補或判決後被囚禁, CF 或者違犯假釋或緩刑的規定? 假如“是”, 提供這人的姓名:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
CA ⑪ 是否有任何家庭成員由法庭發現違反緩刑或假釋? CF 假如“是”, 這人的姓名是:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
CF ⑫ 他/她是否經常分開和家中其他人購買食物和準備餐食?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No											
CF ⑬ 他/她是否 60 歲或以上, 而且因為傷殘而不能夠分開購買食物和準備餐食?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No											
CF ⑭ 他/她支付你餐費和/或房租嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td style="width:33%;">BOARDER</td> <td style="width:33%;">HH MEMBER</td> <td style="width:33%;">ROOMER</td> </tr> </table>	Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER					
Household Elects													
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">請勾選 (✓)</td> <td style="width:25%;">多少錢</td> <td style="width:25%;">多頻密</td> <td style="width:25%;">每天餐食次數</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 餐食 <input type="checkbox"/> 房間 <input type="checkbox"/> 兩者</td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	請勾選 (✓)	多少錢	多頻密	每天餐食次數	<input type="checkbox"/> 餐食 <input type="checkbox"/> 房間 <input type="checkbox"/> 兩者	\$							
請勾選 (✓)	多少錢	多頻密	每天餐食次數										
<input type="checkbox"/> 餐食 <input type="checkbox"/> 房間 <input type="checkbox"/> 兩者	\$												
CF ⑮ 他/她從下列任何計劃中得到食物嗎? ● 老人或傷殘人士的公共膳食所 ● 由美州土著保留區辦理的糧食分配計劃 ● 其他糧食計劃 假如“是”, 請填寫下面:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
計劃名稱:													

CA	(16)	他/她現在是否在工作或預期在未來兩個月中工作? 假如“是”，請附上薪金存根或其他收入證明。 如果工作還未開始，預期的開始日期是何時? (註：假如自己是僱主，請在另一頁紙上列出業務花費並附在此表格一起)。	□ 是 □ 否	郡政府專欄			
CF				(✓) if Exempt □ CA □ CF Adult □ CF Child CF S/E Farmer □ Yes □ No			
僱主姓名		自己是僱主 □ 是 □ NO	職業	每月工作日數/時數			
發薪日期		扣除前的工資 \$ 每	小費或傭金 □ 是 金額 \$	□ 否			
這份收入將會持續嗎? □ 是 □ 否，如果“否”，請在這裡解釋任何變化：							
CA	(17)	A. 他/她是否有付錢請人照看孩子，傷殘成年人，或其他眷屬， 而使她/他能參加工作或訓練或尋找工作? 假如“是”，請填寫下面：	□ 是 □ 否	Child Care Informing Given to Client:			
CF				Trustline Informing (CCP 2) Health & Safety Certification (CCP 5)			
獲照看的人姓名		提供照看的人姓名	每月支付金額 \$	□ Yes □ No □ Yes □ No			
獲照看的人姓名		提供照看的人姓名	每月支付金額 \$	Dependent Care Eligible CA CF □ Yes □ No □ Yes □ No			
CA		B. 他/她是否得到代他們支付的托兒照顧費? 包括由親戚或朋友，教育處，學生補助金，補助分發款，加州領取民眾 補助十幾歲家長的教育計劃 (Cal-Learn)，過度期托兒照顧 (TCC)，NET， WTW，SCC，CAAP，etc. 假如是，請填寫下面：	□ 是 □ 否				
CF							
孩子姓名		誰支付	每月支付金額 \$				
孩子姓名		誰支付	每月支付金額 \$				
CA	(18)	他/她在過去 60 天中曾否停止或拒絕工作或訓練? 假如“是”，請填寫下面：	□ 是 □ 否	YES NO			
CF				Emp. Statement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
僱主/訓練計劃的名稱和地址		這人在本月得到過或預期得到工資或福利金嗎? 假如“是”，請填寫下面	□ 是 □ 否	Good Cause Determ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		上次收到薪金 (日期)	扣除前金額 \$	Voluntary Quit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		上次收到薪金 (日期)	扣除前金額 \$	□ CA: 30 days			
工作/訓練的時數		工作/訓練的最後一天	小費或傭金 □ 是 金額 \$ □ 否	□ CF: 60 days			
上個月 _____		離職/離開訓練的原因					
這個月 _____							
CA	(19)	他/她正在罷工嗎? 假如“是”，請填寫下面：	□ 是 □ 否	Striker Regs Apply			
CF				CA CF □ Yes □ No □ Yes □ No			
僱主/訓練計劃的名稱和地址		工會名稱					
		進行罷工日期					
		罷工前在此工作得到的每日總收入 \$					
CF	(20)	他/她支付子女或配偶撫養費嗎? 假如“是”，請填寫下面：	□ 是 □ 否	Court Order on File □ Yes □ No			
子女或配偶姓名		每月金額 \$	法庭的判決 □ 是 □ 否	Amount Ordered \$			
CA	(21)	他/她在過去 12 個月曾否申請或領取任何其他的福利，如：社會保險金， 失業金/傷殘保險金，現金補助，子女/配偶撫養費，退役軍人福利， 免費房屋，免費水電雜費等? 假如“是”，請填寫下面：	□ 是 □ 否				
CF							
福利類型	金額	申請日期	地點 (郡/州)	最後收取日期	多久一次 (每週，每月等)	預計開始和停止日期	(✓) if Exempt CA CF
	\$					開始： 停止：	
這份收入將持續嗎? □ 是 □ 否 如果“否”，請在此解釋任何改變：							

CA 22 他/她是否在任何地方, 包括在美國之外的地方擁有或購買 是 否
 CF 不動產, 如土地和/或建築物?
 假如“是”, 請填寫下面:

類型 (土地, 房屋, 公寓等)	使用性質 (住屋, 租用等)	地址或地點	估計價值	所欠金額
			\$	\$

郡政府專欄

Home Exempt Yes No
 Other Real Property
 Market Value \$ _____
 Amount Owed \$ _____
 Net Value \$ _____
 Lien Applicable Yes No

CA 23 A. 他/她有任何下列的資產嗎? 是 否
 CF 假如“是”請在每一項目勾劃(✓) 並且在下面加以說明:

資產	是	否	資產	是	否
支票或錢 (在家中或其它地方)			信託基金		
支票/儲蓄/信用公會			股票, 債券, 證券, 個人退休 帳戶 (IRAs), 退休基金		
期票, 房屋貸款, 信託基金, 銷售合同			其他 (請列在下面)		

資產類型	持有人	帳戶/保險單號碼	銀行名稱和地址等	目前價值
				\$
				\$

(✓) if Exempt
 CA CF

CA B. 他/她是否從這些資產獲取收入, 如: 利息, 股息等? 是 否
 CF 假如“是”, 請列出每個項目並在下面解釋:

金額來源	多少	多久一次
	\$	
	\$	

CA 24 他/她是否擁有, 租賃, 或使用任何機動車, 如: 汽車, 卡車, 船隻, 是 否
 CF 拖車, 活動房屋, 越野車 (ATVs), 摩托車, Seadoo 牌水上電單車,
 水上電單車等?
 假如“是”, 請填寫下面:

擁有者姓名 若租賃, 請勾選(✓)	使用用途	年份, 車廠, 型號	車牌號碼和 登記所在的州	有牌照 (✓)	估計價值	結欠餘額
<input type="checkbox"/> 租賃				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$	\$

(✓) If Exempt Leased
 Vehicle Valuation
 Exempt
 Leased

CA 25 他/她是否擁有或使用個人財產價值每件至少 \$100 或現在每件價值 是 否
 CF 至少 \$100. 例如: 珠寶, 設備, 器材, 家畜等? 請勿列出衣服, 結婚
 戒指, 地氈, 傢俱, 家用電器, 或其他家用設備.
 假如“是”, 請填寫下面:

擁有者	物件名稱	購物日期	購物價格 目前價值	結欠餘額
			\$	\$
			\$	\$

Owned Jointly
 Owned Separately
 Net Market Value
 \$ _____

CA 26 領取現金補助者在過去 2 年和 CalFresh 領取者在過去 3 個月之內 是 否
 有否出售, 轉讓或送贈任何不動產或個人財產?
 假如“是”, 請填寫下面:

Closed Bank Accounts:
 CalFresh in last 3 months

CA 27 他/他是否有任何以下的保險額: 人壽, 喪葬, 傷殘或房屋貸款? 是 否
 假如“是”, 請填寫下面:

保險公司名稱	保險單號碼	支付保險費者 (姓名)	支付金額
			\$

Total CSV
 (1) _____
 (2) _____
 Total Countable Property:
 Items 22-27
 CA \$ _____
 CF \$ _____

CA 28 他/她是否有健康或住院保險, 包括由僱主或不在家的家長支付 是 否
 CF 的保險, 如: Blue Cross, Kaiser, 軍屬相同服務的健康醫療計劃
 (CHAMPUS), 聯邦醫藥保健計劃 (Medicare) 等?
 假如“是”, 請填寫下面:

保險公司名稱	期滿日期	保險費金額	多久支付一次
		\$	

Health Care Options Explanation Given Referral _____
 NA _____
 DHS 6155
 DFA 285-C
 Medicare Gross Premium
 \$ _____

郡政府專欄					
CA 29 他/她是否在本月或本月前的三個月接受醫藥/懷孕治療? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 假如“是”,請填寫下面:				Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
接受治療者姓名	治療月份	是否付了醫藥費		對那些月份需要MEDI-CAL?	
		是	否	是	否
CA 30 他/她是否可從家長,僱主或缺席的家長處獲得提供未申請的健康保險? 假如“是”,請填寫下面:				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
保險公司名稱	保險費金額	多久支付一次			
	\$				
	\$				
CA 31 他/她是否因受傷或車禍而造成殘障,以至很困難工作或照看自己 的一切需要? CF 假如“是”,請填寫下面:				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
病狀類型	病狀發生日期	預計康復日期			
CA 32 A. 他/她是否有醫療病況或狀況需要下列的醫療? CF 請在每一項目勾劃(✓)是或否:				VERIFIED: 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	
	是	否	是	否	CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____
特別飲食-由醫生開處方			水電雜費高度使用		VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C
特別交通需要			特別洗衣服務		
特別電話或其它裝置			其它 (請說明):		
家務 (家中無人能做的事情)					
假如“是”,請說明:					
CA B. 他/她是否獲得居家援助服務 (IHSS)? CF 假如“是”的話,他/她每月付受少錢? \$ _____				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> DFA 285-C	
CA 33 你可以得到以下的服務. 為自己或其他家人回答這些問題是不會影響你的資格. 請在每一項目勾選(✓)是或否.					
A. 你可以通過兒童健康和殘障預防計劃 (CHDP), 為你家中 21 歲以下的合資格成員 要求得到定期健康檢查, 以幫助保護你家人的健康.				是	否
• 你是否需要有關CHDP 服務的更多資料?					
• 你是否需要CHDP 的醫療服務?					
• 你是否需要CHDP 的牙醫服務?					
• 你是否需要幫助預約時間或需要交通工具去接受CHDP 服務?					
B. 假如你家中有人懷孕, 你可以得到幫助尋找醫生, 取得健康食品及其他的幫助. 你需 要找人談論這類幫助嗎?					
C. 你家中是否有人用母乳喂養小孩?					
假如“是”, 孩子是否在過去這 12 個月之內出生?					
假如你在33B 或 C 勾選“是”, 你可能合資格接受由婦女, 嬰孩, 兒童 (WIC) 特別 補充營養品計劃所提供的服務.					
D. 你或任何家人需要免費或低收費的家庭計劃服務嗎? 假如“是”, 請打電話給你的健康保健計劃或你的私人醫生. 或者, 若要知道私穩的家庭計劃的情況和地點, 請打電話1-800-942-1054.					
				<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> 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 Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____	

認證

我瞭解：

- 我填寫的任何資料，包括福利和收入的資料，會被拿來跟當地，州和聯邦的記錄諸如雇主，社會安全有，稅收，福利以及失業服務機構，學校出席記錄，等相對照。而現金補助和 CalFresh 計劃，這些記錄會跟執法機構核對是否有逮捕令。
- 我填寫的所有資料，包括福利和收入的資料，可以被郡，州，和聯邦政府的工作人員審閱及查核，並且如果我填下錯誤的資料，我的現金補助，CalFresh，和 Medi-Cal 會被拒絕或停止。
- 我的案件可能會被抽到覆查以確保我的資格審核正確無誤，並且在郡，州，和聯邦政府的工作人員調查或審查時，包括品質管制審核，我必須全力和他們合作。
- 郡政府把資料送交到移民歸化局 (USCIS) 核實移民身份，郡政府從 USCIS 得到的資料會影響我領取 CalFresh 和全 Medi-Cal 的資格。但是郡政府不會將資料送交 USCIS 如果我僅是申請 Medi-Cal，而且假如我不是 (a) 合法的永久居留外國人 (LPR)，(b) 得大赦的外國人持有有效還沒有過期的 I-688，或 (c) 根據法律制訂的特殊條例 (PRUCOL)，居留於美國的外國人。
- 我必須申請並保留任何可得到的健康保險假如不牽涉費用的話：我若不這樣做，我的 Medi-Cal 就會被拒絕或停止。
- 我或其他家庭成員會被要求償還任何我不該領取的現金補助。
- 領取 CalFresh 家庭，任何領取 CalFresh 家庭的成年人員（甚至他/她搬離家出去之後），非公民家庭的擔保人或合資格機構居民的授權代表可能被要求償還任何這個家庭不該領取的福利。
- 我家庭中的任何成員躲藏或逃避法律以避開重罪審判，判決之後的拘留或囚禁，或觸犯了假釋或緩刑規定，都不能領取現金補助或 CalFresh。
- 對現金補助，郡政府將要求我和某些家庭成員需要印取指紋和指照記錄。如果我們不合作，福利可能會被拒絕或終止。

我也瞭解：

我會被除去資格和/或被處以詐財福利的懲罰假如我故意提供錯誤的資料或不報告所有影響我領取現金補助，CalFresh，或 Medi-Cal 的資格或福利的資料或情況。

現金補助：

- 假如我故意不遵守現金補助的規則，我可以被處罰高達\$10,000的罰金和/或被判入獄/監禁3年。而且我的現金補助可能被停止：
 - 不呈報所有的事實或提供錯誤的資料：初犯六個月，第二次十二個月，或第三次則永遠停止；至於難民補助，初犯者三個月，任何以後的違犯是六個月。
 - 填交一份或多於一份的申請表以同時領取多於一個案件的補助：初犯判兩年，第二次四年，或第三次則永久。
 - 因獲取補助金所犯的盜竊重罪：竊取金額在 \$2,000 以下兩年；竊取金額在 \$2,000 到 \$4,999.99 五年；金額在 \$5,000 或以上的則永遠停止。
 - 提供虛假的居住證明給郡政府以圖同時從兩個或多個郡或州處領取補助；提供郡政府不合資格的孩童或不存在的孩童的虛假證明；以詐騙手法拿取多於 \$10,000 的現金福利；在法庭或州行政聽證第三次被判詐欺：永遠停止。

CalFresh：

- 假如我故意不遵守 CalFresh 規則，我的 CalFresh 福利會停止 12 個月若是初犯，24 個月若是第二次，第三次則永久被停止。並且我可能被罰款高達 \$250,000 和/或送監/牢 20 年。
- 假如任何法庭判我有罪，因為：
 - 我售賣或交易 CalFresh 福利以得到武器，軍火，或爆炸物品，我的 CalFresh 在第一次違反就永久被停止。
 - 我售賣或交易 CalFresh 福利以得到管制藥物，第一次違反我的 CalFresh 可以被停止 24 個月，第二次違反就永久被停止。
 - 我售賣或交易 CalFresh 價值 \$500 或更多，我的 CalFresh 可以永久被停止。
 - 我同時填交兩份或多於兩份的 CalFresh 申請表 並且提供郡政府虛假的身份證明或居住資料，我的 CalFresh 可以被停止十年。

我在願意承受美國及加州法律對偽證作懲罰下聲明，在這份事實聲明中所有的資料是正確無誤，並且是完整的。

簽名（家長或看護親屬，MEDI-CAL 申請人，CALFRESH 家庭成年人員或 CALFRESH 授權代表）

簽名（假如申請現金補助，住在家中的另一位家長）

日期

作記號證人，翻譯員或申請者/受惠人的代表簽名

日期