



تأیید مجدد برای مزایای CALFRESH

اگر دچار ناتوانی و معلولیت هستید و یا برای ارائه درخواست تأیید مجدد نیاز به کمک داشتید، لطفاً به اداره امور رفاهی کانتی (کانتی) اطلاع دهید تا یک نفر در این خصوص به شما کمک کند.

اگر ترجیح می دهید به زبانی غیر از انگلیسی صحبت کنید، بخوانید و یا بنویسید، کانتی بدون هیچ هزینه ای یک نفر را برای کمک به شما معرفی خواهد کرد.

چگونه می توانم به دریافت CalFresh ادامه دهم؟

برای اینکه بتوانید به دریافت CalFresh ادامه دهید باید قبل از اینکه دوره تأییدیه شما به پایان برسد این فرم درخواست تأیید مجدد را تحویل داده و در یک مصاحبه شرکت کنید. در بسیاری از کانتی ها می توانید این فرم درخواست تأیید مجدد را بطور اینترنتی تکمیل کنید. برای اینکه ببینید آیا این کار در کانتی شما قابل انجام است یا خیر به <http://www.benefitscal.org> مراجعه فرمائید.

تذکره: اگر در حال حاضر فاقد پوشش خدمات بهداشتی و درمانی هستید و مایلید که کانتی از اطلاعات موجود در فرم درخواست CalFresh شما برای بررسی تعیین صلاحیت جهت بهره مندی از Medi-Cal استفاده کند، لطفاً کادر مربوط به پرسش شماره 12 در صفحه 3 فرم درخواست تأیید مجدد را علامت بزنید.

فرم درخواست تأیید مجدد را باید چطور تکمیل کنم؟

در صورتی که امکان دارد به تمام پرسش های فرم درخواست تأیید مجدد پاسخ بدهید. برای اینکه بتوانیم پروسه تأیید مجدد شما را آغاز کنیم، باید حداقل نام، آدرس و امضای خود را ارائه کرده باشید. پیش از امضای این فرم درخواست، لطفاً قسمت مربوط به حقوق و مسئولیت های خود را مطالعه کنید. فرم درخواست امضاء شده را حضوراً، با پست، فکس یا از طریق اینترنت تحویل دهید.

مرحله بعدی کار چیست؟

کانتی یک نامه قرار مصاحبه برای شما خواهد فرستاد تا در طی آن درباره این درخواست گفتگو کنید. اکثر مصاحبه ها تلفنی انجام می شوند، اما در صورتی که با کانتی هماهنگ کنید می توانید مصاحبه را حضوراً در دفتر کانتی یا مکانی دیگر انجام دهید. اگر به دلیل معلولیت و ناتوانی لازم است تمهیدات دیگری اندیشیده شود، لطفاً به کانتی اطلاع دهید. اگر تمام قسمت ها را کامل نکرده بودید یا لازم بود تغییراتی بدهید، کارشناس شما می تواند در طول مصاحبه به شما کمک کند تا فرم درخواست را کامل کنید.

در طول مصاحبه تأیید مجدد چه کارهایی انجام می شود؟

در طول مصاحبه، کانتی اطلاعات موجود در فرم درخواست را مرور کرده و به منظور تأیید مجدد شما برای CalFresh و مشخص ساختن مزایای پرسش های را مطرح خواهد ساخت. به منظور جلوگیری از تأخیر در روند تأیید مجدد، لطفاً در زمان مصاحبه مدارک مربوط به هرگونه تغییر در شرایط را ارائه کنید. از نمونه ها می توان به تغییر درآمد؛ تغییر در افرادی که با هم غذا خریداری/تهیه می کنند، تغییر مخارج مسکن و غیره اشاره کرد. اگر هیچ مدرکی برای ارائه ندارید باید کماکان در مصاحبه شرکت کنید. کانتی شاید بتواند در تهیه کردن مدارک لازم جهت تأیید مجدد به شما کمک کند.

در صورتی که فراموش کردید این فرم درخواست تأیید مجدد را تحویل بدهید چه خواهد شد؟

برای اینکه جهت CalFresh تأیید مجدد شوید باید حتماً پیش از اینکه دوره تأییدیه شما به پایان برسد این فرم درخواست را تحویل بدهید. اگر آنرا دیر تحویل دهید ممکن است مزایای شما با وقفه روبرو شود. اگر این فرم درخواست را بیش از 30 روز بعد از پایان دوره تأییدیه تحویل بدهید، مجبور خواهید بود که برای درخواست مجدد از فرم کامل درخواست استفاده کنید.

قوانین و مقررات برنامه CalFresh صفحه 1 - لطفاً برای سوابق خود نگاه دارید.

بعد از اینکه تأیید مجدد من مورد پذیرش قرار گرفت چه خواهد شد؟

اگر به موقع برای تأیید مجدد اقدام کرده باشید و تأیید مجدد شما پیش از پایان دوره تأییدیه انجام شود، دریافت مزایا با کارت انتقال الکترونیکی مزایا (EBT) ادامه خواهد یافت. برای خرید مواد غذایی می توانید مطابق قبل از کارت EBT و همان شماره شناسائی شخصی (PIN) خود استفاده کنید. اگر کارت EBT شما گم شده، دزدیده شده یا خراب شده است، فوراً با شماره 328-9677 (877) یا کانتی تماس بگیرید. برای مشاهده فهرست مکان هائی در نزدیکی شما که کارت EBT قبول می کنند به این سایت ها مراجعه کنید: <https://www.ebt.ca.gov> یا <https://www.snapfresh.org>.

حقوق و مسئولیت ها

شما مسئول هستید که:

- تمام اطلاعات لازم برای تعیین صلاحیت خود را در اختیار کانتی قرار دهید.
- هرگاه نیاز بود، مدارک مربوط به اطلاعاتی که داده اید را در اختیار کانتی قرار دهید.
- تغییرات را بر حسب نیاز گزارش کنید. کانتی درباره مواردی که باید گزارش کنید، زمان و نحوه گزارش دادن شما را راهنمائی خواهد کرد. اگر مقررات و الزامات مربوط به گزارش دادن خانوار خود را رعایت نکنید، امکان دارد که مزایای CalFresh شما کاهش یافته یا متوقف شوند.
- اگر کانتی به شما اعلام کند که برای پرونده تان لازم است، باید به دنبال کار بگردید، مشغول به کار شوید، کار خود را حفظ کرده و یا در سایر فعالیت های مربوط به کار و اشتغال شرکت نمائید.
- اگر به منظور مطمئن شدن از صحیح بودن تعیین صلاحیت شما و میزان مزایا، پرونده شما برای بررسی یا تحقیق انتخاب شد باید با کارکنان کانتی، ایالت و یا فدرال همکاری کامل داشته باشید. همکاری نکردن در این بررسی ها می تواند به از بین رفتن مزایای شما منجر شود.
- هرگونه مزایائی که واجد شرایط دریافت آنها نبوده اید را پس بدهید.

شما حق دارید که:

- فرم درخواست CalFresh را تنها با ذکر نام، آدرس و امضای خود تحویل دهید.
- در صورتی که نیاز بود، بدون هیچ هزینه ای یک مترجم شفاهی از طرف کانتی در اختیار شما قرار داده شود.
- اطلاعاتی که به کانتی ارائه می کنید محفوظ و محرمانه حفظ شود، مگر آنکه مستقیماً با اجرای برنامه های کانتی ارتباط داشته باشد.
- در هر زمان پیش از اینکه کانتی نسبت به تعیین صلاحیت اقدام کند، درخواست خود را پس بگیرید.
- برای تکمیل فرم درخواست CalFresh کمک بخواهید و قوانین و مقررات برای شما توضیح داده شوند.
- در صورت نیاز برای تهیه مدارک کمک بخواهید.
- مؤدبانه، محترمانه و با ملاحظه با شما رفتار شود و بر علیه شما تبعیض اعمال نشود.
- هنگامی که درخواست می دهید در مدت زمان معقولی توسط کانتی مصاحبه شوید و وضعیت صلاحیت شما ظرف مدت 30 روز تعیین گردد.
- اگر واجد شرایط خدمات فوری بودید، مزایای CalFresh را ظرف مدت 3 روز دریافت کنید.
- حداقل 10 روز برای ارائه کردن مدارکی فرصت داشته باشید که کانتی برای تعیین صلاحیت شما به آنها نیاز دارد.
- از حداقل 10 روز قبل از اینکه کانتی مزایای CalFresh شما را کاهش داده یا متوقف کند، یک اعلامیه کتبی دریافت کنید.
- درباره پرونده خود با کانتی گفتگو کرده و هرگاه مایل بودید، پرونده خود را بازبینی نمائید.
- اگر با هریک از اقداماتی که کانتی در خصوص پرونده CalFresh شما انجام داده است مخالف باشید، ظرف مدت 90 روز درخواست یک رسیدگی ایالتی بنمائید.
- اگر پیش از اینکه اقدامی درباره پرونده CalFresh شما انجام شود درخواست رسیدگی کرده باشید، مزایای CalFresh شما تا زمان رسیدگی و یا تا پایان دوره تأییدیه - هر کدام که زودتر بود - بدون تغییر باقی بماند.

قوانین و مقررات برنامه CalFresh صفحه 2 - لطفاً برای سوابق خود نگه دارید.

- درباره حقوق خود برای رسیدگی سؤال کرده و یا از طریق شماره تلفن رایگان - 1-800-952-5253 درخواست معرفی به خدمات حقوقی را بنمائید، آن دسته از افرادی که دچار مشکلات شنوایی یا گفتاری هستند می توانند با TDD 1-800-952-8349 تماس بگیرند. ممکن است بتوانید کمک های حقوقی رایگان را در دفتر محلی کمک های حقوقی یا دفتر حقوق رفاهی دریافت کنید.
- اگر مایل نیستید تنها به جلسه رسیدگی بروید، یک دوست یا شخص دیگری را با خود ببرید.
- برای ثبت نام جهت رای دادن از کانتی کمک بگیرید.
- تغییراتی را گزارش کنید که گزارش کردن آنها الزامی نیست اما ممکن است مزایای CalFresh شما را افزایش دهند.
- در خصوص مخارج خانوار خود مدارکی ارائه کنید تا شاید بتوانید از این طریق مزایای CalFresh بیشتری دریافت نمائید. اگر مدرکی به کانتی ارائه نکنید درست مانند این است که بگوئید آن هزینه را نداشته اید، در اینصورت شاید نتوانید مزایای CalFresh بیشتر دریافت کنید.
- اگر مایل هستید یک شخص مزایای CalFresh شما را برای خانوار شما استفاده کند و یا در پرونده CalFresh به شما کمک کند (نماینده مجاز) به کانتی اطلاع دهید.

قوانین و مجازات های برنامه

اگر برای دریافت مزایای CalFresh که واجد شرایط آنها نیستید، یا کمک به یک شخص برای دریافت مزایایی که واجد شرایط آنها نیست عمداً اطلاعات نادرست یا اشتباه ارائه کرده و یا تمام اطلاعات را ارائه نکنید مرتکب خلاف شده اید. شما باید هرگونه مزایایی که واجد شرایط دریافت آنها نبوده اید را پس بدهید.

ممکن است...	من می دانم که...
<ul style="list-style-type: none"> • در اولین مرتبه تخلف، مزایای CalFresh خود را برای 12 ماه از دست خواهیم داد و مجبور هستیم تمام مزایای اضافی CalFresh را پس بدهم • در دومین مرتبه تخلف، مزایای CalFresh خود را برای 24 ماه از دست خواهیم داد و مجبور هستیم تمام مزایای اضافی CalFresh را پس بدهم • در سومین مرتبه تخلف، مزایای CalFresh خود را برای همیشه از دست خواهیم داد و مجبور هستیم تمام مزایای اضافی CalFresh را پس بدهم • تا سقف \$250,000.00 جریمه، تا 20 سال زندان یا هر دو 	<p>تخلف عمدی از شرایط و مقررات برنامه با انجام هر یک از کارهای زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پنهان کردن اطلاعات یا ارائه اظهارات نادرست • استفاده از کارت های EBT متعلق به دیگران یا اجازه استفاده از کارت خود را به دیگران دادن • استفاده از مزایای CalFresh برای خرید مشروبات الکلی یا دخانیات • معامله، فروش یا دادن مزایای CalFresh یا کارت های EBT به دیگران
<ul style="list-style-type: none"> • در اولین مرتبه تخلف، از دست دادن مزایای CalFresh برای 24 ماه • در دومین مرتبه تخلف، از دست دادن مزایای CalFresh برای همیشه 	<ul style="list-style-type: none"> • معامله مزایای CalFresh برای مواد کنترل شده، مانند مواد مخدر
<ul style="list-style-type: none"> • در هر مرتبه تخلف، از دست دادن مزایای CalFresh برای 10 سال 	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه اطلاعات نادرست درباره هویت و مکان زندگی خود تا بتوانم مزایای CalFresh اضافی دریافت کنم
<ul style="list-style-type: none"> • از دست دادن مزایای CalFresh برای همیشه 	<ul style="list-style-type: none"> • من بخاطر معامله یا فروش مزایای CalFresh به ارزش بیش از \$500، یا معامله مزایای CalFresh با سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره گناهکار شناخته شده ام

قوانین و مقررات برنامه CalFresh صفحه 3 - لطفاً برای سوابق خود نگه دارید.

اطلاعات مهم برای افراد غیر سیتیزن: حتی اگر در خانواده شما افرادی وجود داشته باشند که واجد شرایط نیستند، می توانید برای آنهایی که واجد شرایط هستند مزایای CalFresh درخواست کرده و آنها را دریافت کنید. دریافت مزایای مواد غذایی هیچ تأثیری بر وضعیت مهاجرتی خانواده شما نخواهد داشت. اطلاعات مهاجرتی محرمانه و خصوصی هستند. وضعیت مهاجرتی افراد غیر سیتیزنی که واجد شرایط بوده و برای مزایا درخواست می دهند با سازمان خدمات سیتیزن شپ و مهاجرت (USCIS, U.S. Citizenship and Immigration Services) آمریکا بررسی و کنترل خواهد شد. بر اساس قوانین فدرال، USCIS نمی تواند از اطلاعات در هیچ موردی بجز در موارد تقلب استفاده نماید.

خروج از برنامه: شما لازم نیست اطلاعات مهاجرتی، شماره های سوشال سکيوریتی، یا اسناد و مدارک هیچیک از اعضای غیر سیتیزن خانواده را ارائه کنید که برای دریافت مزایای CalFresh درخواست نداده اند. با این وجود، کانتی برای تعیین صحیح مزایای CalFresh خانوار شما به اطلاعات درآمد و منابع آنها نیاز دارد. کانتی در خصوص افرادی که جهت دریافت مزایای CalFresh درخواست نداده اند با USCIS تماس نخواهد گرفت.

استفاده از شماره های سوشال سکيوریتی (SSN): تمام افرادی که برای دریافت مزایای CalFresh درخواست می دهند در صورتی که SSN داشته باشند باید آنرا ارائه کنند، یا باید مدارکی ارائه نمایند که نشان می دهد برای دریافت SSN اقدام کرده اند (مانند نامه از دفتر تامین اجتماعی). کانتی می تواند درخواست مزایای CalFresh شما یا هریک از اعضای خانوار شما را که SSN ارائه نکرده اند رد نماید. بعضی افراد مانند قربانیان خشونت خانگی، شاهدان پرونده های قانونی در موارد جرم و جنایت و قربانیان قاچاق لازم نیست SSN خود را ارائه کنند.

صدور بیش از حد: این بدان معنی است که بیشتر از حد لازم مزایای CalFresh دریافت کرده اید. حتی اگر کانتی اشتباه کرده باشد یا تعمدی در این کار نبوده باشد، باید آنها را پس بدهید. مزایای شما ممکن است کاهش داده شده یا متوقف گردند. SSN شما ممکن است برای وصول آن میزان از مزایا که بدهکار هستید، از طریق دادگاه ها یا سایر نهادهای و طول مطالبات، یا اقدامات وصول مطالبات دولت فدرال بکار برده شود.

گزارش دادن: خانوار شما باید به گزارش کردن تغییراتی که کانتی از شما گزارش آنها را خواسته است ادامه دهد. اگر گزارش نکنید، ممکن است مزایای شما کاهش داده شده یا متوقف گردند. شما همچنین می توانید مواردی مانند کمتر شدن درآمد را گزارش کنید که ممکن است مزایای شما را افزایش دهند.

رسیدگی ایالتی: اگر با هریک از اقدامات انجام شده در خصوص تأیید مجدد خود برای ادامه یافتن مزایا مخالف باشید، حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی بنمائید. شما می توانید ظرف مدت 90 روز از اقدام کانتی درخواست رسیدگی ایالتی بنمائید و باید دلیل خود برای درخواست رسیدگی را نیز اعلام کنید. اطلاعات مربوط به نحوه درخواست یک رسیدگی ایالتی در اعلامیه پذیرش یا عدم پذیرش که از کانتی دریافت می کنید موجود است.

عدم تبعیض: سیاست های ایالت و کانتی بر این منوال است که باید با همه مردم به یکسان، با احترام و در خور شأن و منزلت آنها رفتار شود. بر طبق قوانین فدرال و سیاست های سازمان کشاورزی آمریکا (U.S. Department of Agriculture, USDA) اعمال تبعیض بر پایه نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، جنسیت، سن، دین، باورهای سیاسی و یا ناتوانی اکیداً ممنوع است. برای تسلیم شکایت در خصوص موارد تبعیض، با مسئول هماهنگی حقوق مدنی کانتی، یا USDA یا سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا (California Department of Social Services, CDSS) تماس بگیرید:

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

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

USDA یک کارفرمای معتقد به برابری فرصت ها در اشتغال می باشد.

قوانین و مقررات برنامه CalFresh صفحه 4 - لطفاً برای سوابق خود نگه دارید.

قانون حفظ حریم خصوصی و ارائه اطلاعات به دیگران: شما در این فرم درخواست اطلاعات شخصی خود را ارائه می کنید. کانتی از این اطلاعات برای مشخص ساختن صلاحیت شما جهت دریافت مزایا استفاده می کند. اگر اطلاعات خواسته شده را ارائه نکنید، کانتی می تواند درخواست شما را رد کند. شما حق دارید تمام اطلاعاتی که به کانتی ارائه کرده اید را مرور کرده، تغییر داده و یا تصحیح بنمائید. کانتی اطلاعات شما را به دیگران نشان نداده و یا به دیگران ارائه نخواهد کرد مگر آنکه شما به آنها اجازه داده باشید یا قوانین فدرال یا ایالتی چنین اجازه ای به آنها داده باشد. کانتی صحت این اطلاعات را با استفاده از برنامه های مطابقت دهنده کامپیوتری مانند سیستم بررسی و تأیید درآمدها و عایدات (Income and Earnings Verification System، IEVS) بررسی خواهد کرد. این اطلاعات برای نظارت بر رعایت مقررات برنامه و نیز برای مدیریت برنامه استفاده خواهند شد. کانتی می تواند این اطلاعات را برای بررسی های رسمی در اختیار سایر نهادهای فدرال و ایالتی، برای بازداشت افراد فراری از قانون در اختیار مقامات مجری قانون، و برای اقدامات وصول مطالبات در اختیار نهادهای خصوصی وصول مطالبات قرار دهد. اطلاعاتی که کانتی از این نهادها و سازمان ها دریافت می کند می تواند بر وضعیت صلاحیت و میزان مزایای شما تأثیر بگذارد.

بررسی و تحقیق در پرونده ها: امکان دارد به منظور بررسی اینکه آیا صلاحیت شما بدرستی تعیین شده است یا خیر، پرونده شما برای بررسی های بیشتر انتخاب گردد. شما باید در هر تحقیق یا بررسی، شامل بررسی های کنترل کیفیت با کارکنان کانتی، ایالت و یا فدرال کاملاً همکاری کنید. همکاری نکردن در این بررسی ها می تواند به از بین رفتن مزایای شما منجر شود.

قوانین کار برای CalFresh: کانتی ممکن است یک برنامه کار اجباری برای شما تعیین نماید. اگر در مواردی که کانتی لازم دانسته است شرکت نکنید، ممکن است مزایای شما کاهش یافته یا متوقف گردند. همچنین اگر اخیراً شغلی را ترک کرده باشید ممکن است واجد شرایط CalFresh نباشید.

استفاده از EBT: هرگونه استفاده از کارت EBT توسط شما، یکی از اعضای خانوار، نماینده رسمی شما، یا هر شخصی که داوطلبانه کارت EBT و شماره PIN خود را به ایشان داده اید، به منزله موافقت شما با این کار محسوب شده و هیچیک از مزایائی که از حساب برداشت شود، برگردانده نخواهد شد.

قوانین و مقررات برنامه CalFresh صفحه 5 - لطفاً برای سوابق خود نگه دارید.

نکات



فرم درخواست تأیید مجدد - فقط برای خانوارهای CALFRESH

برای اینکه مزایای خود را به موقع و بدون وقفه دریافت کنید، لطفاً این فرم را تکمیل کرده و پس از امضاء و درج تاریخ تا قبل از اتمام دوره تأییدیه خود به همراه مدارک مربوط به شرایط خود به کانتی تحویل دهید. ما تا آن تاریخ به اطلاعات نیاز داریم چون که باید برای به پایان رساندن کار تأیید مجدد، با شما مصاحبه کنیم. ما فقط می خواهیم از تغییراتی آگاه گردیم که خانوار شما از آخرین باری که به کانتی اطلاعات دادید تجربه کرده است. ما حداقل به نام، امضاء، آدرس و درج تاریخ روی فرم توسط شما نیاز داریم تا بتوانیم مراحل کار تأیید مجدد CALFRESH را شروع کنیم.

نام پرونده: _____ شماره پرونده: _____

1. آیا هیچکس به منزل شما وارد شده یا منزل شما را ترک کرده است (شامل نوزادان)؟ بله خیر (اگر پاسخ مثبت داده اید، قسمت زیر را تکمیل نمایید)

تاریخ نقل مکان (سال/روز/ماه)	نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد	نسبت شخص با شما	آیا بطور مرتب با هم مواد غذایی خریداری و آماده می کنید؟
<input type="checkbox"/> وارد شده است <input type="checkbox"/> خارج شده است / /		/ /		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> وارد شده است <input type="checkbox"/> خارج شده است / /		/ /		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> وارد شده است <input type="checkbox"/> خارج شده است / /		/ /		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

2. شما می توانید به شخصی به سن 18 سال به بالا اجازه دهید که به خانوار شما در انجام امور مربوط به مزایای CALFRESH کمک کند. این شخص همچنین می تواند در مصاحبه از سوی شما صحبت کند، به شما در پر کردن فرم ها کمک کند، برای شما خرید کند و تغییرات را برای شما گزارش کند. شما باید هرگونه مزایایی که اشتهاً به خاطر اطلاعاتی که این شخص به کانتی می دهد ممکن است دریافت کنید را بازپرداخت کنید و هرگونه مزایایی که نمی خواستید مصرف کنید، جایگزین نخواهد شد. اگر شما یک نماینده رسمی هستید، لازم خواهد بود که مدرک شناسایی خودتان و متقاضی را به کانتی ارائه کنید.

آیا می خواهید شخصی را نام ببرید تا به شما در مورد پرونده CALFRESH کمک کند؟ بله خیر

اگر بله، بخش زیر را پر کنید:

نام نماینده رسمی	شماره تلفن نماینده رسمی
------------------	-------------------------

آیا می خواهید شخصی را نام ببرید تا مزایای CALFRESH را برای خانوار شما دریافت کرده و مصرف کند؟ بله خیر

اگر بله، بخش زیر را پر کنید:

نام	شماره تلفن
آدرس	شهر ایالت کد پستی

3. آیا آدرس شما تغییر کرده است؟ بله خیر (اگر پاسخ مثبت داده اید، قسمت زیر را تکمیل نمایید)

آدرس جدید: _____ تاریخ نقل مکان: _____

آدرس پستی (در صورتی که با آدرس فوق فرق دارد) _____

4. اگر نقل مکان کرده اید و/یا مخارج مسکن جدید/تغییر یافته دارید، لطفاً اطلاعات زیر را کامل کنید:

کرایه یا قسط وام مسکن ماهیانه شما در حال حاضر چقدر است؟ \$ _____
اگر جداگانه پرداخت می شود، مالیات ملک و بیمه منزل ماهیانه شما در حال حاضر چقدر است؟ \$ _____

4a. آیا هیچگونه هزینه ای بابت خدمات همگانی پرداخت می کنید که جزو مخارج مسکن شما نباشد؟ اگر اینطور است، کدامیک:

تلفن جمع آوری زباله ها آب برق/گاز سایر مخارج گرمایش یا سرمایش

5. آیا بیخانمان هستید؟ بله خیر اگر پاسخ شما مثبت است، آیا هزینه ای بابت سرپناه پرداخت می کنید؟ بله خیر

نام پرونده: _____

شماره پرونده: _____

6. دانش آموزان و دانشجویان: آیا هیچیک از متقاضیان مزایا، شامل شما در یک کالج یا مدرسه آموزش های فنی و حرفه ای مشغول به تحصیل هستید؟ بله خیر
اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید. اگر پاسخ شما منفی است به پرسش بعد بروید.

نام شخص	نام مدرسه/مؤسسه آموزشی	وضعیت ثبت نام (✓ یک مورد را علامت بزنید)	آیا این شخص مشغول به کار است؟
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت <input type="checkbox"/> تعداد واحدها: _____	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، متوسط ساعت های کاری در هفته: _____
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت <input type="checkbox"/> تعداد واحدها: _____	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، متوسط ساعت های کاری در هفته: _____

7. آیا هیچکس در حال حاضر از محل اشتغال درآمد دارد؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، قسمت زیر را تکمیل نموده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید. هر شغل مربوط به هر شخصی که کار می کند را ذکر کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگ کاغذ اضافی ضمیمه نمایید و شماره پرسشی که به آن پاسخ می دهید را بنویسید. نمونه ها شامل نگهداری از کودکان، دریافت حقوق، خود اشتغالی، حق مرخصی استعلاجی، انعام و غیره می باشد.

نام شخص دریافت کننده درآمد:	شغل 1	شغل 2	شغل 3
نام کارفرما:	خوداشتغال، علامت بزنید <input type="checkbox"/>	خوداشتغال، علامت بزنید <input type="checkbox"/>	خوداشتغال، علامت بزنید <input type="checkbox"/>
هرچند وقت یکبار پرداخت می شود:	<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> ماهیانه <input type="checkbox"/> دو بار در ماه	<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> ماهیانه <input type="checkbox"/> دو بار در ماه	<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> ماهیانه <input type="checkbox"/> دو بار در ماه
مقدار ناخالص درآمد ماهیانه:	\$	\$	\$
تعداد ساعت کار در ماه:			
آیا این درآمد ادامه خواهد داشت؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

7a. آیا شغل یا درآمد هیچکس در آینده نزدیک تغییری خواهد کرد؟ بله خیر

نمونه ها: توقف، یا شروع یک شغل، افزایش یا کاهش درآمد، تغییر در ساعات کاری، استعفا دادن از یک شغل، اعتصاب، تغییر در دفعات پرداخت.

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً در اینجا توضیح داده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید: _____

8. آیا هیچکس در حال حاضر از منابع دیگر پول دریافت می کند؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، قسمت زیر را تکمیل نموده و مدارک مربوطه را ضمیمه نمایید. نمونه ها عبارتند از: سوشال سکیوریتی، حق بیکاری، مزایای بازنشستگی نیروهای مسلح، بیمه ازکارافتادگی ایالتی (State Disability Insurance, SDI)، پشتیبانی کودک/همسر، غرامت کارگران و کارکنان، وام ها/هدایا، مسکن تحصیل شده/تحصیل نشده، خدمات همگانی، غذا و غیره.

نام	منبع درآمد	یک بار پرداخت یا پرداخت مستمر	مبلغ/دفعات پرداخت

8a. آیا این درآمد در آینده نزدیک هیچگونه تغییری خواهد کرد؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً در اینجا توضیح دهید: _____

نام پرونده: _____ شماره پرونده: _____

9. هزینه های درمانی: آیا هیچیک از دریافت کنندگان CalFresh که 60 سال یا بیشتر سن دارند، یا معلول و ناتوان هستند، شروع به پرداخت هزینه های درمانی کرده اند یا هزینه های درمانی ایشان افزایش یافته است؟ بله خیر (اگر پاسخ شما مثبت است، قسمت زیر را تکمیل نمایید این یک خرج جدید می باشد یا اگر تغییر بیش از \$5۲ است.)
 مخارج مربوط به چه شخصی بوده است؟ _____ نوع هزینه _____
 مبلغ پرداخت شده؟ _____ هرچند وقت یکبار؟ _____

10. پشتیبانی کودکان: آیا هیچیک از دریافت کنندگان CalFresh موظف به پرداخت مبالغ پشتیبانی کودکان هستند؟ بله خیر
 (اگر بله، در صورتیکه این یک تعهد جدید برای پشتیبانی کودکان یا تغییر در تعهد پرداخت پشتیبانی کودکان یا افزایش مبلغ پرداخت شده برای پشتیبانی کودکان می باشد، بخش زیر را پر کرده و مدرک را الصاق کنید.)
 نام کودک(ان) _____
 در حال حاضر چه مبلغی باید پرداخت کنند؟ \$ _____ چه کسی مبلغ پشتیبانی را پرداخت کرده است؟ _____

11. مراقبت از وابستگان یا کودکان: آیا هیچکس هزینه ای از بابت مراقبت از یک کودک، یک بزرگسال معلول یا ناتوان، یا وابستگان دیگر پرداخت می کند تا شما یا شخص دیگری بتوانید کار کنید، تحصیل نمایید، یا به دنبال کار بگردید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً هر مبلغی را ذکر کنید که شما یا سایر اعضای خانوار شخصاً پرداخت می نمایند. در صورت تغییر ارائه کننده یا مبلغ هزینه های نقدی (tekop-fo-tuo)، مدرک را الصاق کنید.
 مبلغ: \$ _____ چه کسی پرداخت کرده است: _____ اشخاص وابسته/کودکان را نام ببرید: _____

12. آیا مایل هستید برای Medi-Cal درخواست بدهید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، کاتی از اطلاعات شما برای بررسی اینکه آیا Medi-Cal به شما تعلق می گیرد یا خیر استفاده خواهد کرد.

13. دریافت مزایای مکرر
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما بعد از تاریخ 22 سپتامبر 1996 به دلیل دریافت متقلبانه مزایای مکرر SNAP (نام برنامه فدرال کمک های غذایی، در کالیفرنیا با عنوان CalFresh شناخته می شود) در هر ایالتی گناهکار شناخته شده اید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

14. قاچاق مزایا
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما بعد از تاریخ 22 سپتامبر 1996 به دلیل قاچاق مزایای SNAP (دادن اجازه استفاده از کارت EBT به دیگران یا فروختن کارت) به ارزش \$500 یا بیشتر گناهکار شناخته شده اید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

15. معامله مزایا با مواد مخدر
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما بعد از تاریخ 22 سپتامبر 1996 به دلیل معامله مزایای SNAP با مواد مخدر گناهکار شناخته شده اید؟
 بله خیر اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

16. معامله مزایا با سلاح گرم یا مواد منفجره
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما بعد از تاریخ 22 سپتامبر 1996 به دلیل معامله مزایای SNAP با تفنگ، مهمات، یا مواد منفجره گناهکار شناخته شده اید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

17. بزهکار فراری
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما به منظور احتراز از پیگرد قانونی، بازداشت شدن، یا زندان رفتن برای جرم و جنایت یا مبادرت به جرم و جنایت از قانون فراری هستید یا پنهان شده اید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

18. نقض شرایط آزادی مشروط/تعلیق مجازات
 آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار شما به تشخیص دادگاه، شرایط و مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط را نقض کرده اید؟ بله خیر
 اگر پاسخ شما مثبت است، نام شخص چیست؟ _____

نام پرونده:

شماره پرونده:

گواهی

لطفاً با دقت مطالعه کرده و سپس امضاء نموده و تاریخ بزنید. با امضای این فرم:

من می دانم و آگاهم که با امضای این فرم درخواست تأیید مجدد بر اساس مجازات شهادت دروغ و کذب (دادن اطلاعات و اظهارات نادرست):

- اطلاعات موجود در این فرم درخواست تأیید مجدد و پاسخ های خود به پرسش های این فرم درخواست تأیید مجدد را خوانده ام یا یک نفر آنها را برای من خوانده است.
- پاسخ های من به پرسش ها بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من، صحیح و کامل می باشند.
- تمام پاسخ هایی که برای روند تأیید مجدد ارائه می کنم، بر اساس بهترین دانش و اطلاعات من صحیح و کامل خواهند بود.
- حقوق و مسئولیت های برنامه CalFresh (قوانین و مقررات برنامه، صفحه 1) و قوانین و مجازات های برنامه CalFresh (قوانین و مقررات برنامه، صفحات 2 تا 3) را خوانده ام یا یک نفر آنها را برای من خوانده است.
- من می دانم و آگاهم که ارائه اظهارات نادرست یا جعل واقعیات، مخفی کردن یا ارائه ندادن اطلاعات به منظور کسب صلاحیت استفاده از CalFresh تقلب محسوب می شود. تقلب کردن می تواند باعث شود که بر علیه من پرونده قضائی تشکیل شده و/یا ممکن است برای یک مدت (یا برای همیشه) از دریافت مزایای CalFresh محروم شوم.
- من می دانم و آگاهم که شماره های سوشال سکیوریتی و یا وضعیت مهاجرتی اعضای خانوار که متقاضی مزایا هستند ممکن است هرگاه بر اساس قوانین فدرال لازم بود در اختیار سازمان های دولتی ذریبط قرار داده شود.

به منظور ادامه دریافت مزایا باید پیش از آخرین روز دوره تأییدیه خود این فرم درخواست را امضاء کرده و تاریخ بزنید و در یک مصاحبه شرکت نمائید.

چه کسی باید بخش زیر را امضاء کند: عضو بزرگسال خانوار/نماینده رسمی/قیم

آدرس ایمیل/شماره تلفن تماس

تاریخ

امضاء یا مهر متقاضی