

**ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ
ਬਿਪਤਾ CALFRESH**

ਬਿਪਤਾ ਰਾਹਤ ਮਿਆਦ: _____ ਤੋਂ _____

ਕੇਵਲ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ - ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ

- ਬਿਨੈਕਾਰ ਕਿਸੇ ਭੇਦਭਾਵ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਾਤੀ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰ ਮੂਲ, ਧਰਮ, ਸਿਆਸੀ ਸੰਬੰਧ, ਲਿੰਗ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਉਮਰ ਦੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਹੋਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਦਰਖਾਸਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 1 ਤੋਂ 3 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅੰਦਰ ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ,
- ਕਾਉਂਟੀ ਭਲਾਈ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਕਿਸੇ ਕਾਰਵਾਈ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਦਰਖਾਸਤ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਰੱਦ ਹੋਣ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅੰਦਰ ਰਾਜ ਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿਣਾ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਖਾਸਤ ਰੱਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਹੀ ਸੁਪਰਵਾਈਜ਼ਰ ਤੋਂ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਵਾਉਣਾ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਉਂਟੀ ਭਲਾਈ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਲਿਖ ਕੇ ਜਾਂ ਟੈਲ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਰਾਜ ਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿਣਾ। 1-800-952-5253। ਬੋਲਿਆਂ (ਟੀਡੀਡੀ) ਲਈ ਟੈਲ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਹੈ 1-800-952-8349।
- ਆਪਣੇ ਆਪ ਦੀ ਰਾਜ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨੀ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ, ਮਿੱਤਰ, ਅਟਾਰਨੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਰਾਹੀਂ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਵਾਉਣੀ।
- ਦਰਖਾਸਤ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਨੂੰ ਕੋਲ ਰੱਖਣਾ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਬਾਲਗ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੁਖੀ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਹੇਠ ਲਿਖਤੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ:

- ਤੁਸੀਂ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਵਧੀਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਪੂਰੀ ਸਚਾਈ ਅਤੇ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਮਿਲਣਗੇ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਸਮੇਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੁਖੀ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਦਰਖਾਸਤ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਅਤੇ ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਨਿਵਾਸ ਦਾ ਸਬੂਤ ਜਾਂ/ਅਤੇ ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਸਮੇਂ ਕੰਮ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਤਸਦੀਕ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਫਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਲਾਂਕਣ ਲਈ ਚੁਣੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ, ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਫਤ CalFresh ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰੋ:

ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ	ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ
--------------------------	--------------------------

ਪਤਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਹਿਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਵੇ

- ਕੇਵਲ ਈਬੀਟੀ ਕਾਰਡ ਨੂੰ ਚੁੱਕੋ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਈਬੀਟੀ ਕਾਰਡ ਉਠਾਓ

ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੀ ਚੇਤਾਵਨੀ!!

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਜਾਂ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੀ ਸਜ਼ਾ, ਜੇਲ ਜਾਂ ਦੇਵਾਂ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਜ਼ਾਵਾਂ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਲਈ ਅਯੋਗ ਹੋਣ, \$250,000 ਤੱਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਜਾਂ 20 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਦੀ ਜੇਲ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੋ ਬਣ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ ਤੇ ਅਯੋਗ ਕਰਨ ਦੀ ਸਜ਼ਾ 12 ਮਹੀਨੇ, ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ ਤੇ ਅਯੋਗ ਕਰਨ ਦੀ ਸਜ਼ਾ 24 ਮਹੀਨੇ, ਅਤੇ ਤੀਜੀ ਵਾਰ ਉਲੰਘਣਾ 'ਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਅਯੋਗ ਕਰਨ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਹੋਵੇਗੀ।

- ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਦਿਓ ਜਾਂ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਲੁਕਾਓ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਤੰਤਰਾਂ ਜਾਂ ਆਫਤ CalFresh ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਖਰੀਦ ਫਰੇਖਤ ਨਾ ਕਰੋ।
- ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਉਹਨਾਂ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਆਪਣੇ ਈਬੀਟੀ ਕਾਰਡ ਨੂੰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਤੰਤਰਾਂ ਨੂੰ ਤਬਦੀਲ ਨਾ ਕਰੋ।
- ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਯੋਗ ਵਸਤੂਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸ਼ਰਾਬ, ਅਤੇ ਤੰਬਾਕੂ ਲਈ ਨਾ ਵਰਤੋਂ।
- ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਯੰਤਰ ਜਾਂ ਈਬੀਟੀ ਕਾਰਡ ਨੂੰ ਨਾ ਵਰਤੋਂ।

ਹਦਾਇਤਾਂ: ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦਨ ਹਾਲਾਤਾਂ ਬਾਰੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿਚਲੇ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਨਾਂ (ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ)

ਆਫਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਘਰ ਦਾ ਪੱਕਾ ਪਤਾ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਆਰਜੀ ਪਤਾ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਦਾ ਪਤਾ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਸਮੇਂ ਕੰਮ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦਾ ਪਤਾ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਭਾਗ A - ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ | (ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਸਵਾਲ ਲਈ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ)

1. ਕੀ ਬਿਪਤਾ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਬਿਪਤਾ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਸੀ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ ਜਾਂ ਦੇਵੇਂ (ਸਹੀ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਰੋਤ ਇੱਕਠੇ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
3. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਰੋਤ ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਕਾਰਨ ਘੱਟ ਗਏ ਹਨ, ਰੁੱਕ ਗਏ ਹਨ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
4. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਿਪਤਾ ਲਾਭ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਭੋਜਨ ਖਾਰੀਦ ਰਹੇ ਹੋਵੋਗੇ ਅਤੇ ਖਾਣਾ ਤਿਆਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋਗੇ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
5. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ _____ ਦਾ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਕਾਉਂਟੀ ਦਾ ਨਾਂ/ਰਾਜ ਦੀ CalFresh ਏਜੰਸੀ

ਕੇਵਲ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

- Disaster Application
Can the identity of the authorized representative be verified?
 YES NO
Type of verification:
- Can the head of household's identity be verified?
 YES NO
Type of verification:
- Is permanent residence in disaster area?
 YES NO
Type of verification:
- Is work address in the disaster area?
 YES NO
Type of verification:
- Can the household's residence be verified?
 YES NO
Type of verification

ਭਾਗ B – ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ

5. ਬਿਪਤਾ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ। ਸਿਰਫ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਹੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਜੋ ਆਫਤ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਫਤ ਕਰਕੇ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੋਰ ਪਰਿਵਾਰ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਸ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। *ਆਪਣਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਐਸਐਸਐਨ) ਦੱਸਣਾ ਸਵੈ-ਇੱਛੁਕ ਹੈ। ਇਹ ਸਿਰਫ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਦੇ ਮਕਸਦ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਨਾਂ (ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ) (ਐਚਐਚ)	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
a. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
b. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
c. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
d. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
e. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
f. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ
g. ਨਾਂ	ਐਚਐਚ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਐਸਐਸਐਨ*	ਜਨਮਦਿਨ

ਭਾਗ B-ਆਮਦਨ/ਸੇਮੇ/ਖਰਚੇ

6. a. ਘਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕੁੱਲ ਤਨਖਾਹ ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕੁੱਲ ਰਕਮ ਜੋ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਗੇ? \$ _____
 b. ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਾਰੇ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:

7. ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਨਕਦ ਸਰੋਤਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਜੋ ਉਹ ਬਿਪਤਾ ਦੇ ਲਾਭ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣਗੇ। ਨੰਬਰ 6 ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੈਸੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਨਕਦੀ	ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ	ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ	Other
\$	\$	\$	\$

8. ਆਫਤ ਸੰਬੰਧੀ ਹੋਏ ਘਾਟੇ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਖਰਚੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜਿਸਦਾ ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਫਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਰਾਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਰੱਖੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਬਿਪਤਾ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੌਰਾਨ ਅਦਾਇਗੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਯੋਗ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਦਿੱਤੇ ਹੋਏ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- a. ਘਰ ਨੂੰ ਹੋਏ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਲਈ ਖਰਚੇ। \$ _____
- b. ਅਸਥਾਈ ਪਨਾਹ ਲਈ ਖਰਚੇ ਜੇਕਰ ਘਰ ਰਹਿਣ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਉਸ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ ਹੈ; \$ _____
- c. ਉਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਕੱਢੇ ਜਾਣ ਲਈ ਖਰਚੇ ਜੋ ਕਿ ਆਫਤ ਕਾਰਨ ਖਾਲੀ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ; \$ _____
- d. ਘਰ ਜਾਂ ਵਪਾਰ ਦੇ ਆਫਤ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਨੁਕਸਾਨ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਖਰਚੇ; \$ _____
- e. ਨਿਜੀ ਸੱਟ ਕਾਰਨ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ। \$ _____
- f. ਆਫਤ-ਸਬੰਧੀ ਸੰਸਕਾਰ ਦੇ ਖਰਚੇ। \$ _____
- g. ਆਫਤ-ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਤੂ ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੀ ਬੇਰਹਿੰਗ ਫੀਸ। \$ _____
- h. ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਵਸਤਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੱਪੜੇ, ਉਪਕਰਣ, ਸੰਦ ਅਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਸਮੱਗਰੀ। \$ _____
- i. ਮੁੱਢਲੇ ਗੀਟਿੰਗ ਸਰੋਤਾਂ ਲਈ ਬਾਲਣ। \$ _____
- j. ਸਾਫ-ਸਫਾਈ ਵਾਲੀਆਂ ਵਸਤੂਆਂ ਦੇ ਖਰਚੇ। \$ _____
- k. ਆਫਤ ਕਰਕੇ ਨੁਕਸਾਨੇ ਗਏ ਵਾਹਨ ਦੇ ਖਰਚੇ। \$ _____
- l. ਸਟੋਰੇਜ ਦੇ ਖਰਚੇ। \$ _____

9. a. ਕੀ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਵੇਲੇ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____ ਦੇਸ਼ _____ ਰਾਜ _____ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਿਰਧਾਰਨ \$ _____
 b. ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਿਹਾ ਸੀ ਜਾਂ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ CalFresh ਦੇ ਲਾਭ ਬਦਲ ਵਜੋਂ ਮਿਲੇ ਹਨ?
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿੰਨਾ ਕੁ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਗੇ? _____ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਹੋਏ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਬਿਪਤਾ CalFresh ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੇ ਹੋਏ ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੀ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਹੈ, (ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ)। ਮੈਂ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਜੇ ਕਰ ਮੈਂ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਬਿਪਤਾ ਲਾਭ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕਰਵਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੇਸ਼, ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਅਮਲੇ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਾਂਗਾ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਧੀਕ ਅਦਾਇਗੀ ਵਾਲੇ ਲਾਭ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇਕਰ ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਮੈਂਬਰ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਗਲਤ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਲਈ ਬਣੇ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਦਰਖਾਸਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਹੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ (ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੁਆਰਾ)	ਮਿਤੀ	WORKER'S SIGNATURE	DATE
ਗਵਾਹ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ 'X' ਮਿਤੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ	ਮਿਤੀ	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ _____	
B. Accessible Cash Resources (from 7) \$ _____	+
C. Total disaster period income (A+B) \$ _____	=
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) \$ _____	-
E. Accessible disaster period income (C-D) \$ _____	=
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____	

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____	
2. Regular Allotment Already Received \$ _____	-
3. Net Disaster Allotment (1-2) \$ _____	=

EBT Card Number issued # _____

YES NO