



CALFRESH ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ County Welfare Department (County) ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬੋਲਣਾ, ਪੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਰੱਖੋਗੀ।

ਮੈਂ ਕਿਵੇਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਵਾਂ?

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। CalFresh ਭੋਜਨ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਦੇ ਖਰਚ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ CalFresh ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ CalWORKs ਜਾਂ Medi-Cal, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ <http://www.benefitscal.org/> 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ CalFresh ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅੰਨਲਾਈਨ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਲਾਇਕ ਹੋ।

- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੂਰਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਭਰੋ। ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਦੇਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ (ਪੰਨਾ 1 ਤੇ ਸਵਾਲ 1)।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਖੁਦ ਆ ਕੇ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ, ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਔਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ।
- ਜਿਸ ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਤਹਾਡੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤਹਾਨੂੰ ਇਸਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਕਿਸੇ ਇੰਸਟੀਟਿਊਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਸਮਾਂ ਉਸ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤਸੀਂ ਛੱਡ ਕੇ ਜਾਏ ਹੋ।

ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਂ ਕੀ ਕਰਾਂ?

- ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਿਯਮ, ਪੰਨਾ 1 ਤੋਂ 5) ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤਹਾਡਾ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਦਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਇੱਕ ਇੰਟਰਵਿਊ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇੰਟਰਵਿਊ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਏ ਹਨ, ਪਰੰਤੂ ਇਹ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿਖੇ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ 'ਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਨਾਲ ਵੀ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤਹਾਨੂੰ ਅਪਾਹਜ਼ਪੁਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਪੂਰਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ, ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗੇਗਾ?

ਤਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ 30 ਦਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤਸੀਂ 3 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਯੋਗ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਛੇਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਦੀ ਸੇਵਾ (Expedited Service) ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਾਸਿਕ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨੀ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਰਕਮ) \$150 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ (ਕੈਸ਼ ਅੰਨ ਹੈਂਡ), ਜਾਂ ਚਾਲ ਜਾਂ ਬੱਚਤ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ \$100 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਘੱਟ ਰਕਮ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਘਰ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਕਿਰਾਇਆ/ਗਿਰਵੀਨਾਮਾ ਅਤੇ ਉਪਯੋਗਿਤਾਵਾਂ) ਤਹਾਡੀ ਮਾਸਿਕ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ ਜਾਂ ਚਾਲ ਜਾਂ ਬੱਚਤ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਰਕਮ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਨ; ਜਾਂ
- ਤਸੀਂ ਚਾਲ ਜਾਂ ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ \$100 ਤੋਂ ਘੱਟ ਰਕਮ ਵਾਲ ਪਰਵਾਸੀ ਜਾਂ ਸੀਜਨਲ ਫਾਰਮਵਰਕਰ ਪਰਿਵਾਰ ਹੋ ਅਤੇ 1) ਤਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਜਾਂ 2) ਤਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਪਰੰਤੂ ਤਹਾਨੂੰ ਅਗਲ 10 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ \$25 ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਇਹ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਲਈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਤਿੰਨ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ 1, 6 ਤੋਂ 8, 11, ਅਤੇ 16 ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ, ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦਿਓ (ਜੇਕਰ ਤਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈ)।

ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਇੱਕ ਚਿੱਠੀ ਭੇਜੇਗੀ ਕਿ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਏਜੰਸੀ ਕਾਨਫਰੰਸ (Agency Conference)

ਏਜੰਸੀ ਕਾਨਫਰੰਸ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਿ ਪਰਿਵਾਰ ਛੇਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸੇਵਾ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਵਾਦ ਦਾ ਗੈਰ ਰਸਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਯੋਗਤਾ ਸੁਪਰਵਾਈਜਰ ਦੇ ਨਾਲ ਮੀਟਿੰਗ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ (ਇਸ ਮੀਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਯੋਗਤਾ ਕਾਮਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ)।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਏਜੰਸੀ ਕਾਨਫਰੰਸ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਦੋ ਕਾਰਜਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੈਅ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਪਰਿਵਾਰ ਬੇਨਤੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਕਿ ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੈਅ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ ਕਿ ਉਹ ਏਜੰਸੀ ਕਾਨਫਰੰਸ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ।

ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਈ ਕਿਸਦੀ ਲੜ ਹੈ?

ਦੇਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਇਹ ਸਬੂਤ ਲ ਕੇ ਆਓ। ਤਦ ਵੀ ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਈ ਆਓ, ਭਾਵੇਂ ਤਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਬੂਤ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤਹਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕਾਉਂਟੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਤਹਾਨੂੰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛੇਗੀ ਕਿ ਤਸੀਂ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੜੀਂਦਾ ਸਬੂਤ

- ਪਛਾਣ (ਡਾਈਵਰ ਲਸੰਸ, ਸਟੇਟ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਪਾਸਪੋਰਟ)।
- ਤਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ (ਕਿਰਾਇਆ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ, ਤਹਾਡੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਬਿਲ ਦੇ ਨਾਲ ਮੌਜੂਦਾ ਬਿਲ)।
- ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਗਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਨਟ ਦੇਖੋ)।
- ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਲਕਾਂ ਲਈ ਬੈਂਕ ਵਿੱਚ ਪੈਸਾ (ਹਾਲੀਆ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ)।
- ਪਿਛਲ 30 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦੀ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (ਹਾਲੀਆ ਪੇ ਸਟਬ, ਇੰਪਲਾਇਰ ਤੋਂ ਇੱਕ ਵਰਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ)। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤਹਾਡਾ ਖੁਦ ਦਾ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਖਰਚ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਰਿਕਾਰਡ।
- ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਫ਼ਾਇਦੇ, **SSI**, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ, ਸਾਬਕਾ ਫੰਜੀਆਂ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦੇ, ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ, ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ, ਸਕਲ ਗ੍ਰਾਂਟਾਂ ਜਾਂ ਕਰਜ਼, ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ ਆਦਿ)।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਸਿਰਫ਼ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲ਼ੇ ਗ਼ਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਲਈ ਕਨੰਨੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ (ਗ਼ੈਰ ਮੁਲਕੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡ, ਵੀਜ਼ਾ)।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਘਰੇਲੇ ਹਿੰਸਾ, ਅਪਰਾਧ ਦੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ ਕਨੰਨੀ ਵਪਾਰ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲ਼ੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਗ਼ੈਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਸਬੂਤ ਦੀ ਲੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦੀ ਲੜ ਵੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ।

ਹੋਰ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੜੀਂਦਾ ਸਬੂਤ

- ਘਰ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚੇ (ਕਿਰਾਏ ਦੀਆਂ ਰਸੀਦਾਂ, ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਦੇ ਬਿਲ, ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ ਟੈਕਸ ਬਿਲ, ਬੀਮਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼)।
- ਫੋਨ ਅਤੇ ਉਪਯੋਗਿਤਾਵਾਂ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚੇ।
- ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਖ਼ਰਚੇ, ਜੋ ਬਜ਼ਰਗ (60 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ) ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ਼ ਹੈ।
- ਬਾਲ ਅਤੇ ਬਾਲਗ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਕੰਮ ਲੱਭ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਟੇਨਿੰਗ ਲਈ ਜਾਂ ਸਕਲ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਸਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਲੜੀਂਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ।
- ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਦਾ ਭਗਤਾਨ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਾਂ/ਵਰਤਾਂ?

- ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਪਲਾਸਟਿਕ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਬੈਨਿਫਿਟ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (Electronic Benefit Transfer) (EBT) ਕਾਰਡ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੇਗੀ ਜਾਂ ਦੇਵੇਗੀ। ਜਦ ਤਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ ਤਾਂ ਫ਼ਾਇਦੇ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਪਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣਗੇ। ਜਦੋਂ ਤਹਾਨੂੰ ਮਿਲ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ। ਤਸੀਂ ਆਪਣਾ ਕਾਰਡ ਵਰਤਣ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (ਪਿਨ) (Personal Identification Number) (PIN) ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੋਗੇ।
- ਜੇਕਰ ਤਹਾਡਾ EBT ਗੁਆਚ ਜਾਵੇ, ਚੋਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤਹਾਡਾ ਪਿਨ (PIN) ਨੰਬਰ ਪਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਕਿ ਉਹ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਵਰਤੇ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ (877) 328-9677 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਸਾਰੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਬਾਲਗਾਂ ਅਤੇ ਤਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਨੂੰ ਵੀ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਰਿਪੋਰਟ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਉਸ ਦੱਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਜਿਸ ਕੋਲ ਤਹਾਡਾ ਪਿਨ ਹੈ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਕਿ ਉਹ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਖਰਚ ਕਰੇ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਆਪਣਾ ਪਿਨ ਨਹੀਂ ਬਦਲਵਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਵਰਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਬਦਲੀ (ਰਿਪਲਸ) ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਤਸੀਂ ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਭੋਜਨ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਖੁਦ ਦੇ ਭੋਜਨ ਪਦਾਰਥ ਉਗਾਉਣ ਲਈ ਬੀਜ ਅਤੇ ਪੌਦੇ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਆਪਣੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤਸੀਂ ਅਲਕੋਹਲ, ਤੰਬਾਕੂ, ਪਾਲਤ ਜਾਨਵਰਾਂ ਦਾ ਭੋਜਨ, ਕੁਝ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੇ ਗਰਮ ਅਤੇ ਪਕਾਏ ਹੋਏ ਭੋਜਨ ਪਦਾਰਥ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਹ ਵਸਤੂ, ਜੋ ਭੋਜਨ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਟੱਬਪੋਸਟ, ਸਾਬੁਣ ਜਾਂ ਪੇਪਰ ਟਾਵਲ) ਨਹੀਂ ਖਰੀਦ ਸਕਦੇ।
- CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗਰੋਸਰੀ ਸਟੋਰਾਂ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਪਦਾਰਥ ਵੇਚਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹੋਰ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਨਵੇਂ EBT ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਥਾਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: <https://www.>

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ebt.ca.gov ਜਾਂ <https://www.snapfresh.org>.

- CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਸ਼ਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖੋ। ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪਿਨ ਨੰਬਰ ਨਾ ਦਿਓ। ਆਪਣਾ ਪਿਨ ਨੰਬਰ ਆਪਣੇ EBT ਕਾਰਡ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾ ਰੱਖੋ।

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਬੇਘਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦੱਸੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਰਤਣ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪਤਾ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਣ। CalFresh ਲਈ, ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

- A. ਕਿਸੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੇ ਸ਼ੈਲਟਰ, ਹਾਫਵੇ ਹਾਊਸ ਜਾਂ ਇਹੋ ਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ।
- B. ਲਗਾਤਾਰ 90 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਦੱਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ।
- C. ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੌਣਾ, ਜੋ ਸੌਣ ਲਈ ਨਹੀਂ ਬਣੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੌਣ ਦੀ ਥਾਂ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ (ਜਿਵੇਂ, ਹਾਫਵੇ, ਬਸ ਸਟੇਸ਼ਨ, ਲਬੀ, ਜਾਂ ਇਹੋ ਜਿਹੀਆਂ ਥਾਵਾਂ)।

ਸਚਨਾਤਮਕ ਪੰਨਾ -

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

ਤਹਾਡੀ ਇਹ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ:

- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਤਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੀ ਲੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ।
- ਲੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ, ਜੋ ਤਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੋਵੇ।
- ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਲੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ। ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇਗੀ ਕਿ ਕੀ, ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਸ਼ਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤਹਾਡਾ ਕੇਸ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤਹਾਡੇ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਲੜੀਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਨਕਰੀ ਲੱਭਣਾ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣਾ ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ।
- ਜੇਕਰ ਤਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੀ ਚੋਣ ਸਮੀਖਿਆ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਤਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪੱਧਰ ਦਾ ਠੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿਸਾਬ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਕਾਉਂਟੀ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ। ਇਹਨਾਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾ ਦੇਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਕਿਸੇ ਵੀ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਤਹਾਨ ਇਸਦਾ ਹੱਕ ਹੈ:

- CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਦੇਣਾ।
- ਜੇਕਰ ਤਹਾਨ ਲੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਰਾਜ ਵੱਲ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਦਭਾਸ਼ੀਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਣਾ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਕਾਉਂਟੀ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਦੇ ਪ੍ਰਗਰਾਮਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧੇ ਸਬੰਧਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ।
- CalFresh ਲਈ ਆਪਣਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- ਲੜੀਂਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ।
- ਨਿਮਰਤਾ, ਵਿਚਾਰ ਅਤੇ ਸਨਮਾਨ ਨਾਲ ਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ ਅਤੇ ਤਹਾਡੇ ਵਿਰੁੱਧ ਪੱਖਪਾਤ ਨਾ ਹੋਣਾ।
- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਛੇਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ (Expedited Service) ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਤਾਂ 3 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- ਜਦੋਂ ਤਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲ ਉਚਿਤ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਿਆ ਜਾਣਾ ਅਤੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਤਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਉਹ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਲੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲ ਤਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿਖਤ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਖਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਤਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ।
- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਸਟੇਟ ਵੱਲ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਸੁਣਵਾਈ ਤੱਕ ਜਾਂ ਤਹਾਡੀ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਰਹਿਣਗੇ, ਜੋ ਵੀ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ। ਤਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ ਭਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਸੁਣਵਾਈ ਹੋਣ ਤੱਕ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋਣ ਦੇਣ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਕਨੰਨ ਜੱਜ (Administrative Law Judge) ਦੇ ਨਿਯਮ ਤਹਾਡੇ ਪੱਖ ਵਿੱਚ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਵਾਪਸ ਦੇਵੇਗੀ, ਜੋ ਕੱਟ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਨ।
- ਟੈਲ-ਫੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ – 1-800-952-5253 ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿੱਚ ਵਿਗਾੜ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਜੋ TDD ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਨ, 1-800-952-8349 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸੁਣਵਾਈ ਸਬੰਧੀ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਾ ਜਾਂ ਕਨੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ। ਤਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਨੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭਲਾਈ ਹੱਕਾਂ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿਖੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਨੰਨੀ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਇਕੱਲੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਦੋਸਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਵੋਟ ਵਾਸਤੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸਬੂਤ ਨਾ ਦੇਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਇਹ ਆਖ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਉਹ ਖਰਚ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਹੋਰ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ।
- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਆਪਣੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ) ਦੀ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ।

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਜੁਰਮਾਨ

ਤਦ ਤਸੀਂ ਅਪਰਾਧ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਲਈ ਝੱਠੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਹਨਾਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਬਧੀ ਉਲਘਣਾਵਾਂ
CalFresh ਲਈ: ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ
ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਬਧੀ
ਉਲਘਣਾ ਕੀਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਮੈਂ
ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:

- ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੁਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਝੂਠੇ ਬਿਆਨ ਦੇਣਾ
- ਉਹਨਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਫ਼ਾਇਦਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (EBT) ਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੇਰਾ ਕਾਰਡ ਵਰਤਣ ਲਈ ਦੇਣਾ
- **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਤੰਮਾਕੂ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਕਰਨਾ
- **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਜਾਂ **EBT** ਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ, ਖਰੀਦਣਾ, ਵੇਚਣਾ, ਚੋਰੀ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੇਣਾ ਜਾਂ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਜਾਂ **EBT** ਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ, ਖਰੀਦਣ, ਵੇਚਣ, ਚੋਰੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ
- ਦੂਹਰੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਵੱਖਰੇ ਸ਼ਹਿਰਾਂ ਜਾਂ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ

ਮੈਨ ਜੋ ਸਜ਼ਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ
ਹਨ:

- ਪਹਿਲੇ ਅਪਰਾਧ ਲਈ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਾਸਤੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਸਾਰੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਣਾ
- ਦੂਜੇ ਅਪਰਾਧ ਲਈ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਾਸਤੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਸਾਰੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਣਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ ਉਲਘਣਾਵਾਂ
CalFresh ਲਈ: ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ
ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ
ਉਲਘਣਾ ਕੀਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ
ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- ਬੱਚਿਆਂ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸਾਂ
ਲਈ ਝੂਠੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਸਤੁਤ ਕਰਨਾ, ਜੋ
ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜਾਂ ਜੋ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ ਹਨ
- ਮੇਰੀ ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ
ਉਲਘਣਾ ਕਰਨਾ
- ਕੋਈ ਸੰਗੀਨ ਅਪਰਾਧ ਕਰਕੇ ਭੱਜ ਜਾਣਾ
- **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ
ਅਜਿਹੇ ਉਤਪਾਦ ਦੀ ਖਰੀਦ (ਖਰੀਦਣਾ),
ਜਿਸਦਾ ਵਾਪਸੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਹੋਵੇ, ਜਾਣਬੁੱਝ
ਕੇ (ਕਿਸੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ) ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਸੁੱਟ
ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਲਈ ਕੰਟੇਨਰ ਵਾਪਸ
ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਲਈ ਕੰਟੇਨਰ ਵਾਪਸ
ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ

ਮੈਨੂੰ ਜੋ ਸਜ਼ਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ:
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- ਤੀਜੇ ਅਪਰਾਧ ਲਈ ਸਥਾਈ ਤੌਰ
‘ਤੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ
ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਸਾਰੇ
CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ
ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਣਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ ਉਲਘਣਾਵਾਂ
CalFresh ਲਈ: ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ
ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ
ਉਲਘਣਾ ਕੀਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ
ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕੋਈ
ਉਤਪਾਦ ਖਰੀਦਣਾ ਅਤੇ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਇਸਨੂੰ
ਨਕਦੀ ਲਈ ਜਾਂ ਯੋਗ ਭੋਜਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ
ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਲਈ ਮੁੜ ਵੇਚਣਾ

- ਇਹਨਾਂ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ
ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ ਜਾਂ CalFresh
ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼
ਕਰਨਾ: ਨਕਦੀ, ਹਥਿਆਰ, ਗੈਰ-ਯੋਗ
ਸਮਾਨ ਜਾਂ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਪਦਾਰਥ ਜਿਵੇਂ ਕਿ
ਡ੍ਰਗਸ

- ਮੈਂ ਕੌਣ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕਿੱਥੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਉਸ
ਬਾਰੇ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਮੈਂ
ਵਾਧੂ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ
ਸਕਾਂ

ਮੈਨ ਜੋ ਸਜ਼ਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ:
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- \$250,000.00 ਤੱਕ ਦਾ ਜੁਰਮਾਨਾ, 20
ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਦੀ ਜੇਲ੍ਹ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ

- ਪਹਿਲੇ ਅਪਰਾਧ ਲਈ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ
ਤੱਕ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ
- ਦੂਜੇ ਅਪਰਾਧ ਲਈ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ
CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ

- ਹਰੇਕ ਅਪਰਾਧ ਲਈ 10 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ
CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ ਉਲਘਣਾਵਾਂ
CalFresh ਲਈ: ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ
ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਪ੍ਰਗਰਾਮ ਸਬਧੀ
ਉਲਘਣਾ ਕੀਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ
ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਦਾ
ਹਾਂ:(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- \$500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ, ਵੇਚਣ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਦਾ, ਜਾਂ ਹਥਿਆਰਾਂ, ਗੋਲਾ-ਬਾਰੂਦ ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਸਿੱਧ ਹੋਇਆ ਹੋਵਾਂ

ਮੈਨ ਜੋ ਸਜ਼ਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ:
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

- ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋਣਾ

ਗ਼ੈਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਤਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਯੋਗ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਤਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਉਹਨਾਂ ਹੋਰਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟ ਮਾਪੇ ਆਪਣੇ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਯੋਗ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਮਾਪੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਭੋਜਨ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ। ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ।
- ਗ਼ੈਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ, ਜੋ ਯੋਗ ਹਨ ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, **U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)** ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸੰਘੀ ਕਨਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ **USCIS** ਧੋਖੇ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਮ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

ਚੋਣ ਨਾ ਕਰਨਾ

ਤਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਅਜਿਹੇ ਗ਼ੈਰ ਨਾਗਰਿਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ(ਸਾਂ) ਲਈ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ, ਜਾਂ ਦਸਤਾਵਜ਼ ਦੇਣ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਰ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜੋ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ। ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਵਸੀਲ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਕਾਉਂਟੀ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਬਾਰੇ **USCIS** ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ, ਜੋ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ।

ਨਿੱਜਤਾ ਅਧਿਨਿਯਮ (Privacy Act) ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ: ਤਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਕਾਉਂਟੀ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ, ਉਸਨੂੰ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ, ਜੋ ਤਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਵੇਗੀ ਜਾਂ ਦੇਵੇਗੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਤਸੀਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਸੰਘ ਅਤੇ ਰਾਜ ਕਨਨ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਅਜਿਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। **273.2(b)(4) ਨਿੱਜਤਾ ਅਧਿਨਿਯਮ ਸਟੇਟਮੈਂਟ।** ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਸਾਡੇ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਅਤੇ ਮੁੜ ਪਮਾਣਿਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੀਏ:

- (i) ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਕੱਤਰੀਕਰਨ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਸੱਦਸ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਸਮੇਤ, 1977 ਦੇ ਫਡ ਸਟੈਂਪ ਐਕਟ (Food Stamp Act), ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸੋਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, 7 U.S.C. 2011-2036 ਦੇ ਅਧੀਨ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਤਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ CalFresh ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਹਿੱਸਾ ਲਣ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕੰਪਿਊਟਰ ਮਿਲਾਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਕਮਾਈ ਤਸਦੀਕ ਸਿਸਟਮ (Income and Earnings Verification System) (IEVS)। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਵਿਧਾਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਲਣ ਦੇ ਨਿਰੀਖਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪਬੰਧਨ ਲਈ ਵੀ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- (ii) ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਜਾਂਚ ਲਈ ਹੋਰਾਂ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਸਨਮੁਖ, ਅਤੇ ਕਨੰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਭੱਜਣ ਵਾਲ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਫੜਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਲਾਓ ਐਨਫੋਰਸਮੈਂਟ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੇ ਸਨਮੁਖ ਪਗਟ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- (iii) ਜੇਕਰ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀ CalFresh ਦਾਅਵਾ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਾਰੇ SSNs ਸਮੇਤ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਦਾਅਵਾ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ, ਨਿੱਜੀ ਦਾਅਵਾ ਉਗਰਾਹੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਭੇਜੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- (iv) ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਸੱਦਸ ਦੇ SSN ਸਮੇਤ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਸਵੈਇੱਛਕ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, SSN ਨਾ ਦੇਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਉਸ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਅਸਵੀਕਾਰ ਹੋ ਜਾਣਗੇ, ਜੋ SSN ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ SSNs ਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਯੋਗ ਸੱਦਸਾਂ ਦੇ SSNs ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਰਤਿਆ ਅਤੇ ਪਗਟ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕਾਉਂਟੀ USCIS ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਵਾਲ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਾਉਂਟੀ ਇਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਤੋਂ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਤਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਾਉਂਟੀ Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, the Department of Homeland Security, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਖਪਤਕਾਰ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਵੱਲ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਇਲਕਟੋਨਿਕ ਡੇਟਾਬੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤਦੇ ਹੋਏ ਤਹਾਡੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਲਈ ਆਖ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰਾਂ (SSN) ਦੀ ਵਰਤੋਂ

CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ SSN, ਜੇਕਰ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਲੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ SSN ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਦਫ਼ਤਰ (Social Security Office) ਤੋਂ ਇੱਕ ਚਿੱਠੀ)। ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਡੇ ਲਈ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਸਦੱਸ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਨੂੰ SSN ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ SSN ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਿਵੇਂ ਘਰੇਲ ਸੋਸ਼ਲ ਦੇ ਪੀੜਿਤ, ਅਪਰਾਧਿਕ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੇ ਗਵਾਹ ਅਤੇ ਗਰ ਕਨੰਨੀ ਵਪਾਰ ਦੇ ਪੀੜਿਤ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

ਵੱਧ ਫ਼ਾਇਦੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨਾ

ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਿੰਨੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਤਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਚਾਹੀਦੇ ਸਨ, ਤਸੀਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ। ਤਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਭਗਤਾਨ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ, ਭਾਵੇਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਤਹਾਨੂੰ ਵੱਧ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹੋਣ ਜਾਂ ਇਹ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਨਾ ਦਿੱਤੇ ਹੋਣ। ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤਹਾਡੇ **SSN** ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਦਾਲਤਾਂ, ਹੋਰ ਉਗਰਾਹੀ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਜਾਂ ਸੰਘ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦਆਰਾ, ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਦੇਣਯੋਗ ਰਕਮ ਦੀ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ

ਉਸ ਹਰੇਕ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਕੁਝ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤਹਾਡੀ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਦੋਂ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਨਾ ਕਰਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤਹਾਡੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤਸੀਂ ਤਦ ਵੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਾਪਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨਾਲ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਘੱਟ ਆਮਦਨੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।

ਰਾਜ ਦਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ

ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਜਾਰੀ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਹਾਨੂੰ ਰਾਜ ਦਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਤਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਾਜ ਦਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਕਿਉਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਉਸ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਰਾਜ ਦਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਜੋ ਤਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਦੇ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਆਪਣੇ **CalFresh** ਫ਼ਾਇਦੇ ਰੱਖਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਫ਼ਸਲਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਵੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਗੈਰ ਪੱਖਪਾਤ ਸਬੰਧੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ: ਸੰਘ ਦੇ ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਦੇ ਕਨੰਨ ਅਤੇ ਯੂ.ਐਸ. ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ ਐਗਰੀਕਲਚਰ (U.S. Department of Agriculture) (USDA) ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਸਬੰਧੀ ਵਿਧਾਨਾਂ ਅਤੇ ਨੀਤੀਆਂ, USDA, USDA ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਇਸਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਦਫਤਰ ਅਤੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਨ, USDA ਵੱਲ ਸੰਚਾਲਿਤ ਜਾਂ ਫੰਡਿਡ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਜਾਤੀ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਲਿੰਗ, ਧਾਰਮਿਕ ਸੰਪਰਦਾਇ, ਅਪਾਹਜਪੁਣ, ਉਮਰ, ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਲਈ ਮੋੜਵੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਜਾਂ ਬਦਲਾ ਲਣ ਤੋਂ ਵਰਜਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜਿਹਨਾਂ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਸੰਚਾਰ ਦੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਸਾਧਨਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਬੁਲ, ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਐਂਡੀਓਟੇਪ, ਅਮਰੀਕਨ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਆਦਿ) ਦੀ ਲੜ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਸ ਏਜੰਸੀ (ਰਾਜ ਦੀ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ) ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ। ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਦਾ ਵਿਗਾੜ, ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਸਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਪੁਣ ਹਨ, ਉਹ USDA ਨੂੰ ਸੰਘ ਰਿਲ ਸੇਵਾ (Federal Relay Service) ਦੁਆਰਾ (800) 877-8339 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇੱਕ ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ਤੋਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ USDA ਦਫਤਰ ਤੋਂ USDA ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੱਖਪਾਤ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ (USDA Program Discrimination Complaint Form) (AD 3027) ਲ ਕੇ ਭਰੋ, ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ (Civil Rights Coordinator) ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਜਾਂ USDA (USDA) ਨੂੰ ਸੰਬੋਧਿਤ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਚਿੱਠੀ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੰਗੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਿੱਠੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਭਾਗ (California Department of

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Social Services) (CDSS) ਨੂੰ ਚਿੱਠੀ ਲਿਖੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, (866) 632-9992 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਚਿੱਠੀ USDA ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

(1) ਡਾਕ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

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

(2) ਫੈਕਸ: (202) 690-7442; or

(3) ਈਮੇਲ: program.intake@usda.gov

ਇਹ ਇੰਸਟੀਟਿਊਸ਼ਨ ਇੱਕ ਬਰਾਬਰ ਮੌਕੇ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੈ।

ਕੇਸ ਫਾਈਲ ਦੀਆਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ

ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੀ ਚੋਣ ਵਾਧੂ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੁਆਲਿਟੀ ਨਿਯੰਤਰਣ ਸਮੀਖਿਆ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾ ਦੇਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਇਦੇ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

CalFresh ਲਈ ਕੰਮ ਦੇ ਨਿਯਮ

ਕਾਊਂਟੀ ਤਹਾਨ ਕੋਈ ਕੰਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸੌਂਪ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਤਹਾਨ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਇਹ ਸਵੈਇੱਛਕ ਹੈ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਲਈ ਕੰਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਹੁਣ ਜਿਹੇ ਹੀ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਹੀ ਕਾਰਨ ਤੋਂ ਨਕਰੀ ਛੁੱਡੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਸੀਂ CalFresh ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ।

EBT ਦੀ ਵਰਤੋਂ

ਤਸੀ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਦਜੇ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਵੱਲ EBT ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਪਿਨ ਗੁਆਚਣ ਜਾਂ ਚੋਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਹਾਡੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਲਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੀ ਬਦਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਤਹਾਡੇ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ, ਤਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ EBT ਕਾਰਡ ਅਤੇ ਪਿਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਵੱਲ ਤਹਾਡੇ EBT ਕਾਰਡ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਤਹਾਡੇ ਵੱਲ ਮਨਜ਼ੂਰ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤਹਾਡੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਲਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੀ ਬਦਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਉਸ ਦਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਜਿਸ ਕੋਲ ਤਹਾਡਾ ਪਿਨ ਹੈ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਕਿ ਉਹ ਤਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਖਰਚ ਕਰੇ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਆਪਣਾ ਪਿਨ ਨਹੀਂ ਬਦਲਵਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਵਰਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦੀ ਬਦਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖੋ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਨੋਟਸ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਲੀ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਸਿਆਹੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸਨੂੰ ਪੜਨਾ ਅਸਾਨ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦੀਆਂ ਨਕਲਾਂ ਵਧੀਆ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਜਵਾਬ ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਤਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ(ਲਾਂ) ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਹੋਰ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 10 “ਵਾਧੂ ਲਿਖਾਈ ਲਈ ਖਾਲੀ ਥਾਂ” ਭਾਗ ਵਰਤੋ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਲਈ ਲੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਪੇਪਰ ਦੀਆਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤਸੀਂ ਵਾਧੂ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਪੇਪਰ ਦੀਆਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜੇ ਸਵਾਲ ਬਾਰੇ ਲਿਖ ਰਹੇ ਹੋ।

1. ਬਿਨਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਲਾ, ਗੋਤ)	ਹੋਰ ਨਾਮ (ਵਿਆਹ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਨਾਂ, ਉਪਨਾਮ ਆਦਿ)	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਤਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈ ਅਤੇ ਤਸੀਂ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ)	
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਘਰ ਦਾ ਰਸਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਉਪਰੋਕਤ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਸੰਪਰਕ ਅਧਿਕਾਰ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਸਹੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਇਸ ਨਾਲ ਤਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ। ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਕੇ, ਤਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਫੋਨ, ਈਮੇਲ ਜਾਂ ਟੈਕਸਟ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਫੋਨ ਸੁਨਹਾਂ ਛੱਡਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।

ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਸੈੱਲ ਫੋਨ	ਟੈਕਸਟ ਲਈ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ <input type="checkbox"/>
ਕੰਮ/ਵਿਕਲਪਿਕ/ਸੁਨਹੇ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ	

ਕੀ ਤਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤਰੰਤ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦੱਸੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਤਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਰਤਣ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪਤਾ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਤਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਣ।

ਤਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪੜਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਜੇਕਰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ)? _____

ਤਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਜੇਕਰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ)? _____

ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਨੂੰ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦਭਾਸ਼ੀਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਦਾ ਵਿਗਾੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ

ਕੀ ਤਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਹੈ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਸਵਾਲ)?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਤਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਪਾਹਜਪੁਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਨਿਵਾਸ ਸਥਾਨ ਦੀ ਲੜ ਹੈ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਸਵਾਲ)? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ/ਦਰਵਿਹਾਰ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਰਿਹਾ ਹੈ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਸਵਾਲ)?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤਸੀਂ Medi-Cal ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੇ ਇੱਛਕ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਤਹਾਡਾ ਜਵਾਬ ਹਾਂ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤਹਾਡੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤਸੀਂ Medi-Cal ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਾਸਿਕ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨੀ \$150 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ (ਕੈਸ਼ ਔਨ ਹੈਂਡ) ਹੈ, ਜਾਂ ਚਾਲ ਅਤੇ ਬੱਚਤ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ \$100 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਰਕਮ ਹੈ?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸੰਯੁਕਤ ਮਾਸਿਕ ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ ਜਾਂ ਚਾਲ ਅਤੇ ਬੱਚਤ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੰਯੁਕਤ ਰਕਮ, ਕਿਰਾਏ/ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਅਤੇ ਉਪਯੋਗਿਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸੰਯੁਕਤ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ \$100 ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲ ਨਕਦੀ ਵਿੱਚ ਵਟ ਸਕਣ ਵਾਲ ਵਸੀਲਿਆਂ ਵਾਲਾ ਪਰਵਾਸੀ/ਸੀਜਨਲ ਫਾਰਮ ਵਰਕਰ ਪਰਿਵਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਤਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਰੁਕ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਤਸੀਂ ਅਗਲ 10 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ \$25 ਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰੋਗੇ?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਝਠੀ ਸਹੁੰ (ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦੇਣਾ) ਦੇ ਅਧੀਨ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਕਿ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਮੇਰੇ ਜਵਾਬ ਪੜ ਲਏ ਹਨ, ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਹਨ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਮੇਰੇ ਜਵਾਬ ਮੇਰੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਹਨ।
- ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਜਵਾਬ, ਜੋ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹਾਂ, ਉਹ ਮੇਰੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਹੋਣਗੇ।
- ਮੈਂ CalFresh ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪੰਨਾ 1) ਨੂੰ ਪੜ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਸਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ CalFresh ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸਜ਼ਾਵਾਂ (ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪੰਨਾ 2) ਨੂੰ ਪੜ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਸਨ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ CalFresh ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਸਿੱਧ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਗਲਤ ਜਾਂ ਗਲਤ ਬਿਆਨਬਾਜ਼ੀ ਵਾਲੀਆਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੇਣਾ ਜਾਂ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਗਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ, ਲਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਰੋਕ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਧੋਖਾ ਹੈ। ਧੋਖੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੇਰੇ ਵਿਰੁੱਧ ਅਪਰਾਧਿਕ ਕੇਸ ਦਰਜ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਤੱਕ (ਜਾਂ ਪੂਰਾ ਜੀਵਨ) CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰਾਂ ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਢੱਕਵੀਆਂ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸੰਘੀ ਕਨੰਨ ਵੱਲ ਲੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ।

ਬਿਨਕਾਰ (ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ/ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ*/ਸਰਪਸਤ) ਦ ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
---	-------

*ਜੇਕਰ ਤਹਾਡਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਸਵਾਲ 2 ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

2. ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ

ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਗੱਲ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਖਰੀਦਦਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦਾ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਸੀ ਕਿ ਉਹ ਖਰਚਣ, ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਬਦਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਖੁਦ ਦੀ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਨਾਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਭਾਗ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਦਾ ਨਾ	ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਮਾਇੰਦਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
-----------------------	-----------------------------

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਖਰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਨਾਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਭਾਗ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਨਾ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ		
ਸਟੀਟ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

3. ਜਾਤੀ/ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ

ਜਾਤੀ ਅਤੇ ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ। ਇਹ ਭਰੋਸਾ ਦਿਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਫ਼ਾਇਦੇ ਜਾਤੀ, ਰੰਗ, ਜਾਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੀ ਰਕਮ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਣਗੇ। ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਕਾਉਂਟੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ ਗਰੁੱਪ ਅਤੇ ਜਾਤੀ ਬਾਰੇ ਲਿਖਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

- ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਅਤੇ ਨਸਲ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਇਸ ਖਾਨ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਰਫ਼ ਨਾਗਰਿਕ ਹੱਕਾਂ ਸਬੰਧੀ ਅੰਕੜਿਆਂ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾਖਲ ਕਰੇਗੀ।

ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟਿਨੋ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟਿਨੋ ਹੋ, ਤਾਂ ਖੁਦ 'ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਲਈ ਵਿਚਾਰ ਨਾ ਕਰੋ: <input type="checkbox"/> ਮੈਕਸੀਕਨ <input type="checkbox"/> ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ <input type="checkbox"/> ਕਿਊਬਨ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____
-----------	---

ਜਾਤੀ/ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ ਮੂਲ

- ਗੋਰਾ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਨ ਮੂਲ ਬਲਕ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ
- ਹੋਰ ਜਾਂ ਮਿਲ-ਜੁਲ _____
- ਏਸ਼ੀਆਈ (ਜੇਕਰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਚੁਣ):
 - ਫਿਲੀਪੀਨ ਚੀਨੀ ਜਾਪਾਨੀ ਕੰਬੋਡੀਅਨ ਕੋਰੀਆਈ ਵੀਅਤਨਾਮੀ
 - ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ ਲਾਓਤਿਅਨ ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ (ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਜਾਤੀ/ਨਸਲ ਸਬੰਧੀ ਮੂਲ - ਜਾਰੀ ਹੈ

- ਮੂਲ ਹਵਾਈਅਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ (ਜੇਕਰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਚੁਣੋ):
 - ਮੂਲ ਹਵਾਈਅਨ
 - ਗੁਆਮਨੀਅਨ ਜਾਂ ਚਮੋਰੋ
 - ਸਮੋਅਨ
-

4. ਇੰਟਰਵਿਊ ਸਬੰਧੀ ਤਰਜੀਹ

ਤਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਅਤੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨਾਲ ਇੱਕ ਇੰਟਰਵਿਊ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। CalFresh ਲਈ ਇੰਟਰਵਿਊ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਨਾਲ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇੰਟਰਵਿਊ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤਸੀਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਨਾ ਦਿਓ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਸਧਾਰਨ ਦਫ਼ਤਰ ਸਮੇਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਹੋਣਗੇ।

- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਾਹਜਪੁਣੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋਰ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਈ ਆਪਣੇ ਤਰਜੀਹੀ ਦਿਨ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਖਾਨਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

- ਦਿਨ: ਅੱਜ ਅਗਲਾ ਉਪਲਬਧ ਦਿਨ ਕੋਈ ਵੀ ਦਿਨ ਸੋਮਵਾਰ ਮੰਗਲਵਾਰ
 ਬੁੱਧਵਾਰ ਵੀਰਵਾਰ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ

- ਸਮਾਂ: ਸਵੇਰ ਵੇਲੇ ਦਪਹਿਰ ਦਪਹਿਰ ਬਾਅਦ ਸ਼ਾਮ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

5. ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੇ ਕਦੇ ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ (ਲੋੜਵੰਦ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਅਸਥਾਈ ਸਹਾਇਤਾ, Medicaid, ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਪੋਸ਼ਣ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ [CalFresh], ਸਧਾਰਨ ਸਹਾਇਤਾ (General Assistance) (ਜੀ.ਏ.)/ਸਧਾਰਨ ਰਾਹਤ (General Relief) (ਜੀ.ਆਰ.) ਆਦਿ)? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ?	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ)?
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ?	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ)?

6a. ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ, ਘਰ ਵਿਚਲ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਗ਼ਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ 6b ਅਤੇ 6c ਪੂਰੇ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 6d 'ਤੇ ਜਾਓ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ, ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਨਾਂ (ਗੈਂਡ, ਪਰਿਲਾ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਂ)	ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਬੰਧਤ ਹੈ?	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਲਿੰਗ (ਪੁਰਸ਼ ਜਾਂ ਇਸਤਰੀ)	ਨਹੀਂ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		ਸੁਆ			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦਾ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ:

ਨਾਂ	ਨਾਂ
ਨਾਂ	ਨਾਂ

6b. ਗੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ - ਉਪਰੋਕਤ ਸਵਾਲ 6a ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਜੋ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ।

ਨਾਮ	ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੈ)	ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦਿਓ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੈ): ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ, ਗੈਰ-ਮੁਲਕੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ ਆਦਿ	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 6c ਪੂਰਾ ਕਰੋ:
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾ ਪਕਾਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸੰਖਿਆ:	
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾ ਪਕਾਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸੰਖਿਆ:	
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾ ਪਕਾਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸੰਖਿਆ:	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਕੀ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਇਤਿਹਾਸ ਜਾਂ ਮਿਲਿਟਰੀ ਸੇਵਾ ਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਸਾਲ (40 ਤਿਮਾਹੀਆਂ) ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

ਕੀ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ T-Visa, U-Visa ਜਾਂ VAWA ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

6c. ਸਪਾਂਸਰ ਕੀਤੀ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ - ਉਪਰੋਕਤ ਸਵਾਲ 6b ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਜੋ ਸਪਾਂਸਰ ਕੀਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹਨ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ।

ਕੀ ਸਪਾਂਸਰ ਨੰ I-864 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਾਕੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਸਪਾਂਸਰ ਨੰ I-134 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਹ ਸਵਾਲ ਛੱਡ ਦਿਓ।

ਕੀ ਸਪਾਂਸਰ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੈਸੇ ਨਾਲ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿੰਨਾ? \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਸਪਾਂਸਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)? ਕਿਰਾਇਆ ਕੱਪੜੇ ਭੋਜਨ ਹੋਰ _____

ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਕਿਸਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਕਿਸਨੂੰ ਸਪਾਂਸਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	ਸਪਾਂਸਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

6d. ਵਿਦਿਆਰਥੀ

ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਸਮੇਤ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਕਾਲਜ ਜਾਂ ਵੋਕੇਸ਼ਨਲ ਸਕੂਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਕੂਲ/ਟੈਨਿੰਗ ਦਾ ਨਾਂ	ਦਾਖਲ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (✓ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਕੀ ਉਹ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ?
		<input type="checkbox"/> ਹਾਫ਼-ਟਾਈਮ ਜਾਂ ਹਾਫ਼-ਟਾਈਮ ਤੋਂ ਵੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਯੂਨਿਟਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: _____	ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ: _____
		<input type="checkbox"/> ਹਾਫ਼-ਟਾਈਮ ਜਾਂ ਹਾਫ਼-ਟਾਈਮ ਤੋਂ ਵੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਯੂਨਿਟਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: _____	ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ: _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

6e. ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫੋਸਟਰ ਬੱਚਾ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:

ਕੀ ਇਸ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਨੂੰ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਹੁਕਮ ਦੇ ਅਧੀਨ ਤਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ?
(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਬੱਚੇ(ਬੱਚਿਆਂ) ਨੂੰ ਤਹਾਡੇ CalFresh ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ?
(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਫੋਸਟਰ ਦੇਖਭਾਲ ਆਮਦਨੀ, ਜੋ ਤਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਫੋਸਟਰ ਦੇਖਭਾਲ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

7. ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ

ਕੀ ਤਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਜਿਹੀ ਆਮਦਨੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ (ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ)? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਕਾਰਾਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ (ਸ਼ਾਇਦ ਉਹ ਹੋਰ ਹੋਣ, ਜੋ ਇੱਥੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਹਨ):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ | <input type="checkbox"/> ਪੈਸੇ ਦਾ ਗਿਫਟ |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> ਬੇਰੋਗਜ਼ਗਾਰੀ ਬੀਮਾ/ਰਾਜ ਦਾ ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਬੀਮਾ (SDI) |
| <input type="checkbox"/> ਨਕਦੀ ਸਹਾਇਤਾ | <input type="checkbox"/> ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> ਲਾਟਰੀ/ਜੂਏ ਵਿੱਚ ਹੋਈਆਂ ਜਿੱਤਾਂ |
| <input type="checkbox"/> ਰੂਮ ਅਤੇ ਬੋਰਡ (ਤਹਾਡੇ ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਤੋਂ) | <input type="checkbox"/> ਕਿਰਾਏ/ਭੋਜਨ/ਕੱਪੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ |
| <input type="checkbox"/> ਪੈਨਸ਼ਨ | <input type="checkbox"/> ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਨੰਨੀ ਬੰਦੋਬਸਤ |
| <input type="checkbox"/> ਬਾਲ/ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਸਬੰਧੀ ਸਹਿਯੋਗ | <input type="checkbox"/> ਨਿੱਜੀ ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਜਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ |
| <input type="checkbox"/> ਸਰਕਾਰੀ/ਰੇਲਰੋਡ ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਜਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ | <input type="checkbox"/> ਹੜਤਾਲ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦੇ |
| <input type="checkbox"/> ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਇਦੇ, ਜਾਂ ਮਿਲਟਰੀ ਪੈਨਸ਼ਨ | <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____ |
| <input type="checkbox"/> ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਸਕਲ ਗ੍ਰਾਂਟਾਂ/ਕਰਜ਼/ਸਕਾਲਰਸ਼ਿਪਸ) | |

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਪੈਸੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ?	ਕਿੱਥੋਂ?	ਕਿੰਨਾ?	ਕਦੇ-ਕਦੇ ਮਿਲਦਾ ਹੈ? (ਇੱਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ, ਮਾਸਿਕ ਜਾਂ ਹੋਰ)	ਕੀ ਇਸਦੇ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਆਸ ਹੈ? (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ)
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

8. ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ

ਕੀ ਤਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਜਿਹੀ ਆਮਦਨੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਨਕਰੀ ਤੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ (ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ)? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 9 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹੋ ਤਾਂ ਸਵਾਲ 8a ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਾਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਨਿਰੋਲ ਆਮਦਨੀ) ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ।

ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਉਦਾਹਰਨ ਹਨ (ਇਹ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਫਲ-ਟਾਈਮ (ਪੂਰਨ ਕਾਲੀ), ਅਸਥਾਈ, ਸੀਜਨਲ, ਜਾਂ ਟੇਨਿੰਗ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇੱਥੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਹਨ):

- ਮਜ਼ਦੂਰੀਆਂ
- ਕਮੀਸ਼ਨ
- ਉੱਪਰਲੀ ਆਮਦਨੀ
- ਤਨਖਾਹ
- ਵਰਕ ਸਟਡੀ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਇਸਦੇ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਆਸ ਹੈ? (✓ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਕੋਲ ਨਿਰੋਲ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ	\$	\$	\$	\$	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਦਾ ਹੈ? (ਇੱਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ, ਮਾਸਿਕ ਜਾਂ ਹੋਰ)					ਪਤੀ ਹਫ਼ਤਾ ਅੰਸਤ ਘਟੇ					ਘਟੇ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਦਰ	\$	\$	\$	\$	ਇੰਪਲਾਇਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ					ਇੰਪਲਾਇਰ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ					ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ				
---	---	---	---	---	--	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	---------------------	----	----	----	----	---------------------	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--

ਜੇਕਰ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਪਿਛਲ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਦੀ ਨਕਰੀ ਛੱਟ ਗਈ ਹੈ, ਨਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ਹਨ, ਨਕਰੀ ਛੱਡੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਘਟਾਏ ਹਨ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ?	ਨਕਰੀ ਛੁੱਟਣ, ਛੱਡਣ ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਆਖਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
--------------------	------------------------------------	----------------------

ਕਾਰਨ?

ਕੀ ਕੋਈ ਹੜਤਾਲ 'ਤੇ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ?	ਹੜਤਾਲ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਆਖਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
--------------------	------------------------	----------------------

ਕਾਰਨ?

8a. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦੇ ਅਸਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚੋਂ ਸਟੈਂਡਰਡ 40% ਕਟੌਤੀ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤਸੀਂ ਅਸਲ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਦੀ ਲੜ ਹੋਵੇਗੀ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਕਾਰੋਬਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ ਅਤੇ ਨਾਂ	ਨਿਰੋਲ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨੀ	ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦੇ ਖਰਚੇ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ਫਲੈਟ ਰੇਟ <input type="checkbox"/> ਅਸਲ ਖਰਚ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ਫਲੈਟ ਰੇਟ <input type="checkbox"/> ਅਸਲ ਖਰਚ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ਫਲੈਟ ਰੇਟ <input type="checkbox"/> ਅਸਲ ਖਰਚ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ਫਲੈਟ ਰੇਟ <input type="checkbox"/> ਅਸਲ ਖਰਚ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% ਫਲੈਟ ਰੇਟ <input type="checkbox"/> ਅਸਲ ਖਰਚ \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

9. ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲ/ਬਾਲਗ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ, ਅਪਾਹਜਪੁਣੇ ਤੋਂ ਪੀੜਿਤ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਸ਼ਰਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਕੰਮ 'ਤੇ, ਸਕੂਲ, ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ 'ਤੇ, ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭਣ ਜਾ ਸਕੇ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਕੌਣ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਕੌਣ ਦੇਖਭਾਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ? (ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ)	ਭਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਰਕਮ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ/ ਮਾਸਿਕ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਤਹਾਡੇ ਬਾਲ/ਬਾਲਗ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਪੂਰੇ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਨੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਕੌਣ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਰਕਮ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ/ ਮਾਸਿਕ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	

10. ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਭੁਗਤਾਨ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਪੂਰਵ-ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਸਮੇਤ, ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੌਣ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਰਕਮ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ/ਮਾਸਿਕ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	

11. ਘਰੇਲੂ ਖਰਚੇ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਘਰੇਲੂ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਘਰ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਾਖ਼ਲ ਨਾ ਕਰੋ, ਜਿਵੇਂ HUD ਜਾਂ ਭਾਗ 8. ਹੀਟਿੰਗ ਅਤੇ ਕੂਲਿੰਗ, ਟੇਲੀਫੋਨ, ਹੋਰ ਉਪਯੋਗਿਤਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਬੇਘਰ ਸ਼ੈਲਟਰ ਤੈਅ ਭੱਤੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਣਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਅਸਲ ਰਕਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਪਕਾਰ	ਕੀ ਇਹ ਖਰਚਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਕੌਣ ਭਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਦੇਣਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਰਕਮ	ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ ਬਿਲ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ/ ਮਾਸਿਕ, ਹੋਰ)
ਕਿਰਾਇਆ ਜਾਂ ਘਰ ਦਾ ਭਗਤਾਨ	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		\$	
ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਬੀਮਾ (ਜੇਕਰ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਲ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ)	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		\$	
ਗੈਸ, ਇਲਕਟ੍ਰਿਕ, ਜਾਂ ਹੀਟਿੰਗ ਜਾਂ ਕਲਿੰਗ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਹੋਰ ਬਾਲਣ, ਜਿਵੇਂ ਜਲਾਉਣ ਵਾਲੀ ਲੱਕੜ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਪੇਨ (ਜੇਕਰ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਲ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ)	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਟੇਲੀਫੋਨ/ਸੈਲ ਫੋਨ	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਬੇਘਰ ਸ਼ੈਲਟਰ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਪਾਣੀ, ਸੀਵਰ, ਕੜਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ, ਜੋ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਭਗਤਾਨ ਵਿੱਚ ਤਹਾਡੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਕਿੰਨਾ? \$	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?
--	----------------------------------	--------------	--------------------------------

ਕੀ ਤਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਹੋਮ ਐਨਰਜੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (LIHEAP) ਤੋਂ ਭਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ

12. ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਬਜ਼ਰਗ (60 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) ਦਾ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ (ਆਊਟ-ਔਫ-ਪੌਕੇਟ) ਖਰਚੇ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।
 ਉਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ, ਤਹਾਨੂੰ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਨੜਲ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਹਨ: (ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ | <input type="checkbox"/> ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਭੋਜਨ ਦੇਣ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਅਤੇ ਖਰਚ |
| <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ/ਬਾਹਰੀ ਰੋਗੀ ਇਲਾਜ/ਨਰਸਿੰਗ ਦੇਖਭਾਲ | <input type="checkbox"/> ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਓਵਰ ਦ ਕਾਉਂਟਰ ਦਵਾਈਆਂ |
| <input type="checkbox"/> ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ (ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਾਈਬਡ) ਦਵਾਈਆਂ | <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਖਰਚ (ਮਾਈਲੇਜ ਜਾਂ ਫੀਸ) |
| <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ | <input type="checkbox"/> ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਐਨਕਾਂ ਅਤੇ ਕਾਂਟੈਕਟ ਲੈਂਸ |
| <input type="checkbox"/> Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ (ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ Medi-Cal ਹਿੱਸਾ ਆਦਿ) | <input type="checkbox"/> ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮਾਨ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨ |
| <input type="checkbox"/> ਬਣਾਉਣੀ ਦੰਦ (ਡੈਂਚਰ), ਹੀਅਰਿੰਗ ਏਡਸ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਸਥੈਟਿਕਸ | <input type="checkbox"/> ਸੇਵਾ ਜਾਨਵਰ ਦੇ ਖਰਚੇ (ਭੋਜਨ, ਪਸ਼ੂ ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇ ਬਿਲ ਆਦਿ) |
| <input type="checkbox"/> ਉਮਰ, ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਜ਼ਰੂਰੀ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ (ਅਟੈਂਡੈਂਟ) ਨੂੰ ਰੱਖਣਾ | |

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਬਜ਼ੁਰਗ/ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਖਰਚੇ ਦੀ ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ/ ਮਾਸਿਕ, ਹੋਰ)	ਕਿਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦਾ ਖਰਚਾ ਹੈ? (ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨਾਂ, ਬਣਾਉਣੀ ਦੰਦ, ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਭੋਜਨ ਦੇਣ ਦੀ ਸੌਖਿਆ ਆਦਿ)	ਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ? (Medi-Cal, ਬੀਮਾ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ ਆਦਿ ਦੁਆਰਾ)
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਵੱਲੋਂ? ਕਿੰਨਾ \$
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਵੱਲੋਂ? ਕਿੰਨਾ \$
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਵੱਲੋਂ? ਕਿੰਨਾ \$
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਵੱਲੋਂ? ਕਿੰਨਾ \$

13. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ ਕੋਈ ਵੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ/ਅਪਾਹਜ਼ਾਂ ਲਈ ਸੰਪਰਦਾਇਕ ਡਾਈਨਿੰਗ ਫੈਸਿਲਿਟੀ
- ਮੂਲ ਅਮਰੀਕੀ ਰਿਜ਼ਰਵੇਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਲਿਤ ਭੋਜਨ ਵਿਤਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ
- ਹੋਰ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ	ਕਿੱਥੋ?
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ	ਕਿੱਥੋ?

14. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ ਕੋਈ ਵੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ਬੇਘਰ ਸ਼ੈਲਟਰ • ਬੇਸਹਾਰਾ ਇਸਤਰੀਆਂ ਲਈ ਸ਼ੈਲਟਰ • ਮੂਲ ਅਮਰੀਕੀਆਂ ਲਈ ਰਿਜ਼ਰਵੇਸ਼ਨ • ਡ੍ਰੱਗ/ਅਲਕੋਹਲ ਪੁਨਰਵਾਸ ਕੇਂਦਰ • ਸੁਧਾਰਕ ਫੈਸਿਲਿਟੀ/ਪੀਨਲ ਇੰਸਟੀਟਿਊਸ਼ਨ (ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਕੈਦ) • ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਪਾਹਜ਼ ਲਈ ਸਮੂਹਿਕ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ | <ul style="list-style-type: none"> • ਸੰਘੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਬਸਿਡੀ ਵਾਲਾ ਘਰ • ਮਨੋਚਿਕਿਤਸਾ ਹਸਪਤਾਲ/ਮਾਨਸਿਕ ਇੰਸਟੀਟਿਊਸ਼ਨ • ਹਸਪਤਾਲ • ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਬੋਰਡ ਐਂਡ ਕੇਅਰ ਫੈਸਿਲਿਟੀ |
|--|---|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾ	ਇੰਸਟੀਟਿਊਸ਼ਨ ਦਾ ਨਾ (ਕੇਂਦਰ, ਸ਼ੈਲਟਰ, ਫੈਸਿਲਿਟੀ ਆਦਿ)	ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਤਾਰੀਖ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੈ)

15. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 60 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਅਤੇ ਅਪਾਹਜਪੁਣੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭੋਜਨ ਨਿਯਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

16. ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਵਸੀਲੇ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਜਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਕੋਲ ਕੋਈ ਵਸੀਲੇ ਹਨ (ਨਕਦੀ, ਬੈਂਕ ਵਿੱਚ ਪੈਸਾ, ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆਫ ਡਿਪੋਜ਼ਿਟ, ਸਟੋਕਸ ਅਤੇ ਬੰਡਸ ਆਦਿ)? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ਬੈਂਕ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਖਾਤਾ
(ਚਾਲ) | <input type="checkbox"/> ਸੇਵਿੰਗਸ ਬੈਂਡ(ਸ) | <input type="checkbox"/> ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ |
| <input type="checkbox"/> ਬੈਂਕ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਖਾਤਾ
(ਬੱਚਤ) | <input type="checkbox"/> ਮਨੀ ਮਾਰਕੀਟ ਖਾਤਾ | <input type="checkbox"/> ਸਟੈਂਕਸ |
| <input type="checkbox"/> ਸੇਵ ਡਿਪੋਜ਼ਿਟ ਬੈਂਕਸ | <input type="checkbox"/> ਮਿਊਚੁਅਲ ਫੰਡ | <input type="checkbox"/> ਬੈਂਡਸ |
| | <input type="checkbox"/> ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆਫ ਡਿਪੋਜ਼ਿਟ (CD) | <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____ |

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਦਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਯੁਕਤ ਖਾਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। _____

ਉੱਪਰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਏ ਹਰੇਕ ਖਾਨ ਲਈ, ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ।

ਵਸੀਲਾ ਕਿਸਦੇ ਨਾਂ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੈ?	ਕਿਸ ਪਕਾਰ ਦਾ ਵਸੀਲਾ ਹੈ?	ਇਸਦਾ ਮੁੱਲ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?	ਵਸੀਲਾ ਕਿੱਥੇ ਹੈ? (ਉਸ ਬੈਂਕ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿੱਥੇ ਪੈਸਾ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਸੀਲਾ ਵੇਚਿਆ ਹੈ, ਉਸਦਾ ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਉਹ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤਾ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾ ਨਹੀਂ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

17. ਡੁਪਲੀਕੇਟ ਫਾਇਦੇ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਦੇ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਡੁਪਲੀਕੇਟ SNAP (ਭੋਜਨ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਸੰਘੀ ਨਾਂ, ਜਿਸਨੂੰ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ CalFresh ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਫਾਇਦੇ ਧੋਖੇ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

18. ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਗੈਰ ਕਨੂੰਨੀ ਵਪਾਰ (ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਵੇਚਣਾ)

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਦੇ ਬਾਅਦ ਕਦੇ \$500 ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ SNAP ਫਾਇਦਿਆਂ ਦੇ ਗੈਰ ਕਨੂੰਨੀ ਵਪਾਰ (ਦੁੱਜਿਆਂ ਨਾਲ EBT ਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਵੇਚਣਾ) ਕਰਨ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

19. ਡ੍ਰਾਗਸ ਲਈ ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਦੇ ਬਾਅਦ ਡ੍ਰਾਗਸ ਲਈ SNAP ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?
(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

20. ਹਥਿਆਰਾਂ ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨਾ
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਦੇ ਬਾਅਦ ਬੰਦਕਾਂ, ਗੋਲਾ-ਬਾਰੂਦ, ਜਾਂ
ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ SNAP ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ
'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

21. ਅਪਰਾਧੀ ਦਾ ਭੱਜ ਜਾਣਾ
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਅਪਰਾਧ ਲਈ ਜਾਂ ਸੰਗੀਨ ਅਪਰਾਧ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼
ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਹਿਰਾਸਤ ਵਿੱਚ ਲਏ ਜਾਣ ਜਾਂ ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਲੁਕ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਭੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।
(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

22. ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ/ਪੈਰੋਲ ਉਲੰਘਣਾ
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਅਦਾਲਤ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ
ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਲਿਖਣ ਲਈ ਵਾਧੂ ਖਾਲੀ ਥਾਂ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ਲਿਖਣ ਲਈ ਵਾਧੂ ਖਾਲੀ ਥਾਂ

ਇਸਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ - ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਹੈ

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

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts 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 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No