

BẢN BÁO CÁO DỮ LIỆU ĐỂ BỔ SUNG MỘT TRẺ DƯỚI 16 TUỔI

(Đơn xin và Yêu cầu Bổ sung đối với phần Trợ cấp Tiền mặt và/hoặc CalFresh)

HƯỚNG DẪN:

Xin điền mẫu này cho một trẻ mới chuyển vào nhà và ký tên vào phần Chứng nhận.
Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, xin đính kèm một tờ giấy khác. Dùng một mẫu riêng cho mỗi trẻ.

Nếu quý vị nhận Trợ cấp Tiền mặt, và quý vị muốn được trợ cấp cho đứa trẻ mới này, mẫu này phải được điền bởi phụ huynh hoặc bạn đời sống chung California hoặc người thân chăm sóc tuổi trưởng thành.

Với hộ gia đình CalFresh mà không nhận hoặc không muốn nhận Trợ cấp Tiền mặt, mẫu này phải được điền bởi một thành viên trưởng thành trong hộ gia đình hoặc người đại diện được ủy quyền.

1. Tên của Phụ huynh hoặc Người thân Chăm sóc		Điện thoại () ()		TRẺ CẦN TRỢ CẤP DO TÌNH TRẠNG DƯỚI ĐÂY CỦA CHA MẸ (✓) QUA ĐỜI KHUYẾT TẬT VÀNG MẮT THẤT NGHIỆP			
2. Cung cấp cho chúng tôi mọi dữ liệu về đứa trẻ này.							
TÊN CỦA ĐỨA TRẺ (TÊN GỌI, TÊN LÓT, TÊN HỌ)		TÊN CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI THÂN CHĂM SÓC					
SỐ AN SINH XÃ HỘI	GIỚI TÍNH (✓) <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ	TÊN CỦA PHỤ HUYNH CÒN LẠI					
NƠI SINH (THÀNH PHỐ/TIỂU BANG/NƯỚC)		NGÀY SINH (THÁNG, NGÀY, NĂM)		MÙ, ĐİẾC, HOẶC KHUYẾT TẬT <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
LOẠI TRỢ CẤP ĐƯỢC YÊU CẦU (✓) <input type="checkbox"/> Trợ cấp Tiền mặt <input type="checkbox"/> CalFresh		TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN/ KHÔNG PHẢI CÔNG DÂN (✓) <input type="checkbox"/> Không phải công dân: Được tài trợ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> Công dân/Kiểu dân Hoa kỳ			
QUAN HỆ VỚI NGƯỜI ĐƯNG ĐƠN HOẶC NGƯỜI THÂN CHĂM SÓC		NẾU TRẺ DƯỚI 6 TUỔI, TRẺ CÓ ĐƯỢC CHỨNG NGỮA ĐẦY ĐỦ THEO ĐỘ TUỔI KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Không dưới 6 tuổi					

3. Đứa trẻ này có phải là một trẻ được tạm nuôi không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
A. Đứa trẻ này có được đưa vào nhà quý vị theo lệnh người phụ thuộc của tòa án không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
B. Quý vị có muốn đứa trẻ nuôi tạm này và thu nhập chăm sóc trẻ nuôi tạm được tính vào hồ sơ CalFresh không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
C. Đứa trẻ này có được ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

4. Đứa trẻ này có nhận được trợ cấp tiền mặt hoặc CalFresh vào tháng này không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu CÓ , xin hoàn tất phần dưới đây:	
LOẠI TRỢ CẤP	Ở ĐÂU (Quận, Tiểu bang)
<input type="checkbox"/> Trợ cấp Tiền mặt <input type="checkbox"/> CalFresh	

5. Đứa trẻ này có nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được bất cứ thu nhập nào, như: Tiền lãi, Thu nhập An sinh Bổ sung/Trợ cấp Bổ sung tiểu bang (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment - SSI/SSP), Phúc lợi An sinh Xã hội, khoản Cấp dưỡng Trẻ em, Trợ cấp Chăm sóc Con nuôi Tạm thời, Phúc lợi Cựu chiến binh, v.v. Nếu "CÓ", xin hoàn tất phần dưới đây:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
LOẠI THU NHẬP	SỐ TIỀN (Trước Khấu trừ, nếu có)	KHI NÀO	THƯỜNG XUYÊN NHƯ THẾ NÀO
	\$		

Thu nhập này có còn tiếp tục không? CÓ KHÔNG Nếu "KHÔNG", xin giải thích bất cứ thay đổi nào được biết:

6. A. Đứa trẻ này có mang thai hoặc là một người cha/mẹ tuổi thanh thiếu niên không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu "CÓ" , Xin đánh dấu (✓) tình trạng: <input type="checkbox"/> Mang thai <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ tuổi Thanh thiếu niên	
TÌNH TRẠNG HỌC VẤN, XIN ĐÁNH DẤU (✓)	
<input type="checkbox"/> Có Bằng Tốt nghiệp Phổ thông Trung học	<input type="checkbox"/> Có một GED <input type="checkbox"/> Không Đi Học (xin giải thích):
<input type="checkbox"/> Hiện Đang Đi Học	<input type="checkbox"/> Khác (xin giải thích):
B. Trẻ này có bao giờ nhận được tiền thưởng hoặc khen thưởng, hoặc sự hỗ trợ chăm sóc trẻ, vé xe, v.v. từ Chương trình Cal-Learn không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu CÓ , xin hoàn tất phần dưới đây:	

Ở ĐÂU (QUẬN)	(CÁC) NGÀY NHẬN

7. Cha/Mẹ của đứa trẻ này có làm việc trong quân đội Hoa Kỳ (United States - U.S.) không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
Nếu CÓ , xin hoàn tất phần dưới đây:				
TÊN CHA/MẸ	CHA/MẸ MỘT CÔNG DÂN HOA KỲ	NGÀNH PHỤC VỤ	NGÀY PHỤC VỤ	GIẢI NGŨ TRONG DANH DỤ
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

8. Xin hoàn tất phần bên dưới nếu quý vị muốn xin CalFresh cho đứa trẻ này và đứa trẻ này không phải là một công dân Hoa kỳ.
A. Đứa trẻ này và/hoặc cha mẹ của đứa trẻ này đã sống bao nhiêu năm tại Hoa kỳ?
B. Trong thời gian sống ở Hoa kỳ, đứa trẻ này và/hoặc cha mẹ của đứa trẻ này đã làm việc kiếm sống tại Hoa kỳ được bao nhiêu năm?
C. Trong thời gian sống bên ngoài Hoa kỳ, đứa trẻ này và/hoặc cha mẹ của đứa trẻ này đã làm việc tại Hoa kỳ hoặc cho một Công ty Hoa kỳ được bao nhiêu năm?

COUNTY USE ONLY

CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:			
WtW:		CF:	
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	
3A. <input type="checkbox"/> Request dependency order			
3B. <input type="checkbox"/> 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			
3C. <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> FC Income Counted on CF Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP			
Income		<input checked="" type="checkbox"/> if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF
Verified: <input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn Program <input type="checkbox"/> CW 25 <input type="checkbox"/> QR 25A			
CW 5 Date Initiated		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
CF: Honorable Discharge		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

9. Đứa trẻ này có sở hữu bất cứ tài sản hoặc có các nguồn tài nguyên, như: tiền mặt, đất đai, tài khoản ngân hàng, quỹ tín thác, công phiếu tiết kiệm, trợ cấp hoặc quỹ tín thác tính theo đầu người cho Người Mỹ bản Xứ, hoặc tài sản khác không? Nếu CÓ, xin hoàn tất phần dưới đây:			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	COUNTY USE ONLY <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF				
LOẠI TÀI NGUYÊN	SỐ TÀI KHOẢN/HỢP ĐỒNG	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGÂN HÀNG, V.V...	GIÁ TRỊ HIỆN TẠI					
			\$					
10. Đứa trẻ này có Medicare hoặc bảo hiểm y tế, như Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, v.v., và được thanh toán bởi một cha/mẹ hoặc chủ hãng sở của cha/mẹ không? Nếu "CÓ", xin liệt kê mức bảo hiểm:			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:				
11. Nếu đứa trẻ này đã bị kết trọng tội như một người trưởng thành, đứa trẻ này có đang lẩn tránh hoặc chạy trốn pháp luật để tránh bị truy tố, đang bị giam giữ, hoặc đang ở tù vì trọng tội hoặc trọng tội có âm mưu đó?			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG					
12. Đứa trẻ có bao giờ bị toà án tuyên bố vi phạm điều kiện án treo hoặc tha có điều kiện không?			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG					
13. A. Nếu quý vị được trợ cấp tiền mặt, các thành viên trong gia đình quý vị dưới 21 tuổi hội đủ điều kiện có thể nhận được một số kiểm tra sức khoẻ thông qua Chương trình Sức khoẻ và Phòng ngừa Khuyết tật Trẻ em (Child Health and Disability Prevention Program - CHDP).			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CÓ</td> <td style="text-align: center;">KHÔNG</td> </tr> </table>			CÓ	KHÔNG	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services 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 info given Date Referred:
CÓ	KHÔNG							
• Quý vị có cần thêm thông tin về các dịch vụ CHDP không?								
• Quý vị có cần các dịch vụ y khoa và nha khoa miễn phí từ CHDP không?								
• Quý vị có cần được trợ giúp để lấy hẹn hoặc tìm bác sĩ hoặc nha sĩ không?								
B. Quý vị có cần thêm thông tin về các dịch vụ chủng ngừa không?								
C. Quý vị có cần thông tin về việc không phân biệt đối xử, tư vấn về rượu/ma túy, chi phí y tế trước đây, và các nhu cầu đặc biệt khác không?								
D. Có ai đang mang thai cần tìm một bác sĩ, cần được chuyên chở y tế, hoặc cần được trợ giúp khác không?								
E. Có ai đang nuôi con bằng sữa mẹ không? Nếu "CÓ", trẻ có được sinh trong 12 tháng qua không?								
F. Quý vị có muốn nhận được các dữ liệu hoặc dịch vụ từ Phòng khám Kế hoạch Hoá gia đình để giúp quý vị thực hiện kế hoạch hoá gia đình và phòng ngừa mang thai ngoài dự kiến không?								

VIỆC CHỨNG NHẬN

Tôi hiểu rằng:

- Nếu tôi cố ý cung dữ liệu sai hoặc không báo cáo tất cả dữ liệu hoặc tình huống mà ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện và khoản trợ cấp của tôi, tôi có thể bị phạt tiền, bị bỏ tù/bắt giam, hoặc cả hai. Tôi có thể bị phạt tối đa \$10,000 đối với phần trợ cấp tiền mặt và \$250,000 đối với CalFresh. Tôi có thể bị bỏ tù/bắt giam tối đa 3 năm đối với phần trợ cấp tiền mặt và 20 năm đối với CalFresh. Và các phúc lợi trợ cấp tiền mặt và CalFresh có thể bị ngưng trong 6 tháng, 12 tháng, 2 năm, 4 năm, 5 năm, 10 năm, 20 năm hoặc vĩnh viễn; và đối với phần Trợ cấp Tiền mặt cho Người Tị nạn, 3 tháng và 6 tháng.
- Nhiều hồ sơ có thể được lấy ra để duyệt xét xác minh tư cách hội đủ điều kiện; và tôi phải hoàn toàn hợp tác với nhân viên quận, tiểu bang, và liên bang trong bất cứ lần duyệt xét kiểm tra chất lượng nào.
- Những dữ liệu mà tôi cung cấp sẽ được kiểm tra bởi nhân viên địa phương, tiểu bang, và liên bang.
- Quận sẽ gửi các dữ liệu cho Dịch vụ Công dân và Di trú Hoa Kỳ (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS) để lấy bằng chứng về tình trạng di trú.
- Dữ liệu mà quận nhận được từ USCIS có thể tác động đến tư cách hội đủ điều kiện với phần trợ cấp tiền mặt và CalFresh.
- Những dữ liệu mà tôi cung cấp sẽ được kiểm tra với các cơ quan thuế, phúc lợi, việc làm, học khu, và Sở An sinh Xã hội để chứng minh tư cách hội đủ điều kiện của đứa trẻ với khoản trợ cấp tiền mặt và/hoặc CalFresh và để chứng minh rằng tôi đang nhận được đúng số tiền mặt được trợ cấp hoặc CalFresh. Và số an sinh xã hội sẽ được đối chiếu với hồ sơ của cơ quan thi hành luật đối với lệnh bắt giam.

Tôi xin tuyên bố theo hình phạt khai man của luật pháp Hoa Kỳ và Tiểu bang California rằng những thông tin có trong bản Báo cáo Dữ liệu này là trung thực, chính xác và đầy đủ.

AI PHẢI KÝ TÊN VÀO MẪU NÀY Với Trợ cấp Tiền mặt, quý vị, người vợ/chồng, Bạn Đời sống Chung được trợ cấp của quý vị, hoặc người cha/mẹ còn lại (của những trẻ em được trợ cấp tiền mặt), nếu sống cùng nhà.
 Với CalFresh, một thành viên trưởng thành trong hộ gia đình hoặc người đại diện được ủy quyền.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI THÂN CHĂM SÓC VÀ/HOẶC THÀNH VIÊN TRƯỞNG THÀNH THUỘC HỘ GIA ĐÌNH CALFRESH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN ĐỜI SỐNG CHUNG ĐƯỢC TRỢ CẤP TIỀN MẶT HOẶC NGƯỜI CHA/MẸ CÒN LẠI (CỦA ĐỨA TRẺ ĐƯỢC TRỢ CẤP TIỀN MẶT) NẾU SỐNG CÙNG NHÀ	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG DẤU CHỮ THẬP, THÔNG DỊCH VIÊN, HOẶC NGƯỜI KHÁC HOÀN TẤT MẪU ĐƠN	NGÀY

COUNTY USE ONLY

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date