

MẪU KHAI THÔNG TIN VỀ NGƯỜI MỚI THÊM VÀO HỒ SƠ

(Đơn Xin Bỏ Sung Trợ Cấp CalFresh và Yêu Cầu Trợ Cấp Tiền Mặt)

HƯỚNG DẪN: Điền mẫu này để báo cho chúng tôi biết về một người mới bắt đầu sống ở nhà quý vị. Nếu cần thêm chỗ để viết trả lời cho các câu hỏi, xin đính kèm trang giấy thêm. Điền trả lời cho tất cả những câu hỏi liên quan đến các quyền lợi quý vị xin hưởng. Bên trái mỗi câu hỏi có chữ "CA" (có nghĩa là trợ cấp tiền mặt) và "CF" (có nghĩa là CalFresh) để quý vị biết câu hỏi đó áp dụng cho chương trình trợ cấp nào.

Nếu quý vị đang nhận trợ cấp tiền mặt và muốn xin trợ cấp cho người mới, mẫu này phải được điền đầy đủ bởi người thân trưởng thành tạm nuôi trẻ hiện đang nhận trợ cấp tiền mặt hoặc người mới, trừ khi người mới là trẻ em.

Đối với các hộ hưởng CalFresh và không nhận trợ cấp tiền mặt hoặc không muốn xin trợ cấp tiền mặt cho người mới, mẫu này có thể được điền bởi một người trong gia hộ, người đại diện được ủy quyền hoặc người mới.

XIN VIẾT CHỮ IN HOA BẰNG BÚT MỰC

CA ① Tên họ của người điền mẫu này (Tên, Chữ lót, Họ)
CF

CA ② Tên họ của người mới ở trong nhà, bao gồm trẻ mới sinh.
CF

TÊN HỌ (Tên Chữ lót Họ) TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN (✓) Công dân/quốc tịch Hoa Kỳ
 Không phải công dân: Được bảo trợ CÓ KHÔNG

SỐ AN SINH XÃ HỘI NGÀY SINH ĐANG MANG THAI NGƯỜI MỚI CÓ CON KHÔNG?
 CÓ KHÔNG CÓ KHÔNG

NƠI SINH (Thành phố/Tiểu bang/Quốc gia) GIỚI TÍNH (✓) TÌNH ĐỘ HỌC VẤN (✓)
 NAM NỮ Có bằng trung học

TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN MŨI/ĐIẾC/KHUYẾT TẬT Có chứng chỉ tương đương bằng trung học (GED)
 Kết hôn Chưa kết hôn Ly thân CÓ KHÔNG Hiện đang đi học
 Ly dị Sống chung Góa vợ/chồng Hiện không đi học (giải thích lý do)

CÓ PHẢI BÀ CON VỚI NGƯỜI ĐỪNG ĐƠN/NGƯỜI TẠM NUÔI/
CHỦ HỘ KHÔNG? Nếu "CÓ", giải thích quan hệ: CÓ KHÔNG ĐÃ TỪNG DÙNG TÊN HỌ NÀO KHÁC KHÔNG? (Tên họ trước khi lấy chồng, khi được nhận làm con nuôi, v.v.)

YÊU CẦU NHẬN CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP NÀO? Trợ Cấp Tiền Mặt CalFresh

CA ③ Người mới đã từng nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp không, như: CÓ KHÔNG
CF trợ cấp tiền mặt, CalFresh, trợ cấp dành cho người vô gia cư, Medi-Cal, Trợ Cấp Tiền Mặt cho Người Tị Nạn không? Nếu "CÓ", xin giải thích:

VÀO KHI NÀO TẠI ĐẦU (Tên quận/hạt, tiểu bang, hay quốc gia) LOẠI TRỢ CẤP

CA ④ Người mới có phải là trẻ em dưới 19 tuổi không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới: CÓ KHÔNG

TÊN HỌ PHỤ HUYNH HAY NGƯỜI THÂN TẠM NUÔI (✓) Đang sống chung nhà	TÊN HỌ PHỤ HUYNH THỨ HAI (✓) Đang sống chung nhà	Lý do phụ huynh thứ hai không sống chung nhà	Trẻ này cần trợ cấp vì cha mẹ của em hiện đang... (Đánh dấu tất cả các ô thích hợp)
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> Vắng mặt <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Mất khả năng làm việc <input type="checkbox"/> Đã qua đời

CA ⑤ Người mới đã phục vụ quân lực Hoa Kỳ hoặc là vợ/chồng, cha/mẹ hay con của người đã từng phục vụ quân lực không? Nếu "CÓ", xin giải thích:

CHO BIẾT TÊN HỌ, BINH CHỮNG, V.V. GIẢI NGŨ TRONG DANH DỤ

CA ⑥ Người mới hiện đang sống ở California và có ý định tiếp tục sống tại đây không? CÓ KHÔNG
Nếu "KHÔNG", xin giải thích:

PHẦN NÀY DÀNH CHO QUẬN/HẠT SỬ DỤNG

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
CF ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
CW 25 Completed		
QR 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S. _____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

VERIFIED:

Deprivation YES NOCW 5 YES NO

Date Initiated _____

CA ⑦ Người mới có phải là trẻ tạm nuôi sống trong nhà quý vị không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF A. Trẻ này có được giao cho gia đình quý vị nuôi theo lệnh giám hộ thiếu nhi của tòa án không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG B. Quý vị có muốn tính thu nhập của trẻ tạm nuôi và trợ cấp chăm sóc trẻ tạm nuôi vào hồ sơ CalFresh của quý vị không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG C. Trẻ được ghi danh vào chương trình chăm sóc sức khỏe không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				PHẦN NÀY DÀNH CHO QUẬN/HẠT 7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service		
CA ⑧ A. Có phải người mới từ 16 tuổi trở lên và có ghi danh vào trường học, <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF cao đẳng hay chương trình đào tạo không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:				VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
TÊN TRƯỜNG/CAO ĐẲNG /CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO		SỐ TÍN CHỈ/GIỜ HỌC MỖI TUẦN	NGÀY TỐT NGHIỆP DỰ KIẾN	CÓ ĐI LÀM KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
NẾU GHI DANH, ĐÁNH DẤU (✓) VÀO Ô THÍCH HỢP <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hình thức khác (ghi rõ):						
CA B. Điền phần dưới đây nếu người mới có ghi danh vào trường cao đẳng hay theo học tại một cơ sở giáo dục tương tự.						
HỌC KỲ <input type="checkbox"/> Bán niên <input type="checkbox"/> Toàn niên <input type="checkbox"/> Tam cá nguyệt		HỌC PHÍ/LỆ PHÍ MỖI HỌC KỲ \$		SÁCH VỞ, HỌC CỤ, V.V. MỖI KỲ \$		
SỐ DẠM ĐƯỜNG ĐI VỀ MỖI NGÀY ĐỂ ĐẾN TRƯỜNG/NƠI GIỮ TRẺ		SỐ NGÀY HỌC MỖI TUẦN		ĐI BẰNG PHƯƠNG TIỆN GÌ?		
CHI PHÍ ĐI LẠI MỖI TUẦN \$		SỐ TIỀN GÓP TỪ NGƯỜI ĐI CHUNG XE		CHI PHÍ DÙNG PHƯƠNG TIỆN GIAO THÔNG CÔNG CỘNG (XE BUÝT, V.V.) MỖI NGÀY \$		
CA ⑨ Người mới đã từng bị ngưng trợ cấp tiền mặt hay CalFresh trong một <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF khoảng thời gian hay vĩnh viễn vì: không hợp tác trong cuộc kiểm tra chất lượng dịch vụ, có hành vi gian lận trợ cấp hay Cố Ý Vi Phạm Điều Lệ Chương Trình (IPV) không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:						
LÝ DO BỊ PHẠT		VÀO KHI NÀO		TẠI QUẬN/HẠT/TIỂU BANG NÀO		
CA ⑩ Có bất cứ người nào trong gia hộ hiện đang ẩn náu hay chạy trốn <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF luật pháp để tránh bị truy tố, bắt giam hay phạt tù vì phạm tội đại hình hoặc toan tính phạm tội đại hình? Nếu "CÓ", cho biết tên người đó:						
CA ⑪ Có bất cứ người nào trong gia hộ bị tòa án phán quyết là đã vi phạm <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF lệnh quản chế hay lệnh phóng thích sớm không? Nếu "CÓ", cho biết tên người đó:						
CF ⑫ Có phải người mới tự mua thực phẩm và nấu ăn riêng không chung với <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG những người khác trong nhà không?				Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
CF ⑬ Có phải người mới từ 60 tuổi trở lên và không thể tự mua thực phẩm và <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG nấu ăn riêng vì bị khuyết tật không?				Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
CF ⑭ Người mới có trả tiền cho quý vị để ăn chung hoặc thuê phòng không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER		
ĐÁNH DẤU (✓) <input type="checkbox"/> Ăn chung <input type="checkbox"/> Thuê phòng <input type="checkbox"/> Cả hai		TRẢ BAO NHIÊU \$	TRẢ BAO LÂU MỘT LẦN	SỐ BỮA ĂN MỖI NGÀY		
CF ⑮ Người mới có nhận thực phẩm từ một trong những chương trình dưới đây <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG không? • Nhà ăn tập thể phục vụ cho người cao niên hay khuyết tật • Chương trình phân phối thực phẩm do chính quyền khu bảo tồn Thổ Dân Mỹ điều hành • Chương trình thực phẩm khác Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:						
TÊN CHƯƠNG TRÌNH						

CA ⑯ Người mới hiện có việc làm hoặc dự trù sẽ có việc làm sau này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây. Đính kèm các cuống séc lương hoặc bằng chứng khác về thu nhập. Nếu chưa bắt đầu, ngày dự kiến đi làm là gì? _____ (Xin lưu ý: Nếu quý vị tự kinh doanh, liệt kê các chi phí kinh doanh trên một tờ giấy riêng và đính kèm theo mẫu này).				PHẦN NÀY DÀNH CHO QUẬN/HAT			
TÊN HÃNG LÀM		TỰ KINH DOANH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	NGHỀ NGHIỆP	SỐ NGÀY/GIỜ LÀM MỖI THÁNG			
(CÁC) NGÀY NHẬN LƯƠNG		TỔNG LƯƠNG TRƯỚC KHI TRỪ CÁC KHOẢN \$ _____ mỗi	CÓ TIỀN BOA HAY HOA HỒNG <input type="checkbox"/> CÓ Bao nhiêu \$ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Có phải người mới sẽ tiếp tục nhận thu nhập này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu "KHÔNG", cho biết thu nhập sẽ thay đổi như thế nào tại đây:							
CA ⑰ A. Người mới có phải trả tiền cho người khác trông giữ/chăm sóc một đứa trẻ, người lớn bị khuyết tật hay người phụ thuộc khác để họ có thể đi làm, tham gia chương trình đào tạo hay kiếm việc làm không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
TÊN HỌ NGƯỜI ĐƯỢC TRÔNG GIỮ/CHĂM SÓC		TÊN HỌ NGƯỜI TRÔNG GIỮ/CHĂM SÓC	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG \$ _____				
TÊN HỌ NGƯỜI ĐƯỢC TRÔNG GIỮ/CHĂM SÓC		TÊN HỌ NGƯỜI TRÔNG GIỮ/CHĂM SÓC	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG \$ _____				
CA B. Có người/nơi khác giúp thanh toán chi phí giữ trẻ/chăm sóc không? CF Bao gồm các khoản trợ giúp chi phí từ người thân, bạn bè, Sở Giáo Dục, Trợ Cấp Sinh Viên, Block Grant, Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP, v.v.. Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
TÊN HỌ ĐỨA TRẺ		AI TRẢ TIỀN	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG \$ _____				
TÊN HỌ ĐỨA TRẺ		AI TRẢ TIỀN	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG \$ _____				
CA ⑱ Có phải người mới đã thôi hoặc từ chối một công việc làm hay chương trình đào tạo trong 60 ngày qua không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:							
TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA HÃNG LÀM/CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO		Người mới có nhận hoặc dự trù sẽ nhận được lương hay tiền trợ cấp trong tháng này không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
		NGÀY LÃNH LƯƠNG CUỐI CÙNG	SỐ LƯƠNG TRƯỚC KHI TRỪ CÁC KHOẢN \$ _____				
		NGÀY DỰ KIẾN SẼ LÃNH LƯƠNG	SỐ LƯƠNG TRƯỚC KHI TRỪ CÁC KHOẢN \$ _____				
SỐ GIỜ ĐI LÀM/THAM GIA ĐÀO TẠO		NGÀY ĐI LÀM/THAM GIA ĐÀO TẠO CUỐI CÙNG	TIỀN BOA HAY HOA HỒNG				
Tháng trước _____		LÝ DO NGHỈ LÀM/CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO					
Tháng này _____							
CA ⑲ Người mới hiện đang đình công không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:							
TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA HÃNG LÀM/CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO		TÊN CÔNG ĐOÀN		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
		NGÀY BẮT ĐẦU ĐÌNH CÔNG					
		TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG TỪ CÔNG VIỆC NÀY TRƯỚC KHI ĐÌNH CÔNG \$ _____					
CF ⑳ Người mới có phải trả tiền cấp dưỡng cho con hay vợ/chồng cũ không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:							
TÊN HỌ ĐỨA TRẺ HAY VỢ/CHỒNG		SỐ TIỀN TRẢ MỖI THÁNG \$ _____	CÓ LỆNH CỦA TÒA? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
CA ㉑ Người mới có nộp đơn xin hoặc nhận được bất cứ quyền lợi nào khác trong 12 tháng qua, như: tiền An Sinh Xã Hội, tiền thất nghiệp/khuyết tật, trợ cấp tiền mặt, tiền cấp dưỡng cho con/vợ/chồng, quyền lợi cựu chiến binh, nhà ở/ phí tổn tiện ích công cộng miễn phí, v.v.? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:							
LOẠI QUYỀN LỢI	SỐ TIỀN \$ _____	NGÀY NỘP ĐƠN XIN	NƠI NHẬN (QUẬN/HAT, TIỂU BANG)	NGÀY NHẬN GẮN ĐÂY NHẤT	BAO LÂU MỘT LẦN (Hàng tuần, hàng tháng, v.v.)	NGÀY DỰ KIẾN BẮT ĐẦU VÀ CHẤM DỨT	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt CA CF
						BẮT ĐẦU: CHẤM DỨT	
Có phải người mới sẽ tiếp tục nhận thu nhập này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu "KHÔNG", cho biết thu nhập sẽ thay đổi như thế nào, nếu biết:							

CA 22 Người mới có sở hữu hay mua bất cứ một bất động sản nào như đất đai <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF và/hoặc các tòa nhà ở bất cứ nơi nào, kể cả ở bên ngoài nước Mỹ không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:					PHẦN NÀY DÀNH CHO QUẬN/HAT		
					Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
LOẠI (ĐẤT, NHÀ RIÊNG, CĂN HỘ CHUNG CƯ, V.V.)	MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG (NHÀ Ở, CHO THUÊ, V.V.)	ĐỊA CHỈ HAY ĐỊA ĐIỂM	GIÁ TRỊ ƯỚC LƯỢNG	SỐ NỢ CÒN THIỂU	Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			\$	\$			
CA 23 A. Người mới có bất cứ các nguồn tài chính nào dưới đây không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF Nếu "CÓ", đánh dấu (✓) vào mỗi mục và giải thích dưới đây:							
NGUỒN TÀI CHÍNH		CÓ	KHÔNG	NGUỒN TÀI CHÍNH		CÓ	KHÔNG
Chi phiếu hay tiền mặt (giữ ở nhà hay nơi khác)				Quý tín thác			
Tài khoản chi phiếu/tiết kiệm/hội tín dụng				Cổ phiếu, trái phiếu, chứng chỉ tiết kiệm tài khoản hưu trí cá nhân (IRA), quỹ hưu bổng			
Giấy nợ, văn tự cầm cố, văn kiện ủy thác, hợp đồng mua bán				Nguồn khác (Liệt kê dưới đây)			
LOẠI NGUỒN TÀI CHÍNH	CHỦ SỞ HỮU	SỐ TÀI KHOẢN/HỢP ĐỒNG	TÊN, ĐỊA CHỈ CỦA NGÂN HÀNG V.V.	GIÁ TRỊ HIỆN TẠI	(✓) if Exempt		
				\$			CA
				\$			
CA B. Người mới có nhận thu nhập như tiền lãi, cổ tức, v.v., từ bất cứ một trong <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF những nguồn tài chính này không? Nếu "CÓ", liệt kê từng nguồn và giải thích ở phần dưới đây:							
NGUỒN THU NHẬP			NHẬN ĐƯỢC BAO NHIÊU	NHẬN BAO LÂU MỘT LẦN			
			\$				
			\$				
CA 24 Người mới có sở hữu, thuê hay sử dụng bất cứ loại phương tiện cơ giới <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF nào không, thí dụ như ô tô, xe tải, thuyền, xe kéo, xe van, nhà lưu động, xe địa hình 3 bánh (ATV), xe máy, xe mô tô nước loại seadoo hay jetski, v.v.? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:					<input type="checkbox"/> If Exempt <input type="checkbox"/> Leased	Vehicle Valuation	
TÊN HỌ CHỦ SỞ HỮU ĐÁNH DẤU (✓) NẾU THUẾ	MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG	NĂM SẢN XUẤT, HIỆU, LOẠI	SỐ GIẤY PHÉP & TIỂU BANG NƠI ĐĂNG KÝ	ĐÁNH DẤU (✓) NẾU ĐÃ ĐĂNG KÝ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	GIÁ TRỊ ƯỚC LƯỢNG	SỐ NỢ CÒN THIỂU	
<input type="checkbox"/> Thuế					\$	\$	
CA 25 Người mới có sở hữu hoặc sử dụng tài sản nào mà giá tối thiểu mỗi món là <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF \$100 hoặc hiện tại có giá trị tối thiểu là \$100, như: đồ trang sức, thiết bị, dụng cụ, gia súc, v.v. hay không? Không liệt kê quần áo, nhẫn cưới, thảm, bàn ghế, thiết bị gia dụng hay các đồ đặc khác trong nhà. Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:					<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____		
CHỦ SỞ HỮU	TÊN TÀI SẢN	NGÀY MUA	GIÁ MUA HAY GIÁ TRỊ HIỆN TẠI	SỐ NỢ CÒN THIỂU			
			\$	\$			
			\$	\$			
CA 26 Người mới có bán, chuyển nhượng hoặc cho tặng bất cứ một bất động sản <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF hay động sản nào trong vòng 2 năm qua (đối với trợ cấp tiền mặt) hoặc trong vòng 3 tháng qua (đối với CalFresh)? Nếu "CÓ", giải thích ở phần dưới đây:					Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months		
CA 27 Người mới có bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm tang lễ, bảo hiểm khuyết tật hay <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF bảo hiểm nợ nhà không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:					Total CSV (1) _____ (2) _____		
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	SỐ HỢP ĐỒNG	NGƯỜI TRẢ BẢO PHÍ (TÊN HỌ)	SỐ TIỀN TRẢ				
			\$				
CA 28 Người mới có bảo hiểm y tế hay bệnh viện, bao gồm bảo hiểm do hãng làm <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG CF hay một cha/mẹ vắng mặt trả phí không? Thí dụ như: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare, v.v. Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:					Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____		
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	NGÀY HẾT HẠN	SỐ BẢO PHÍ	TRẢ BAO LÂU MỘT LẦN				
		\$					
					<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____		

CA 29 Người mới có nhận được dịch vụ chăm sóc/điều trị liên quan đến thai sản hay một vấn đề y tế trong tháng này hoặc trong ba tháng vừa qua? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:				PHẦN NÀY DÀNH CHO QUẬN/HAT					
TÊN HỌ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC CHĂM SÓC		CÁC THÁNG ĐƯỢC CHĂM SÓC		ĐÃ THANH TOÁN CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ CHƯA?		CÓ MUỐN XIN MEDI-CAL CHO CÁC THÁNG ĐÓ KHÔNG?		Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> ĐÃ <input type="checkbox"/> CHƯA		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
CA 30 Có bất cứ chương trình bảo hiểm y tế nào thông qua cha/mẹ, hãng làm hay một người cha/mẹ vắng mặt mà người mới có quyền hưởng nhưng chưa nộp đơn xin không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:								<input type="checkbox"/> DHS 6155	
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM		SỐ BẢO PHÍ		TRẢ BAO LÂU MỘT LẦN					
		\$							
		\$							
CA 31 Người mới có bị khuyết tật do thương tích hay tai nạn khiến cho họ gặp trở ngại trong việc đi làm hay tự lo liệu cho các nhu cầu bản thân không? Nếu "CÓ", điền vào phần dưới đây:								VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
LOẠI TRỞ NGẠI		NGÀY BẮT ĐẦU GẶP TRỞ NGẠI		NGÀY DỰ KIẾN HỒI PHỤC				Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C	
CA 32 A. Người mới có (các) bệnh trạng hay gặp hoàn cảnh khiến họ có bất cứ nhu cầu nào dưới đây không? Đánh dấu (✓) CÓ hay KHÔNG cho từng mục:								CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____	
		CÓ		KHÔNG		CÓ		KHÔNG	
Chế độ ăn uống đặc biệt--do bác sĩ chỉ định				Sử dụng các tiện ích (điện, nước) rất nhiều					
Phương tiện đi lại đặc biệt				Dịch vụ giặt ủi đặc biệt					
Điện thoại hay dụng cụ đặc biệt khác				Dịch vụ khác (ghi rõ):					
Việc nhà (không có ai ở trong nhà có thể giúp)								VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Nếu "CÓ", giải thích:								<input type="checkbox"/> DFA 285-C	
CA B. Người mới có nhận được Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia (IHSS) không? Nếu "CÓ", mỗi tháng họ trả bao nhiêu? \$ _____								<input type="checkbox"/> DFA 285-C	
CA 33 Hiện tại có sẵn các dịch vụ dưới đây cho những người có nhu cầu. Việc quý vị trả lời các câu hỏi này cho bản thân hoặc thay mặt cho người khác trong gia đình sẽ không ảnh hưởng đến khả năng quý vị hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp. Đánh dấu (✓) CÓ hay KHÔNG cho từng mục.								<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral	
A. Dịch vụ khám sức khỏe định kỳ để giúp bảo vệ sức khỏe cho gia đình quý vị được cung cấp theo yêu cầu qua Chương Trình Bảo Vệ Sức Khỏe và Phòng Ngừa Bệnh Tật Trẻ Em (CHDP) cho những thành viên gia đình dưới 21 tuổi hội đủ điều kiện.				CÓ		KHÔNG			
• Quý vị có muốn biết thêm thông tin về các dịch vụ CHDP không?									
• Quý vị có muốn hưởng dịch vụ y tế của CHDP không?									
• Quý vị có muốn hưởng dịch vụ nha khoa của CHDP không?									
• Quý vị có cần được giúp lên lịch hẹn hoặc chờ đến nơi cung cấp dịch vụ CHDP không?									
B. Nếu trong gia đình có người đang mang thai, quý vị có thể được trợ giúp tìm bác sĩ, nhận được thực phẩm có lợi cho sức khỏe và những việc khác. Quý vị có muốn nói chuyện với nhân viên về sự trợ giúp này không?									
C. Có người nào trong gia đình đang nuôi con bằng sữa mẹ không? Nếu "CÓ", có phải đứa bé đó được sinh ra trong 12 tháng qua không? . . .								<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5	
Nếu quý vị đánh dấu "CÓ" cho câu hỏi 33B hay C thì có thể hội đủ điều kiện hưởng dịch vụ của Chương Trình Thực Phẩm Bổ Sung Đặc Biệt thuộc Chương Trình Dinh Dưỡng Bổ Sung Dành Cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC).								<input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral	
D. Quý vị hay bất cứ người nào khác trong gia đình có muốn nhận dịch vụ kế hoạch hóa gia đình miễn phí hay phí tổn thấp không? Nếu "CÓ", hãy gọi cho chương trình chăm sóc sức khỏe hay bác sĩ gia đình của quý vị. Hoặc, để biết thêm thông tin và địa điểm của các phòng khám kín đáo chuyên về kế hoạch hóa gia đình, hãy gọi miễn phí số 1-800-942-1054.								<input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____	

LỜI XÁC NHẬN

Tôi hiểu rằng:

- Tất cả thông tin mà tôi khai báo, bao gồm thông tin về các quyền lợi và mức thu nhập đều sẽ được đối chiếu với hồ sơ của các cơ quan địa phương, tiểu bang và liên bang như các hãng thuê lao động, Cơ Quan Quản Trị An Sinh Xã Hội, các cơ quan thuế vụ, trợ cấp xã hội và thất nghiệp, theo dõi sự có mặt tại trường học, v.v... Còn đối với trợ cấp tiền mặt và CalFresh, hồ sơ xin trợ cấp sẽ được đối chiếu với các cơ quan thi hành luật pháp để tìm xem quý vị có phải là đối tượng của bất cứ trát bắt giữ nào không.
- Tất cả thông tin mà tôi khai báo, bao gồm thông tin về các quyền lợi và mức thu nhập đều có thể được nhân viên chính quyền quận/hạt, tiểu bang và liên bang duyệt xét và kiểm tra, và nếu tôi khai thông tin sai thì có thể bị từ chối hay ngưng trợ cấp tiền mặt, CalFresh và Medi-Cal.
- Hồ sơ của tôi có thể được chọn xem xét lại nhằm bảo đảm rằng nhân viên đã xác định đúng cách các điều kiện cần hội để hưởng trợ cấp cho tôi, và tôi phải hợp tác đầy đủ với nhân viên quận/hạt, tiểu bang hay liên bang trong bất kỳ cuộc điều tra hay tái xét nào, bao gồm các cuộc kiểm soát chất lượng dịch vụ.
- Quận/hạt sẽ gửi thông tin đến Sở Dịch Vụ Công Dân và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS) để xác định tình trạng di trú của tôi, và thông tin do USCIS gửi lại cho quận/hạt có thể ảnh hưởng đến khả năng tôi hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp tiền mặt, CalFresh và Medi-Cal toàn phần. Tuy nhiên, nếu tôi chỉ nộp đơn xin Medi-Cal không thôi VÀ nếu tôi không thuộc diện (a) ngoại kiều thường trú hợp pháp (LPR), (b) ngoại kiều được hưởng quy chế ân xá với mẫu I-688 hợp lệ và còn hiệu lực, hoặc (c) ngoại kiều thường trú ở Hoa Kỳ dưới danh nghĩa luật pháp (PRUCOL) thì quận/hạt sẽ không gửi thông tin đến USCIS.
- Tôi phải nộp đơn xin và duy trì bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào được dành cho tôi, nếu chương trình đó được cấp miễn phí; nếu không thì Medi-Cal của tôi sẽ bị từ chối hay ngưng lại.
- Tôi hay những thành viên gia đình mình sẽ bị buộc phải trả lại bất kỳ khoản trợ cấp tiền mặt nào nhận được mà đứng ra tôi đã không có quyền hưởng.
- Các gia hộ nhận CalFresh cũng như bất kỳ thành viên trưởng thành nào trong gia hộ nhận CalFresh (ngay cả khi người đó đã dọn đi), người bảo trợ cho các thành viên gia hộ không có quốc tịch Mỹ, hoặc đại diện được ủy quyền của người thường trú ở viện hợp lệ đều có thể bị buộc phải trả lại bất kỳ khoản trợ cấp nào mà gia hộ đó đã lẽ ra không có quyền hưởng.
- Bất kỳ thành viên nào trong gia hộ của tôi hiện đang ẩn náu hay chạy trốn luật pháp để tránh bị truy tố, bắt giữ hay giam tù vì phạm tội đại hình hoặc toan tính phạm tội đại hình, hoặc đã bị tòa án phán quyết vì phạm lệnh quản chế hay lệnh phóng thích sớm đều bị cấm hưởng trợ cấp tiền mặt hay CalFresh.
- Đối với chương trình trợ cấp tiền mặt, quận/hạt sẽ yêu cầu lấy dấu tay và chụp hình của tôi và một số thành viên gia hộ. Nếu không hợp tác trong việc này thì chúng tôi có thể bị từ chối hay ngưng trợ cấp.

Tôi cũng hiểu rằng:

Tôi sẽ bị tước quyền hưởng trợ cấp và/hoặc phạt tội gian lận trợ cấp xã hội nếu tôi cố ý khai thông tin sai sự thật hoặc không khai đầy đủ các sự kiện, hoàn cảnh ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện hay các quyền lợi của tôi trong chương trình trợ cấp tiền mặt, CalFresh và Medi-Cal.

Đối với trợ cấp tiền mặt:

- Nếu tôi cố ý không tuân theo các quy định của chương trình trợ cấp tiền mặt thì có thể bị phạt tiền lên đến \$10,000 và/hoặc phạt tù 3 năm. Và tôi có thể bị ngưng trợ cấp tiền mặt:
 - Nếu không khai đầy đủ thông tin hoặc khai thông tin sai sự thật: 6 tháng cho lần vi phạm đầu tiên, 12 tháng cho lần vi phạm thứ hai, và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba; còn đối với Chương Trình Trợ Cấp Tiền Mặt dành cho Người Tị Nạn: 3 tháng cho lần vi phạm đầu tiên và 6 tháng cho lần các vi phạm sau đó.
 - Nếu nộp một hay nhiều đơn xin trợ cấp cho nhiều hơn một hồ sơ vào cùng một lúc: 2 năm cho lần vi phạm đầu tiên, 4 năm cho lần vi phạm thứ hai, và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba.
 - Nếu bị kết án tội đại hình vì hành vi ăn cắp liên quan đến trợ cấp: 2 năm đối với các vụ ăn cắp tiền dưới \$2,000; 5 năm đối với các số tiền từ \$2,000 đến \$4,999.99; và vĩnh viễn đối với các số tiền từ \$5,000 trở lên.
 - Nếu khai nộp cho quận/hạt bằng chứng dối trá về nơi thường trú hồng nhận trợ cấp trong hai hoặc nhiều quận/hạt hay tiểu bang trong cùng một lúc; khai nộp cho quận/hạt bằng chứng dối trá về một đứa trẻ không hội đủ điều kiện hoặc không có thật; nhận nhiều hơn \$10,000 trợ cấp tiền mặt do gian lận; bị kết án tội gian lận lần thứ ba tại tòa án hay buổi điều trần hành chính: vĩnh viễn.

Đối với chương trình CalFresh:

- Nếu tôi cố ý không tuân theo các quy định của chương trình CalFresh thì có thể bị ngưng trợ cấp 12 tháng cho lần vi phạm đầu tiên, 24 tháng cho lần vi phạm thứ hai, và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba. Và tôi có thể bị phạt tiền lên đến \$250,000 và/hoặc bị tù 20 năm.
- Nếu tôi bị bất kỳ tòa án nào kết án tội vì:
 - Tôi đã đổi hay bán trợ cấp CalFresh của mình để lấy súng ống, đạn dược hay chất nổ thì trợ cấp CalFresh có thể bị ngưng vĩnh viễn sau lần vi phạm đầu tiên.
 - Tôi đã đổi hay bán trợ cấp CalFresh của mình để lấy một chất quốc cấm thì trợ cấp CalFresh có thể bị ngưng 24 tháng sau lần vi phạm đầu tiên và ngưng vĩnh viễn sau lần vi phạm thứ hai.
 - Tôi đã đổi hay bán trợ cấp CalFresh của mình với giá trị từ \$500 trở lên thì trợ cấp CalFresh có thể bị ngưng vĩnh viễn.
 - Tôi đã nộp hai hay nhiều mẫu đơn xin trợ cấp CalFresh vào cùng một lúc, và đã khai nộp thông tin sai lệch về danh tính hay nơi cư trú của mình thì trợ cấp CalFresh có thể bị ngưng 10 năm.

Tôi xác nhận rằng các thông tin khai trong mẫu này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết của tôi, và nếu tôi khai gian thì xin chịu phạt chiếu theo luật Hoa Kỳ và Tiểu Bang California.

CHỮ KÝ (CỦA PHỤ HUYNH HAY NGƯỜI THÂN TẠM NUÔI TRẺ, NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN MEDI-CAL, MỘT THÀNH VIÊN TRƯỞNG THÀNH TRONG GIA HỘ HƯỞNG CALFRESH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN DO CALFRESH CHẤP NHẬN)

CHỮ KÝ (CỦA PHỤ HUYNH KIA SỐNG CHUNG NHÀ, NẾU NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP TIỀN MẶT)

NGÀY:

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHỨNG KIẾN VIỆC ĐÁNH DẤU ĐIỂM CHỈ, THÔNG DỊCH VIÊN HAY NGƯỜI THAY MẶT CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN/NGƯỜI THỤ HƯỞNG

NGÀY: