

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط		
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 _____		

بيان حقائق لسبب إضافي
(طلب تكميلي للحصول على مزايَا Calfresh وطلب الحصول على إعانة نقدية)
التعليمات: املا هذا النموذج لتخبرنا بتفاصيل حول الشخص الجديد الموجود بالمنزل. وفي حال الحاجة إلى مساحة إضافية للإجابة على الأسئلة، قم بإرفاق ورقة أخرى. املا الإجابات الخاصة بجميع الأسئلة المتعلقة بالإعانات التي تطلب الحصول عليها. توضح "CA" التي ترمز إلى الإعانة النقدية و"CF" التي ترمز إلى Calfresh المدرجتين في الجانب الأيسر من كل سؤال لتوضح لك الأسئلة الخاصة بالبرنامج.
في حال الحصول على الإعانة النقدية، وأردت الحصول على مساعدة لشخص جديد، فإنه يجب ملء هذه الاستمارة إما من قِبل أحد الأقارب المقيمين الذين يربدون الحصول الآن على الإعانة النقدية أو الشخص الجديد ما لم يكن طفلاً.
وبالنسبة لاسر Calfresh، التي لا تحصل على إعانة نقدية أو لم ترد الحصول على إعانة نقدية للشخص الجديد، فإنه يمكن إكمال هذا النموذج من قِبل عضو بالأسرة أو ممثل مأخوذ أو الشخص الجديد.

يرجى الكتابة بالقلم الحبر

CA	CF	1	اسم الشخص الذي يكمل النموذج (الأول، الأوسط، الأخير)
CA	CF	2	أذكر اسم الشخص الجديد بالمنزل بما في ذلك المولود الجديد.
			الاسم (الأول الأوسط الأخير) حالة المواطن/الأجنبي (✓)
			مواطن/مبني أمريكي <input type="checkbox"/> أجنبي: المكفول: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			رقم الضمان الاجتماعي تاريخ الميلاد
			حامل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل هو/هي والد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			محل الميلاد (المدينة/الولاية/الدولة) الجنس (✓)
			حالة المدرسة (✓) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
			الحالة الاجتماعية كفيف/أصم/معاق <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			متزوج <input type="checkbox"/> لم يتزوج مطلقاً <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> القانون المشترك <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
			ذو صلة بالمقدم/الوصي/رب الأسرة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح العلاقة:
			أي اسم آخر مستخدم: (عزاء، مبنئ، وهكذا)
			نوع المساعدة المطلوبة (✓) <input type="checkbox"/> إعانة نقدية <input type="checkbox"/> Calfresh <input type="checkbox"/>
CA	CF	3	هل تقدم للحصول على إعانات أو تلقى إعانات في الماضي، مثل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			Medi-Cal و CalFresh أو المساعدة النقدية للاجئين؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح:
			الوقت المكان (المقاطعة أو الولاية أو الدولة) نوع الإعانات
CA	CF	4	هل هو طفل تحت سن 19؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			اسم الوالد أو أحد الأقارب المقيمين <input type="checkbox"/> يعيش في المنزل <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			اسم الوالد الآخر <input type="checkbox"/> يعيش في المنزل <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			سبب عدم عيش الوالد الآخر في المنزل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			يحتاج الطفل إلى إعانة بسبب حدوث أحد الحالات التالية للوالد (حدد جميع المربعات التي تنطبق) <input type="checkbox"/> غياب <input type="checkbox"/> عدم العمل <input type="checkbox"/> عدم الأهلية <input type="checkbox"/> الوفاة
CA	CF	5	هل خضع للخدمة العسكرية الأمريكية أو زوج أو والد أو طفل لشخص قد خضع للخدمة العسكرية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح:
			اسم القائمة، فرع الخدمة، وما إلى ذلك <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
CA	CF	6	هل يعيش الآن في كاليفورنيا ويرغب في الاستمرار في العيش بها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
			في حالة الإجابة "لا"، يُرجى الشرح:

<p>مخصص لاستخدام المقاطعة فقط</p> <p>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</p>	<p>7) هل يعيش الطفل/الطفلة المحتضن في المنزل؟ CA CF</p> <p>أ. هل تم وضع هذا الطفل في منزل بناء على أمر من المحكمة؟ ب. هل تريد احتساب دخل الرعاية التربوية والطفل المحتضن على حالة Calfresh؟ ج. هل الطفل مسجل في خطة الرعاية الصحية؟</p>															
<p>VERIFIED</p> <p>School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>8) أ. هل يبلغ من العمر 16 عاماً أو مسجل بالمدرسة أو الجامعة أو برنامج تدريب؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي: CA CF</p> <table border="1" data-bbox="397 415 1570 604"> <tr> <td>اسم المدرسة/الجامعة/ برنامج التدريب</td> <td>الوحدات/الساعات كل أسبوع</td> <td>التاريخ المتوقع للتخرج</td> <td>هل يعمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>إذا كان مسجلاً، حدد (✓) الحالة <input type="checkbox"/> دوام كلي <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد):</p>	اسم المدرسة/الجامعة/ برنامج التدريب	الوحدات/الساعات كل أسبوع	التاريخ المتوقع للتخرج	هل يعمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>											
اسم المدرسة/الجامعة/ برنامج التدريب	الوحدات/الساعات كل أسبوع	التاريخ المتوقع للتخرج	هل يعمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>													
<p>VERIFIED</p> <p>Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>ب. أكمل أدناه إذا كان مسجلاً في جامعة أو معهد تعليمي مشابه. CA CF</p> <table border="1" data-bbox="397 657 1570 930"> <tr> <td>فصل دراسي</td> <td>المصاريف/الرسم لكل فصل دراسي</td> <td>الكتب والأدوات وما إلى ذلك لكل فصل دراسي</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نصف سنة <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/> ربع سنة</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>رحلة الذهاب يومياً إلى المدرسة/رعاية الطفل (أميال)</td> <td>أيام الحضور كل أسبوع</td> <td>وسيلة المواصلات المستخدمة</td> </tr> <tr> <td>تكلفة وسيلة المواصلات كل أسبوع</td> <td>المبلغ المدفوع من قبل أعضاء مشتركين في رحلة في سيارة واحدة</td> <td>المواصلات العامة (الحافلة وما إلى ذلك) كل يوم DAY</td> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	فصل دراسي	المصاريف/الرسم لكل فصل دراسي	الكتب والأدوات وما إلى ذلك لكل فصل دراسي	<input type="checkbox"/> نصف سنة <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/> ربع سنة	\$	\$	رحلة الذهاب يومياً إلى المدرسة/رعاية الطفل (أميال)	أيام الحضور كل أسبوع	وسيلة المواصلات المستخدمة	تكلفة وسيلة المواصلات كل أسبوع	المبلغ المدفوع من قبل أعضاء مشتركين في رحلة في سيارة واحدة	المواصلات العامة (الحافلة وما إلى ذلك) كل يوم DAY	\$	\$	\$
فصل دراسي	المصاريف/الرسم لكل فصل دراسي	الكتب والأدوات وما إلى ذلك لكل فصل دراسي														
<input type="checkbox"/> نصف سنة <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/> ربع سنة	\$	\$														
رحلة الذهاب يومياً إلى المدرسة/رعاية الطفل (أميال)	أيام الحضور كل أسبوع	وسيلة المواصلات المستخدمة														
تكلفة وسيلة المواصلات كل أسبوع	المبلغ المدفوع من قبل أعضاء مشتركين في رحلة في سيارة واحدة	المواصلات العامة (الحافلة وما إلى ذلك) كل يوم DAY														
\$	\$	\$														
<p>9) هل تم إيقاف الإعانة النقدية أو مزايا Calfresh لمدة من الوقت أو للأبد بسبب: عدم التعاون أثناء عمليات استعراض مراقبة الجودة أو وجود عقوبات في العمل أو التدريب أو بسبب اختلاس مخصصات الرعاية الاجتماعية أو انتهاك متعمد للبرنامج؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:</p>	<p>CA CF</p> <table border="1" data-bbox="397 1045 1570 1129"> <tr> <td>السبب</td> <td>الوقت</td> <td>المقاطعة/الولاية</td> </tr> </table>	السبب	الوقت	المقاطعة/الولاية												
السبب	الوقت	المقاطعة/الولاية														
<p>10) هل يتخفى أو يتهرب أي من أعضاء الأسرة من القانون لتجنب المقاضاة أو إلقاء القبض عليه أو الزج به في السجن بسبب ارتكاب جريمة أو محاولة ارتكاب جريمة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر اسم هذا الشخص:</p>	<p>CA CF</p> <p>11) هل تمت إدانة أي من أفراد العائلة بانتهاك المراقبة أو إطلاق السراح المشروط؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر اسم هذا الشخص:</p>															
<p>Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12) هل يشتري طعامه ويتناوله بعيداً عن الآخرين ممن معه في المنزل؟ CF</p>															
<p>Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>13) هل يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر وهو غير قادر على شراء الطعام وإعداده بمفرده نظراً لإعاقته؟ CF</p>															
<p>Household Elects</p> <p>BOARDER <input type="checkbox"/> HH MEMBER <input type="checkbox"/> ROOMER <input type="checkbox"/></p>	<p>14) هل يدفع نظير الطعام و/أو السكن؟ CF</p> <table border="1" data-bbox="397 1518 1570 1602"> <tr> <td>حدد (✓)</td> <td>المبلغ</td> <td>مدى التكرار</td> <td>عدد الوجبات كل يوم</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> السكن <input type="checkbox"/> كلاهما</td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	حدد (✓)	المبلغ	مدى التكرار	عدد الوجبات كل يوم	<input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> السكن <input type="checkbox"/> كلاهما	\$									
حدد (✓)	المبلغ	مدى التكرار	عدد الوجبات كل يوم													
<input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> السكن <input type="checkbox"/> كلاهما	\$															
<p>15) هل يحصل على مساعدات غذائية من أي من البرامج التالية؟ ● مرفق تناول الطعام المشترك للمسنين أو ذوي الاحتياجات الخاصة ● برنامج توزيع الغذاء المُقدم من قبل أحد مجتمعات الأمريكيين الأصليين ● برنامج غذائي آخر إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:</p>	<p>CF</p> <p>اسم البرنامج</p>															

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط <input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child <input type="checkbox"/> CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		CA (16) هل يعمل الآن أو من المتوقع أن يعمل في المستقبل؟ CF إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي: قم بإرفاق كشف المرتب أو دليل آخر بالأرباح. وفي حال عدم بدء العمل، فما هو التاريخ المتوقع لبدء العمل؟ (ملاحظة: إذا كان موظف حر، قم بإدراج نفقات العمل في ورقة منفصلة وقم بإرفاقها مع هذا النموذج).	
Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		الإكراميات أو العمولات نعم <input type="checkbox"/> المبلغ \$ لا <input type="checkbox"/>	اسم صاحب العمل موظف حر نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Child Care Informing Given to Client Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		تاريخ (تواريخ) الدفع الرواتب قبل الاستقطاعات \$ لكل هل سيستمر هذا الدخل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا"، اشرح أي تغييرات هنا:	
Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		CA (17) أ. هل يدفع أموالاً لأي شخص آخر نظير رعاية طفل أو بالغ معاق أو أي شخص آخر مُعال CF بحيث يمكنه الذهاب إلى العمل أو التدريب أو البحث عن وظيفة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:	
Dependent Care Eligible CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		اسم الشخص الذي يتلقى الرعاية اسم الشخص الذي يتولى الرعاية المبلغ المدفوع شهرياً \$	اسم الشخص الذي يتلقى الرعاية اسم الشخص الذي يتولى الرعاية المبلغ المدفوع شهرياً \$
NO YES Emp. Statement Good Cause Determ Voluntary Quit		CA (18) هل توقف عن العمل أو التدريب أو رفضهما في آخر 60 يوماً؟ CF إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:	
CA: 30 days <input type="checkbox"/> CF: 60 days <input type="checkbox"/>		هل حصل هذا الشخص أو من المتوقع أن يحصل على مرتبات أو إعانات هذا الشهر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:	اسم وعنوان صاحب العمل/برنامج التدريب
Striker Regs Apply CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		آخر راتب تم استلامه (التاريخ) المبلغ قبل الاستقطاعات \$	عدد ساعات العمل/التدريب الشهر الماضي هذا الشهر
Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$		التاريخ المتوقع البدء أو التوقف التواريخ المتوقعة للبدء أو التوقف	CA (19) هل يشارك في إضراب؟ CF إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:
CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		اسم النقابة تاريخ إعلان الإضراب إجمالي الدخل الشهري المكتسب من هذه الوظيفة قبل الإضراب \$	اسم وعنوان برنامج التدريب/صاحب العمل
CA (20) هل يدفع إعانة طفل أو نفقة زوجية؟ CF إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		بموجب أمر قضائي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	اسم الطفل أو الزوج/الزوجة المبلغ الشهري \$
CA (21) هل تقدم للحصول على مزايا أو تلقي إعانات في 12 شهراً الماضية، مثل: الضمان الاجتماعي أو تأمين الإعاقة/البطالة أو الإعانة النقدية أو دعم الطفل/النفقة الزوجية أو إعانات المحاربين القدامى أو السكن المجاني أو الخدمات المجانية وما إلى ذلك؟ CF إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		نوع الإعانة المبلغ \$	
(✓) if Exempt CA CF		التاريخ المتوقع البدء أو التوقف التواريخ المتوقعة للبدء أو التوقف	المكان (المقاطعة/الولاية) تاريخ التقديم
المدى التكرار (أسبوعي أو شهري أو غير ذلك) تاريخ آخر استلام		هل سيستمر هذا الدخل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا"، اشرح أي تغييرات هنا:	

CA CF		(22) هل يمتلك أو يشتري عقارًا مثل قطعة أرض و/أو مبنى في أي مكان بما في ذلك خارج الولايات المتحدة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		مخصص لاستخدام المقاطعة فقط	
Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		النوع (أرض، منزل، شقة، وما إلى ذلك) الاستخدام (سكن، إيجار، وما إلى ذلك) العنوان أو الموقع القيمة المقدرة المبلغ المستحق		\$ _____ \$ _____			
CA CF		(23) هل لديه أي من الموارد التالية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، ضع علامة (✓) أما كل عنصر ثم وضع أدناه:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
المورد الشبكات والأموال (في المنزل أو مكان آخر) حساب اتصالات الائتمان/حساب التوفير/الحساب الجاري الأوراق المالية، الرهانات، عقود الثقة، عقود البيع		نعم لا المورد صناديق استثمارية الأسهم، السندات، الشهادات، حسابات تقاعد فردي (IRA)، صناديق تقاعد أخرى (اذكر أدناه)		لا نعم			
نوع المورد المالك رقم البوليصا/الحساب اسم البنك وعنوانه وما إلى ذلك القيمة الحالية		(✓) if Exempt CA CF		\$ _____ \$ _____			
CA CF		B. هل يحصل على دخل من أي من هذه الموارد مثل فائدة، حصة من الأرباح، وما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر كل عنصر ثم وضع أدناه:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
مصدر الأموال المبلغ مدى التكرار		\$ _____ \$ _____		لا نعم			
CA CF		(24) هل يمتلك أو يستأجر أو يستخدم مركبات مثل سيارة أو شاحنة أو قارب أو قاطرة أو سيارة شحن صغيرة أو مسكن متحرك أو سيارة طرق وعرة (ATV) أو دراجة بخارية أو لانتش بحري أو دراجة مائية وما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		If (✓) Exempt Leased Vehicle Valuation <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased	
اسم المالك في حال التأجير حدد (✓) كيفية الاستخدام المنه، الشركة، الطراز رقم الترخيص وحالة التسجيل مرخصة (✓) القيمة المقدرة الرصيد المستحق		مؤجرة <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		\$ _____ \$ _____	
CA CF		(25) هل يمتلك أو يستخدم ملكية خاصة تبلغ قيمة كل عنصر \$100 على الأقل أو تبلغ الآن \$100 لكل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عنصر مثل: مجوهرات أو معدات أو أدوات أو ماشية وما إلى ذلك؟ لا تقم بإدراج الملابس أو خاتم الزواج أو السجاد أو الأثاث أو الأجهزة أو غيرها من أثاث المنزل. إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____	
المالك اسم العنصر تاريخ الشراء سعر الشراء أو القيمة الحالية الرصيد المستحق		\$ _____ \$ _____		لا نعم			
CA CF		(26) هل يباع أو نقل أو تنازل عن أي ملكية شخصية أو عقارية في غضون العامين الأخيرين للإعانة النقدية وفي غضون آخر 3 أشهر لمزايا CalFresh؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى الشرح أدناه:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months	
اسم شركة التأمين رقم البوليصا قسم مدفوع من قبل (الاسم) المبلغ المدفوع		(27) هل لديه أي تغطية تأمينية مما يلي: الحياة أو الوفاة أو الإعاقة أو الرهن؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		Total CSV (1) _____ (2) _____ Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____	
اسم شركة التأمين تاريخ انتهاء الصلاحية مبلغ القسط مدى تكرار الدفع		(28) هل لديه تأمين صحي أو للعلاج بالمستشفى بما في ذلك التأمين المدفوع من قبل صاحب العمل أو الوالد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الغائب مثل: Blue Cross أو قيصر Kaiser أو CHAMPUS أو Medicare وما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____	

<p>مخصص لاستخدام المقاطعة فقط</p> <p>Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>CA CF (29) هل يحصل على علاج طبي/أثناء الحمل في هذا الشهر أو في الثلاثة أشهر التي تسبق هذا الشهر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:</p> <table border="1"> <tr> <td>اسم الشخص الذي يتلقى الرعاية</td> <td>شهور الرعاية</td> <td>هل تم سداد قيمة العلاج؟</td> <td>هل تريد الحصول على مزايا (MEDI-CAL) لهذه الأشهر؟</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>لا نعم</td> <td>لا نعم</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	اسم الشخص الذي يتلقى الرعاية	شهور الرعاية	هل تم سداد قيمة العلاج؟	هل تريد الحصول على مزايا (MEDI-CAL) لهذه الأشهر؟			لا نعم	لا نعم														
اسم الشخص الذي يتلقى الرعاية	شهور الرعاية	هل تم سداد قيمة العلاج؟	هل تريد الحصول على مزايا (MEDI-CAL) لهذه الأشهر؟																				
		لا نعم	لا نعم																				
<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>	<p>CA (30) هل يتمتع بتأمين صحي مقدم من والد أو صاحب عمل أو والد غائب لم يتقدم للحصول عليه؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:</p> <table border="1"> <tr> <td>اسم شركة التأمين</td> <td>مبلغ القسط</td> <td>مدى تكرار الدفع</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> </tr> </table>	اسم شركة التأمين	مبلغ القسط	مدى تكرار الدفع		\$			\$														
اسم شركة التأمين	مبلغ القسط	مدى تكرار الدفع																					
	\$																						
	\$																						
<p>VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p> <p>CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____</p> <p>VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>	<p>CA CF (31) هل لديه إعاقة ناتجة عن إصابة أو حادثة جعلت من الصعب عليه العمل أو القيام باحتياجاته؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل ما يلي:</p> <table border="1"> <tr> <td>نوع المشكلة</td> <td>تاريخ بداية المشكلة</td> <td>التاريخ المتوقع للتعافي</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CA CF (32) أ. هل لديه حالة طبية تتطلب أي مما يلي؟ (✓) أمام نعم أو لا لكل عنصر:</p> <table border="1"> <tr> <td>نظام غذائي خاص موصوف من جانب طبيب</td> <td>لا نعم</td> <td>استخدام مكثف للمرافق</td> <td>لا نعم</td> </tr> <tr> <td>حاجة خاصة لوسيلة مواصلات</td> <td></td> <td>خدمة غسل خاصة</td> <td></td> </tr> <tr> <td>هاتف خاص أو معدات أخرى</td> <td></td> <td>غير ذلك (يرجى التحديد):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>عمل منزلي (لا يوجد أحد بالمنزل يمكنه القيام به)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح:</p>	نوع المشكلة	تاريخ بداية المشكلة	التاريخ المتوقع للتعافي				نظام غذائي خاص موصوف من جانب طبيب	لا نعم	استخدام مكثف للمرافق	لا نعم	حاجة خاصة لوسيلة مواصلات		خدمة غسل خاصة		هاتف خاص أو معدات أخرى		غير ذلك (يرجى التحديد):		عمل منزلي (لا يوجد أحد بالمنزل يمكنه القيام به)			
نوع المشكلة	تاريخ بداية المشكلة	التاريخ المتوقع للتعافي																					
نظام غذائي خاص موصوف من جانب طبيب	لا نعم	استخدام مكثف للمرافق	لا نعم																				
حاجة خاصة لوسيلة مواصلات		خدمة غسل خاصة																					
هاتف خاص أو معدات أخرى		غير ذلك (يرجى التحديد):																					
عمل منزلي (لا يوجد أحد بالمنزل يمكنه القيام به)																							
<p><input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>	<p>CA CF ب. هل يحصل على خدمات الدعم المنزلي (IHSS, In-Home Supportive Services)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فما مقدار المبلغ الذي يدفعه شهرياً؟ \$ _____</p>																						
<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral</p>	<p>CA (33) الخدمات التالية متوفرة. الإجابات الخاصة بهذه الأسئلة المتعلقة بك أو بأي شخص آخر في العائلة لن تؤثر على أهليتك. حدد (✓) أمام نعم أو لا لكل عنصر: أ. تتوفر الفحوصات المنتظمة لحماية صحة عائلتك عند الطلب من خلال برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP, Child Health and Disability Prevention program) للأعضاء المؤهلين من عائلتك تحت سن 21 عامًا. • هل تريد المزيد من المعلومات بشأن خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP)؟ • هل تريد الحصول على الخدمات الطبية لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP)؟ • هل تريد الحصول على خدمات رعاية الأسنان لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP)؟ • هل تحتاج إلى مساعدة في تحديد مواعيد أو النقل للحصول على خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP)؟</p>																						
<p><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</p>	<p>ب. إذا كانت هناك أي سيدة حامل في الأسرة، يمكنك الحصول على مساعدة من خلال العثور على طبيب والحصول على أغذية صحية ومساعدات أخرى. هل تريد التحدث إلى شخص ما بشأن هذه المساعدة؟</p> <p>ج. هل هناك أي سيدة في الأسرة تقوم بإرضاع طفل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، هل تمت الولادة خلال 12 شهرًا الماضية؟ وفي حال تحديد "نعم" لـ 33 ب أو ج، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات المقدمة من خلال برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال (WIC, Women, Infants and Children).</p>																						
<p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____</p>	<p>د. هل تريد أنت أو أي عضو بالأسرة الحصول على خدمات مجانية أو منخفضة التكلفة لتنظيم الأسرة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اتصل بالطبيب المسؤول أو طبيب خطة الرعاية الصحية. أو بالنسبة للحقائق وموقع العيادات الموثوقة الخاصة لتنظيم الأسرة، اتصل على رقم 1-800-942-1054 المجاني.</p>																						

التصديق

إنني أقر بأن:

إنني أقر أيضًا بما يلي:

أنتي سأكون غير مؤهل و/أو أكيد غرامة غش في حال تقديمي معلومات خاطئة عن عمد أو في حال فشلي في الإبلاغ عن جميع المعلومات أو الموافقات التي تؤثر على أهليتي أو الإعانات المتعلقة بالإعانة النقدية وCalfresh وMedi-Cal.

بالنسبة للإعانة النقدية:

• إذا لم أتبع قواعد الإعانة النقدية عن عمد، فقد أتعرض لغرامة مقدارها \$10,000 و/أو السجن/الحبس لمدة 3 سنوات. فضلاً عن إيقاف الإعانة النقدية.

- فيما يتعلق بعدم الإبلاغ عن جميع المعلومات أو تقديم معلومات خاطئة: تكون العقوبة 6 أشهر بالنسبة للمخالفة الأولى أو 12 شهراً للمخالفة الثانية أو مؤبد للمخالفة الثالثة؛ وللمساعدة النقدية للاجئين ستكون العقوبة 3 أشهر للمخالفة الأولى و6 أشهر لأي مخالفة لاحقة.

- بالنسبة لتقديم طلب واحد أو أكثر للحصول على إعانة لأكثر من حالة في نفس الوقت: تكون العقوبة سنتان للإدانة في المرة الأولى و4 سنوات للمرة الثانية أو سجن مؤبد في المرة الثالثة.

- بالنسبة للإدانة بجريمة سرقة للحصول على إعانة: سنتان لسرقة مبلغ أقل من \$2,000؛ و5 سنوات لسرقة مبلغ من \$2,000 إلى \$4,999.99؛ ولأبد لسرقة مبلغ \$5,000 أو أكثر.

- بالنسبة إلى تقديم دليل مزيف بالإقامة للمقاطعة للحصول على إعانة في مقاطعة أو أكثر أو ولاية أو أكثر في نفس الوقت أو تقديم دليل مزيف للمقاطعة لطفل غير مؤهل أو طفل غير موجود أو الحصول على أكثر من \$10,000 من الإعانات النقدية من خلال الغش أو الإدانة للمرة الثالثة بالغش من قبل المحكمة أو جلسة استماع إدارية، فإن العقوبة هي السجن المؤبد.

بالنسبة لبرنامج Calfresh:

• إذا لم أتبع قواعد برنامج Calfresh عن عمد، فقد يتم إيقاف الإعانات لمدة 12 شهراً لأول انتهاك أو 24 شهراً للمرة الثانية أو للأبد في المرة الثالثة. وكذلك قد أخضع لغرامة قدرها \$250,000 و/أو يُزجج بي إلى السجن/الحبس لمدة 20 عامًا.

• في حال إدانتني من جانب المحكمة بما يلي:

- متاجرتي بإعانات Calfresh أو بيعها مقابل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات، فإنه يمكن إيقاف مزايي Calfresh للأبد من أول انتهاك.

- متاجرتي بإعانات Calfresh أو بيعها مقابل مواد خاضعة للمراقبة، فإنه يمكن إيقاف مزايي Calfresh لمدة 24 شهراً للانتهاك الأول ولأبد في الانتهاك الثاني.

- متاجرتي بإعانات Calfresh أو بيعها والتي تقدر بمبلغ \$500 أو أكثر، فإنه يمكن إيقاف مزايي Calfresh الخاصة بي إلى الأبد.

- في حال إكمالي طلبين أو أكثر لمزايي برنامج Calfresh في نفس الوقت مع تقديم بيانات تعريف مزيفة أو معلومات إقامة غير صحيحة للمقاطعة، فإنه يمكن إيقاف مزايي برنامج Calfresh لمدة 10 سنوات.

• أي معلومات قدمتها، بما في ذلك المعلومات الخاصة بالإعانات أو الدخل، ستكون متسقة مع السجلات المحلية وسجلات الولاية والسجلات الفيدرالية، مثل جهات التوظيف وإدارة الضمان الاجتماعي والضرائب والرعاية ووكالات التوظيف والدراسة وما إلى ذلك. وبالنسبة للإعانة النقدية وبرنامج Calfresh، ستكون السجلات متسقة مع جهات إنفاذ القانون لتنفيذ أوامر الاعتقال.

• يمكن مراجعة كافة المعلومات التي أقدمها بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالدخل والإعانات فضلاً عن الرجوع إلى الموظف الفيدرالي والمقاطعة والولاية وفي حال تقديم معلومات خاطئة، قد يتم رفض أو إيقاف الإعانة النقدية ومزايي Calfresh وMedi-Cal.

• يمكن اختيار حالتي لمراجعتها لضمان أن تحديد حالة أهليتي كانت صحيحة وأنني يجب أن أتعاون بشكل كامل مع المقاطعة أو الولاية أو الموظفين الفيدراليين في أي تحقيق أو مراجعة بما في ذلك مراجعة مراقبة الجودة.

• سترسل المقاطعة المعلومات إلى دائرة خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS, U.S. Citizenship and Immigration Services) للتأكد من حالة الهجرة وقد تؤثر المعلومات التي تحصل عليها المقاطعة من دائرة USCIS على أهليتي في الحصول على الإعانة النقدية ومزايي Calfresh ومزايي ميد كال (Medi-Cal) كاملة. ولكن في حال تقديمي للحصول على مزايي ميد-كال (Medi-Cal) فقط وفي حال عدم كوني (أ) مقيم أجنبي دائم بصورة شرعية (LPR)، (ب) أجنبي حاصل على عفو ببطاقة I-688 صالحة وسارية، (ج) مقيم أجنبي دائم في الولايات المتحدة الأمريكية الخاضع لظاهر القانون (PRUCOL)، لن ترسل المقاطعة المعلومات إلى دائرة خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS).

• يتعين علي التقدم للحصول على أي تغطية صحية متوفرة أو الاحتفاظ بها في حال عدم تكبد أي تكلفه؛ وإلا سيتم رفض أو إيقاف مزايي ميد كال (Medi-Cal).

• سيطلب مني أو من أعضاء العائلة الآخرين إعادة سداد أي إعانة نقدية لم يكن ينبغي لي استلامها.

• قد يطلب من أسرة تتمتع بمزايي Calfresh أو أي عضو بالغ بأسرة تتمتع بمزايي Calfresh (حتى في حال انتقاله) أو كفيل العضو الأجنبي بالأسرة أو الممثل المخول للمقيمين في المؤسسة المؤهلة أن يعيدوا أي إعانات لم يكن ينبغي للأسرة تلقيها

• لن يحصل أي عضو من الأسرة متخف أو متهرب من القانون لتفادي المقاضاة يتم اصطحابه إلى السجن بسبب ارتكابه جريمة أو محاولة القيام بذلك أو تمت إدانته من قبل المحكمة بانتهاك شروط المراقبة أو إخلاء السبيل المشروط على الإعانة نقدية أو مزايي Calfresh.

• بالنسبة للإعانة النقدية، ستشترط المقاطعة أن تُؤخذ بصمة الإصبع أو صورة لي أو لأعضاء معينين بالأسرة. ويمكن رفض الإعانات أو إيقافها في حال عدم التعاون.

إنني أقر بموجب عقوبة الحنث في اليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة ببيان الحقائق صحيحة وكاملة.

التوقيع (والد أو أحد الأقارب القيم أو المتقدم بطلب ميد كال (MEDI-CAL) أو عضو بالغ من أسرة تتمتع بمزايي Calfresh أو ممثل مخول للحصول على مزايي Calfresh

التاريخ	توقيع الشاهد على الإمضاء أو المترجم أو الممثل عن المتقدم/المستفيد	التاريخ	التوقيع (والد أو أحد الأقارب القيم أو المتقدم بطلب ميد كال (MEDI-CAL) أو عضو بالغ من أسرة تتمتع بمزايي Calfresh أو ممثل مخول للحصول على الإعانة النقدية)
---------	---	---------	--