

CALFRESH (加州補充營養援助計劃) 、現金補助和/  或**MEDI-CAL (加州醫療補助計劃) / 醫療保健計劃的初始申請 **

如果您身有殘障或需要申請方面的幫助，請告知郡福利所（郡政府），會有人為您提供幫助。

如果喜歡說、讀或寫英語之外的其他語言，郡政府將會免費為您安排人員提供幫助。

我如何申請？

如果您正在申請糧食補助 (CalFresh)、現金補助（加州工作機會並對孩子負責人計劃）、Medi-Cal 和/或其他保健計劃，請使用本申請。如果您僅想要申請 CalFresh，您可以向郡政府索要僅針對 CalFresh 的申請。CalFresh 是一項糧食補助計劃，旨在幫助您支付購買家庭食物所需的費用。如果您僅想要申請醫療保健，您可以向郡政府索要僅針對醫療保健的申請。醫療保健包括：Medi-Cal 的低成本保險；可負擔的私人醫療保險；或者可幫助您支付健康保險保費的稅收抵免額。

您還可以登入網站 <http://www.benefitscal.org/> 線上申請任何計劃。

- 如果您可以，填寫完整的申請表。您將會在面談中被詢問有關資格確定的問題。如果您想要填寫紙質表格（直接向郡政府索要），SAWS 2 Plus 表設有這些問題。您必須至少向郡政府提供您的姓名、地址和簽名（申請第 1 頁的問題 1）才能開始 CalFresh 流程。對於現金補助，您必須填寫申請第 1 頁和第 2 頁的問題 1 至 5 並簽署姓名才能開始申請流程。
- 每項計劃都有標誌顯示出哪些問題與哪些計劃相關（顯示於本頁面頂部）。現金補助的標誌是美元符號；Cal-Fresh 的標誌是購物車；健康保險的標誌是救護車。舉例來說，如果您並未申請現金補助，您就無需回答標有美元符號的問題。
- 親自或以郵件、傳真或網路方式將申請遞交給郡政府。
- 郡政府給予您是否能夠享受福利之答案的起始日期從其收到您的簽名申請之日起開始計算。如果您身處社會公共機構，那麼該日期從您離開機構之日起開始計算。

接下來我該做什麼？

- 在簽署申請前閱讀您的權利和義務（計劃規則頁）。
- 您必須同郡政府相關人員面談，以討論您的申請。如果您身有殘障，我們可以另行安排。
- 如果您沒有填寫全部申請，您可以在面談過程中完成填寫。
- 您將需要提供自身的收入、開支和其他事實證明，以檢查您是否符合條件。

需要多長時間？

處理您的 CalFresh 申請可能需要至多 30 天的時間。處理現金補助和 Medi-Cal 申請可能需要至多 45 天。如果您有緊急情況，請詢問郡政府如何立即獲取您的福利或醫療保健。

下列情形下，您有可能在 3 個日曆日內獲得 CalFresh 福利：

- 您的家庭月總收入（扣除前收入）少於 \$150 並且您的手存現金或支票或儲蓄帳戶的餘額少於 \$100；或者
- 您的家庭住房費用（租金/房屋貸款和公用事業服務費）大於您的月總收入及支票或儲蓄帳戶金額；或者
- 您是支票或儲蓄帳戶金額少於 \$100 的移民或季節性農業工人家庭，並且 1) 您的收入中止，或 2) 您的收入已經開始但您預期在未來的 10 天內不會獲得超過 \$25 的收入。

關於現金補助，您有可能在下列情形下立即獲得補助：

- 您無家可歸或者被下達驅逐通知或支付租金或搬家通知；或者
- 您的食物將在三日內吃完；
- 您的公用事業服務已經或將被切斷；
- 您沒有足夠的衣服或尿布；
- 您出現了對健康和安全的另一種緊急情況。

資訊頁面 – 請取一份存檔。

如要幫助郡政府審查您能否更快地獲得福利，請填寫本表問題 1 以及 SAWS 2 PLUS 的問題 6至9、15和 24。連同本申請向郡政府提交您的身份證明（如果您有）。

郡政府將會向您發送一封信，以針對您所申請的福利告知您的家庭是獲得批准還是被拒絕。

我的面談需要哪些準備？

為避免延誤，請將下列條目的證明帶至您的面談。即使您沒有證明，也要參加面談。如果您需要獲取證明方面的幫助，郡政府可能會提供幫助。在面談過程中，郡政府將審查申請中的資訊並向您提問，以瞭解您是否可以獲取福利以及能夠獲取的福利金額。

獲取福利所需的證明

- 身份證明（駕駛執照、州身份證、護照）。
- 申請現金補助之每個人的出生證明。
- 居住地證明（租賃合同、列有您地址的當前帳單）。
- 申請補助之每個人的社會保險號碼（參見下方關於某些非公民的注釋）。
- 您的家庭所有成員的銀行存款（近期銀行結單）。
- 過去 30 天內您的家庭所有成員的賺得收入（近期工資單、僱主出具的工作說明）。**注：**如果您自己是僱主，請提供您的收支或完稅記錄。
- 非賺得收入（失業福利金、SSI、社會保險、退役軍人福利、子女撫養費、工傷賠償金、學校授款或貸款和租金收入等）。
- **僅**針對申請福利之合法非公民的合法移民身份（外僑登記卡、簽證）。
注：由於家庭暴力、犯罪起訴或販賣人口而申請移民身份的某些非公民可能不需要此證明。他們也可能不需要社會保險號碼。

如果我無家可歸會怎麼樣？

如果您無家可歸，請立即告知郡政府，以便其指出可以利用的、用於接受您申請並且從郡政府獲取有關您的案件之通知的位址。對於 CalFresh 和現金補助來說，無家可歸意味著您：

- A. 居住在監督式避難所、過渡性治療所或類似地方。
- B. 連續居住在其他人或親屬家中不超過 90 天。
- C. 睡覺地點不為睡覺而設計或通常不用作睡覺地點（走廊、巴士車站、大廳或類似地點）。

獲取更多 CalFresh 福利所需的證明

- 住房費用（租金收據、房屋貸款帳單、財產稅單據、保險單據）。
- 電話和公用事業費用。
- 家庭中老年長者（60 歲或以上）或殘障者的醫療費用。
- 因某人工作、找工作、參加培訓或上學或參與必需的工作活動而產生的兒童和成人照護費用。
- 您的家庭成員所支付的子女撫養費。

健康保險所需的其他證明

- 任何適用於您的家庭且與工作相關的健康保險之資訊。
- 任何當前健康保險的保單號碼。

現金補助所需的其他證明

- 六歲或六歲以下兒童的免疫接種證明。
- 您或您代替申請福利之人擁有車輛的車輛註冊證明。

資訊頁面 – 請取一份存檔。

權利和義務

您有義務：

- 向郡政府提供確定您資格所需的全部資訊。
- 在需要時向郡政府提供您所擁有的資訊之證明。
- 根據要求報告變化。郡政府會告知您有關報告內容、時間和方式的資訊。對於 CalFresh 和現金補助來說，如果您不符合您的家庭報告要求，那麼您的案件將會被終止或者您的福利可能會減少或停止。
- 搜尋、獲得並保持一份工作或參與其他活動，如果郡政府告知您的個案要求如此。
- 如果您的個案被選中接受審查或調查以確保您的資格和福利水準的正確計算，請全力配合郡、州或聯邦政府的工作人員。未能配合此類審查將導致您喪失福利。
- 返還任何您沒有資格獲得的現金援助或 CalFresh 福利。

您有權利：

- 交上一份僅提供您的姓名、地址和簽名的 CalFresh 申請。
- 如果您有需要，要求州政府免費提供譯員。
- 要求提供給郡政府的資訊獲得保密處理，除非該資訊與郡計劃的管理直接相關。
- 在郡政府判定資格前隨時撤銷您的申請。
- 尋求幫助以填寫您的申請或者獲得您需要的證明，並且得到規則的解釋。
- 獲得禮貌、周到和尊重的對待，不受歧視。
- 如果您有資格獲得加速服務，在 3 日內獲得 CalFresh 福利。
- 如果您具備享受緊急需要服務的資格，在一日內獲得現金援助。
- 在申請時於合理的時間內接受郡政府的面談，並且在 30 日內確定您的 CalFresh 資格、在 45 日內確定您的現金補助和 Medi-Cal 資格。
- 在向郡政府提供確定資格所需的證明時獲得至少 10 天的期限。
- 在郡政府減少或停止您的 CalFresh 或現金補助福利前至少 10 天獲得書面通知。
- 與郡政府討論您的個案並在您要求時審查您的個案。
- 如果您不同意郡政府對您的案件的決定，在 90 天內要求州聽證。如果您在對案件採取行動之前要求聽證，您的福利將在進行聽證之前或證明期結束前（以較早時間為準）保持不變。您可以要求郡政府在聽證後改變您的福利，以避免償還任何多付的福利。如果行政法官判決您勝訴，郡政府將歸還您任何削減的福利。
- 撥打免費電話 **1-800-952-5253** 瞭解您的聽證權利或法律援助推薦，使用 TDD（聾者電傳機）的聽力或言語障礙人士請撥打 **1-800-952-8349**。您可以從當地的法律援助或福利權辦公室獲得免費的法律援助。
- 如果您不想單獨前往聽證會，帶一位朋友或其他人一同前往。
- 從郡政府獲得幫助，以註冊投票。
- 報告您無需報告的變化，如果這些變化可能會增加您的 CalFresh 福利或現金補助。
- 提供可能幫助您獲得更多 CalFresh 福利的家庭開支證明。未向郡政府提供證明等於表示您沒有這項開支並且您將無法獲得更多的 CalFresh 福利。
- 如果您想讓其他人使用您的 CalFresh 福利用於您的家庭或幫助您的 CalFresh 案件（授權代表），請告知郡政府。
- 您還給予 Medi-Cal 機構從配偶或父母處尋求並獲取醫療援助的權利。如果您認為合作獲取醫療援助將損害您或您的子女，您可以告知 Medi-Cal 機構並且您可以選擇不予合作。

請取一份存檔。

計劃規則和懲罰

如果您因試圖獲取本沒有資格獲得的 CalFresh、現金補助和 Medi-Cal，或者因幫助他人獲得其本沒有資格享受的福利而故意提供虛假或錯誤資訊或未提供完整資訊，那麼您的行為將構成犯罪。您必須償還您沒有資格享受的任何福利。如果您故意如此行事並且獲得您本沒有資格享受的福利超過 \$950，那麼您將被以重罪指控。

關於 CalFresh：我瞭解，從事下列任何行為，都將構成雇員違反計劃：

- 隱瞞資訊或作虛假陳述
- 使用屬於他人的電子福利轉帳 (EBT) 卡或讓他人使用我的 EBT 卡
- 使用 CalFresh 福利購買酒類或煙草
- 交易、銷售或放棄 CalFresh 福利或 EBT 卡

我可能……

- 因第一次違反規定而喪失 12 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 因第二次違反規定而喪失 24 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 因第三次違反規定而永久喪失 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利
- 接受最多 \$250,000 的罰款、入獄至多 20 年，或兩種處罰皆有。

- 將 CalFresh 福利用於交易違禁藥品，例如毒品
- 提供虛假的個人身份和居住住址資訊，以便我能夠獲得額外的 CalFresh 福利
- 因交易或銷售價值超過 \$500 的 CalFresh 福利，或用 CalFresh 福利交換火器、彈藥或爆炸物而被定罪

- 第一次違反規定，喪失 24 個月的 CalFresh 福利
- 第二次違反規定，永久喪失 CalFresh 福利
- 每次違反規定，喪失 10 年的 CalFresh 福利
- 永久喪失 CalFresh 福利。

關於現金補助，我瞭解如果我……

- 因故意違反計劃而被定罪
- 未遵守現金補助規定
- 因實施某些類型的欺詐而被法院或行政聽證定罪

我可能……

- 喪失我的現金補助
- 接受至多 \$10,000 的罰款和/或被判入獄 5 年
- 喪失現金補助 6 個月、12 個月、2 年、4 年、5 年或永久。

非公民重要資訊

- 您可以為符合條件的人申請並獲得 CalFresh 福利或現金補助，即使您的家庭包含不符合條件的其他人。舉例來說，移民父母可以為其美國公民子女或符合條件的移民子女申請 CalFresh 福利或現金補助，即使父母本身並不具備資格。
- 獲得食品福利將不會影響您或您的家庭之移民身份。移民資訊是私有且保密的。
- 符合條件並申請福利之非公民的移民身份將向美國公民及移民服務局 (USCIS) 進行核查。聯邦法律規定，USCIS 不得將此類資訊用於欺詐案件以外的任何用途。

退出

您無需提供未申請福利的任何非公民家庭成員的移民資訊、社會保險號碼或文件。郡政府需要知道他們的收入和資源資訊，以正確地決定您的家庭福利。郡政府將不會針對未申請福利的個人聯絡 USCIS。

使用社會保險號碼 (SSN)

CalFresh 和現金補助：申請 CalFresh 福利或現金補助的每個人都需要提供社會保險號碼 (SSN)，如有，或者提供您已申請 SSN 的證明（例如來自社會保險辦公室的信函）。我們可以拒絕您或任何未向我們提供 SSN 的您的家庭成員。一些人無需提供 SSN 即可獲得幫助，例如家庭暴力的受害者、犯罪控方證人和人口販賣受害者。

健康保險/Medi-Cal：如果您想要健康保險並且擁有 SSN，我們需要您的 SSN。即使您不需要健康保險，提供您的 SSN 也可發揮助益，因為它可加速您的申請流程。我們利用 SSN 核查您的收入和其他資訊，以檢查誰有資格獲得健康保險費用方面的幫助。如果某人需要獲取 SSN 方面的幫助，請致電 1-800-772-1213 或造訪網站：www.socialsecurity.gov

超額發放

這表明您獲得的 CalFresh 福利多於您應得的福利。即使這種情形的出現是由於郡政府的失誤或並非故意，您也需要返還多餘的福利。您的福利可能會被減少或停止。您的 SSN 可用於透過法庭、其他代收欠款公司或聯邦政府催款行動收回所欠的福利金額。

請取一份存檔。

超額付款

這表明您獲得的現金補助多於您應得的數額。同 CalFresh 福利一樣，即使這種情形的出現是由於郡政府的失誤或並非故意，您也需要返還多餘的補助。您的現金補助可能會被減少或停止。您的 SSN 可用於透過法庭、其他代收欠款公司或聯邦政府催款行動收回所欠的福利金額。

報告

獲得福利的每個家庭都必須報告某些變化。您所在的郡政府將告知您哪些變化需要報告以及報告的方式和時間。未能報告變化可能導致您的福利減少或停止。如果發生可能增加您的福利的事情，例如收入減少，您也可以報告。

州聽證

如果您不同意針對您的申請或正在持續的福利所採取的任何行動，您有權利申請州聽證。您可以在郡政府採取行動後的 90 日內申請州聽證，並且您必須說明想要舉行聽證的原因。您從郡政府處獲得的批准或拒絕通知將包含如何請求上訴的資訊。如果您在此類行動發生前請求聽證，您可以在決定作出前保持原來的現金補助和 CalFresh 福利。

隱私法案和透露

您在申請中提供了個人資訊。郡政府將利用此資訊來查看您是否有資格享受福利。如果您不提供資訊，郡政府可能會拒絕您的申請。您有權利審查、更改或修正您提供給郡政府的任何資訊。郡政府不會向其他人顯示或提供您的資訊，除非您給予他人許可或聯邦和州法律允許他人如此行事。郡政府將透過電腦匹配程式來驗證此資訊，包括收入和收益審核系統 (IEVS)。此資訊將用於監控對程式規則的合規並用於程式管理。郡政府可能會與其他聯邦和州政府機構共用此資訊以實施正式審查，與執法官員共用此資訊以逮捕逃避法律懲罰的人員，與私人索賠催收機構共用此資訊以採取索賠催收行動。郡政府可能聯絡 USCIS，從而核查申請福利之家庭成員的移民身份。郡政府從此類機構獲得的資訊可能會影響您的資格和福利水準。

郡政府將使用您的申請中所包含的資訊來核查您獲得健康保險費用援助的資格。郡政府將使用州和聯邦電子資料庫以及國稅局 (IRS)、社會保險局、國土安全局和/或消費者報告機構的資料來核查您的回答。如果資訊不匹配，郡政府可能會要求您發送證明。

非歧視

州和郡政府政策規定，所有的人都應獲得平等對待，並被給予尊重和尊嚴。聯邦法律和美國農業部 (USDA) 政策規定，嚴禁基於種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障的歧視。

如要針對歧視行為提交投訴，請聯絡您所在郡的公民權利協調人，或者寫信或致電 USDA 或加州社會服務處 (CDSS)：

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (語音電話和 TDD)

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

USDA 是給予均等機會的僱主。

CalFresh 工作規則

郡政府可能會將您指派到一個工作計劃。他們會告訴您參加工作計劃是自願行為還是強制行為。如果您有強制的工作活動但卻未完成，那麼您的福利可能會減少或停止。

如果您於近期辭職，那麼您可能不具備享受 CalFresh 的資格。

請取一份存檔。

CalWORKs (加州工作機會並對孩子負責任計劃) 工作規則 (引至工作的福利計劃)

如果您獲得現金補助，則必須參加「引至工作的福利計劃」(WTW)，除非您獲得豁免。郡政府將會告訴您是否獲得 WTW 的豁免。如果您不完成分配的活動，那麼您的現金補助可能會減少或停止。

CalWORKs – 指紋識別/照片成像

所有符合現金補助資格的成年家庭成員都必須接受指紋識別/照片成像。如果必須配合此類規定的任何人不接受指紋識別/照片成像，那麼整個家庭都不會被發放任何福利。指紋識別/照片成像係保密資訊，它僅可用於防止或起訴福利欺詐。

我如何獲得/使用我的福利？

CalFresh 和現金補助：

- 郡政府將郵寄或給您一張塑膠的電子福利轉帳 (EBT) 卡。您的福利獲得批准後，福利將匯入您的卡中。請在獲取卡時於卡片簽名。您將建立一個個人識別號碼 (PIN)，以便從 ATM 取現或購買食物和/或其他物品。
- 如果您的 EBT 卡丟失、被盜、損毀或是您認為其他人可能知道您的 PIN 碼以致於您不想使用自己的福利，請立即撥打 (877) 328-9677 或致電郡政府報告情況並更改您的 PIN 碼。確保所有可靠的成年人和您的授權代表同樣知道如何立即報告以上任何問題。您在報告 EBT 卡或 PIN 丟失或被盜前從帳戶提取的任何福利都將不會補發。
- 您還可以使用您的 CalFresh 福利購買幾乎任何食物，以及自己種植食物的種子和植物。您不得購買酒類、煙草、寵物食品、一些種類的熟食或非食物的任何物品（如牙膏、香皂或紙巾）。
- 大部分食品雜貨店和其他銷售食品的場所都接受 CalFresh 福利。現金補助可用於大部分商店和大部分 ATM。一些 ATM 可能會收取費用。如果您在三次提款後使用 ATM 取現，您可能需要交納費用。如要獲取您家附近接受 EBT 的場所清單，請登入：<https://www.ebt.ca.gov> 或 <https://www.snapfresh.org>。您還可以找到無需付費的取現地點。
- CalFresh 福利僅供您和您的家庭成員使用。您的現金補助僅供您和獲准享受現金補助的家庭成員使用。您的現金補助旨在幫助您的家庭滿足基本需要（住房、食物和衣物等）。保持您的福利安全。切勿洩露您的 PIN 密碼。請勿將您的 PIN 密碼與 EBT 卡放在一起。
- 您、您的家庭成員、授權代表或您自願對其提供 EBT 卡和 PIN 的任何人對 EBT 卡的使用都將被視為已獲得您的批准，並且從您的帳戶提取的任何福利都不會補發。

Medi-Cal 和醫療保健：

- 關於 Medi-Cal，您將獲得福利辨認卡 (BIC)。
 - 在您獲取 BIC 時於卡片上簽名，並僅將其用於獲取必要的醫療保健服務。
 - 切勿丟棄您的 BIC（除非我們給你一張新的 BIC）。即使您停止獲得 Medi-Cal，您也需要保留 BIC。如果您再次獲取現金補助或 Medi-Cal，您可以使用同一張 BIC。
 - 在您或您的家庭成員生病或約診時將 BIC 提供給您的醫護人員。
 - 在緊急情況發生後，儘快將 BIC 提供給於緊急情形下為您或您的家庭成員治療的醫護人員。
- 對於其他的醫療保健計劃，您將從特定的保險公司獲得一張健康保險計劃卡。

請取一份存檔。

請使用易於辨認並最方便拷貝的黑色或藍色墨水。請以正楷書寫您的答案。

如果您需要更多空白來回答問題，請附上紙張提供資訊。請確保在隨附的紙張上標示您回答的問題。

| | | | | | | |
|--|---|---|---|-----------------------|---|------|
|  1. 申請者資訊 | | | | | | |
| 姓名 (名字、中間名、姓氏) | | 其他姓名 (娘家姓、昵稱等) | | 社會保險號碼 (如果您有並且正在申請福利) | | |
| 家庭地址或您家的方位 | | 公寓號 # | 城市 | 郡 | 州 | 郵遞區號 |
| 郵寄地址 (如果與上述住址不同) | | 公寓號 # | 城市 | 郡 | 州 | 郵遞區號 |
| 我希望透過電子郵件獲取關於此申請的資訊。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 我希望透過電子郵件獲得關於我的案件的消息。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| 家庭電話 | 工作/備用/留言電話 | 電子郵寄地址 | | | | |
| 您正在申請哪些計劃？ <input type="checkbox"/> CalFresh (加州補充營養援助計劃) <input type="checkbox"/> 現金補助 <input type="checkbox"/> 健康保險 | | 您是否有殘疾並需要申請方面的幫助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
|  您是否無家可歸？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請立即告知郡政府，以便其幫助您找出可以利用的、用於接受您申請並且從郡政府獲取有關您的案件之通知的位址。 | | | | | | |
|  您喜歡閱讀哪種語言 (如果不是英語)？ _____ | | | | | | |
|  您喜歡說哪種語言 (如果不是英語)？ _____ | | | | | | |
| 郡政府將免費為您提供一名譯員。如果您耳聾或重聽，請勾選此處 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
|  您的家庭總收入是否少於 \$150，並且您的手存、支票和儲蓄帳戶餘額是否為 \$100 或更少？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  您的公用事業服務是否被切斷或者您是否得到服務切斷通知？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
|  您的家庭綜合總收入和流動資金是否少於租房租金/房屋貸款和公用事業服務費總和？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  您的食物是否會在 3 天或更短的時間內吃完？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
|  您的家庭是否為流動資金不超過 \$100 的移民/季節農業工人家庭？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  您在獲取食物、衣物、醫療服務或其他緊急物品時是否需要交通方面的幫助？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
|  您是否被下達驅逐通知或支付租金或搬家通知？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  您是否需要必要的衣物，例如尿布或抵禦寒冷天氣的衣服？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
|  是否有人懷孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，該孕婦是否獲得假定性合格證？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
|  您的家庭中的任何人是否出現個人緊急情形？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請勾選複選框： <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 即時醫療需求 <input type="checkbox"/> 虐待兒童 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 虐待老人 <input type="checkbox"/> 其他威脅健康或安全的緊急情形。請說明： | | | | | | |

我瞭解，在願意承受對偽誓 (作虛假陳述) 受懲罰下簽署本申請：

- 我已閱讀或有人給我閱讀了申請中的資訊以及我對本申請中的問題之回答。
- 據我所知，我對問題的回答是真實而完整的。
- 據我所知，我可能針對自己的申請流程給出的答案是真實而完整的。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了我並且我理解並同意權利和義務的相關內容 (計劃規則第 1 頁)。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了「計劃規則和懲罰」的相關內容 (計劃規則第 2 – 4 頁)。
- 我瞭解，提供虛假或令人誤解的陳述或者不實地敘述、隱藏或隱瞞事實以確立資格屬欺詐行為，如果我提供虛假或不實資訊可能會依據聯邦法律被懲罰。欺詐可能導致本人被控訴刑事案件並且/或者我可能會在一段時間內 (或終生) 被禁止獲得 CalFresh 福利和現金補助。
- 我瞭解，申請福利之家庭成員的社會保險號碼或移民身份可能會依據聯邦法律與適當的政府機構共用。
- 我給予 Medi-Cal 機構從其他健康保險、訴訟和解或其他第三方追索並獲取任何款項的權利。

| | |
|---------------------------------|----|
| 申請者、看護親屬 (或成人家庭成員/授權代表*/監護人) 簽名 | 日期 |
| *如果您有一位授權代表，請回答下頁的問題 2。 | |
| 配偶、其他家長、其他受援助的成人或註冊家庭伴侶簽名 | 日期 |

2. 家庭的授權代表

您可以授權 18 歲或以上的某人來幫助您的家庭獲取 CalFresh 福利。此人還可代表您在面談中發言、幫助您填寫表格、為您購物並為您報告變化。您將需要償還因此人向郡政府提供的資訊而錯誤獲取的任何福利，並且您不想讓其花費的任何福利都不會補發。如果您是一名授權代表，您將需要向郡政府提供您自身和申請者的身份證明。

您是否希望指定某人來幫助您處理自己的 CalFresh 案件？ 是 否

如果是，請填寫以下部分：

| | |
|--------|----------|
| 授權代表姓名 | 授權代表電話號碼 |
|--------|----------|

您是否希望指定某人來為您的家庭接受和花費 CalFresh 福利？ 是 否

如果是，請填寫以下部分：

| | | | |
|----|------|----|------|
| 姓名 | 電話號碼 | | |
| 地址 | 城市， | 州， | 郵遞區號 |

2a. 健康保險授權代表

您可以准許一名信賴的人討論您的健康保險申請、審查您的資訊並代表您處理與本申請部分有關的事宜。您是否希望針對您的申請之健康保險部分選擇一位授權代表？ 是 否 如果是，請填寫附錄 C 中的資訊（在 SAWS 2 PLUS 上）。

3. 您或您的任何家庭成員是否為美國印第安人或阿拉斯加土著？ 是 否

如果是，並且正在申請醫療保健，請前往附錄 B（在 SAWS 2 PLUS 上）回答更多問題。

種族/族群

種族和族群資訊為選填資訊。福利的發放要求確保沒有基於種族、膚色或原國籍的歧視。您的回答將不會影響您的資格或福利金額。勾選所有適用項。法律規定郡政府必須記錄您的族群和種族。

如果您不想將自己的種族和族裔資訊提供給郡政府，請勾選此複選框。如果您未勾選此複選框，郡政府將輸入此資訊並僅將其用於公民權利統計目的。

| | | |
|----|--|---|
| 族群 | 您是否擁有拉美、拉丁或西班牙血統？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果您擁有西班牙或拉丁血統，您是否認為自己是 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他 |
|----|--|---|

種族/族群本源

- 白種人 美國印第安人或阿拉斯加土著 黑人或非裔美國人 其他或混血 _____
- 亞洲人（如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項）：
- 菲律賓人 中國人 日本人 高棉人 韓國人 越南人 印度人 寮國人
- 其他亞洲人（請說明）_____
- 夏威夷原住民或其他太平洋島民（如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項）： 夏威夷原住民
- 關島人或查莫洛人 薩摩亞人

4. 面談偏好

您將需要與郡政府面談，以討論您的申請並領取現金補助或 CalFresh 福利。CalFresh 的面談通常採取電話方式，除非您在向郡政府提交申請時可以親自面談或您偏好親自面談。現金補助申請者必須親自面談。如果您正在申請 CalWORKs（加州工作機會並對孩子負責任計劃）和 CalFresh，那麼您的 CalFresh 面談將與 CalWORKs 面談在正常工作時間內同時進行。

如果您想要針對 CalFresh 親自面談，請勾選此複選框。

如果您因殘障而需要其他安排，請勾選此複選框。

5. 其他計劃

您家庭中的任何人是否曾接受民眾補助（TANF（對有需求家庭的臨時補助）、部落 TANF、Medicaid（聯邦醫藥補助計劃）、補充營養援助計劃[糧食券]、一般補助/一般救濟等）？ 是 否

| | |
|--------|---------|
| 如果是，誰？ | 哪裡（郡州）？ |
| 如果是，誰？ | 哪裡（郡州）？ |