



CALFRESH 恩恵申請

身体障害があつたり、申請に援助が必要な人は、郡福祉部 (County Welfare Department) (以下、「郡」) にお知らせくだされば、援助いたします。

英語以外の言語で会話、読本、書式記入を希望される場合は、郡が無償で援助いたします。

申請方法

CalFresh 恩恵のみを申請する場合は、この申請書を使用します。CalFresh は、食料品支援プログラムであり、あなたの世帯の食費を援助します。CalWORKsやMedi-CalなどのCalFresh以外のプログラムの申請を希望する場合は、他のプログラムの申請書を求めてください。CalFresh や他のプログラムはまた、<http://www.benefitscal.org/> を介してオンラインで申請することもできます。<http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> をご覧になれば、あなたの申請資格の有無を知ることができます。

- 可能であれば、申請書の全事項を記入します。少なくとも、あなたの氏名、住所、そして署名 (1ページ目の質問 1) を記入して、郡に申請手続きを始めなければなりません。
- 申請書は、郡に持参、または郵便、ファクス、オンラインで提出します。
- 郡は、あなたが署名した申請書を受理した日から、あなたが恩恵を受けることができるかどうか回答するための審査が開始されます。あなたが施設にいる場合は、そこを出た日から審査が始まります。

次の段階

- 申請書に署名する前に、あなたの権利と責任についてお読みください (1~5ページのプログラム規則)。
- あなたは郡とのインタビューで申請について話し合う必要があります。ほとんどのインタビューは電話で行われますが、郡事務所や郡が準備した場所で面談することもできます。身体障害がある場合は、他の方法を手配することもできます。
- 申請書の全項目は記入しなかった場合は、インタビュー中に記入することができます。
- あなたは、自身の収入、経費、そしてあなたの資格の有無を判断できる状況の証明が必要です。

審査期間

審査には最長30日かかることがあります。次に示す 優先サービス (Expedited Service) 基準のひとつを満たすと、3連続日数以内に恩恵を受け取ることができます:

- あなたの世帯の毎月の粗所得 (税引き前収入) が\$150 未満で、手元にある現金または小切手/普通口座の残高が\$100未満である場合; または
- あなたの世帯の家計費 (家賃/抵当と光熱費) が、毎月の粗所得および手元にある現金または小切手/普通口座の残高を超える場合; または
- あなたが移住者または季節農場労働者で小切手/普通口座の残高が\$100未満であり、そして1) 収入が途絶えた、または2) 収入はあるが、向こう10日以内には\$25を超える収入を見込めない場合。

あなたが3日以内に恩恵を受け取れるか郡がすぐに判断できるよう、質問1、6~8、11、16に回答し、申請書とともにあなたの身元証明 (所持している場合) を郡に提出してください。

あなたの世帯の CalFresh 恩恵の審査結果は、郡が郵便でお知らせします。

エージェンシー・カンファレンス

エージェンシー・カンファレンスは、あなたの世帯が Expedited Service 基準を満たすかについて、非公式に話し合い解決するために、有資格の監督者とのミーティング (このミーティングには、有資格の担当者と指名代理人が出席することも許可されます) を要請する権利を提供します。

エージェンシー・カンファレンスは、リクエストがあれば、2営業日以内で予定を立てますが、それよりも遅い日を希望したり、エージェンシー・カンファレンスを希望しない場合は、この限りではありません。

面談に必要な事項

手続きを遅れさせないために、面談で次の証明を持参してください。証明を所持していない場合でも面談してください。あなたが証明を得る必要がある場合は、郡が支援します。郡は面談中に申請書の情報を確認し、CalFresh恩恵の資格と受給額を判断するために、あなたに質問します。

恩恵を受ける必要性の証明

- 身元証明 (運転免許、州 ID カード、旅券)。
- 居住地 (賃借契約書、現住所が記載されている請求書)。
- 社会保障番号 (SSN: Social Security Number) (市民権のない人については下記注をお読みください)。
- あなたの世帯全員の銀行預金残高 (直近の銀行口座明細書)。
- あなたの世帯全員の過去30日間の収入 (直近の給与明細書、雇用者からの作業表明書)。注: 自営業の場合は、所得と経費の証明または納税証明書。
- 不労所得 (失業恩恵、SSI、社会保障、退役軍人恩恵、養育費、労働者補償、学校の奨学金やローン、賃借所得など)。
- 市民権を持たない恩恵申請者のみに合法的な移民ステータス(グリーンカード、査証)。

注: 家庭内暴力や犯罪起訴、トラフィッキングにもとづいて移民ステータスを申請する市民権をもたない人には、この証明は不要の場合があります。また社会保障番号が不要の場合もあります。

CalFresh 恩恵をさらに受ける必要性の証明

- 家計費 (賃借受取書、抵当請求書、不動産納税書、保険文書)。
- 電話および光熱費。
- あなたの世帯の老齢者 (60歳以上) はまたは身体障害者の医療費
- 仕事や求職、トレーニングや学校に通っている、要求される作業活動に参加するなどから発生した養育費や介護費。
- あなたの世帯の誰かが支払った養育費。

CalFresh 恩恵の受取/使用方法

- 郡はプラスチック製の EBT (Electronic Benefit Transfer) カードを郵送するか手渡します。申請が認可された場合に恩恵がこのカードに入力されます。カードを入手次第、カードに署名を入れてください。カードを使用するにはPIN (暗唱番号) を設定します。
- EBTカードを紛失したり、盗難にあったり、損傷したとき、あるいは知人の誰かが、あなたの意思に反してあなたの恩恵を使うためにPIN番号を知っていると思われる場合は、ただちに電話 (877) 328-9677 または郡に連絡します。責任のある成人と指名代理人全員がこのような問題をただちに報告する方法を知っていることを確認します。知人の誰かが、あなたの意思に反してあなたの恩恵を使うためにPIN番号を知っていることを報告しないと、使われた恩恵は弁済されません。
- EBTカードはほとんどの食料品、また食料栽培のために種子や植物を購入するのに使用できます。CalFresh 恩恵は、アルコール、タバコ、ペットフード、そして品目によっては、その場で食べるような出来立ての食べ物や調理済みの食料品を購入することはできません。また、食料品以外のもの (歯磨き粉、石鹸、ペーパータオルなど) に使用することもできません。
- CalFresh恩恵はほとんどのスーパーマーケットや食品販売店が受け付けます。EBTを受け付ける最寄りの店舗のリストは、<https://www.ebt.ca.gov> または <https://www.snapfresh.org> から入手することができます。
- CalFresh恩恵は、あなたとあなたの世帯のみのための恩恵です。安全に保管してください。PIN番号を誰にも渡さないでください。PIN番号をEBT カードと一緒に保管しないでください。

ホームレスである場合

あなたがホームレスである場合は、郡にただちに知らせて、郡が申請を受理し審査結果を通知するために使用できる住所を定めるのを支援できるようにしてください。CalFreshでは、ホームレスとは以下を意味します:

- A. 管理されたシェルター (緊急一時宿泊施設)、社会復帰訓練所、あるいは同様な施設に滞在している。
- B. 他人やその世帯の家に連続90日間以上、滞在している。
- C. 宿泊場所として設計されていない、あるいは通常は宿泊所として使用されない場所 (たとえば、社会復帰訓練所、バスターミナル、ロビー、あるいは同様な場所) に宿泊している。

この情報は記録として保管してください。

権利と責任

あなたの責任:

- あなたの資格の有無を判断するのに必要なすべての情報を郡に提示します。
- 所持している情報の証明を必要に応じて、郡に提示します。
- 必要に応じて変更を報告します。郡は、報告すべき内容や時期、方法に関する情報を提供します。あなたの世帯の報告要件が満たされない場合、あなたの申請審査が中止されたり、CalFresh給付が減額されたり、停止されたりします。
- 郡があなたに要求する場合は、求職活動、現職を維持する活動、あるいはその他の活動に参加します。
- あなたの資格や恩恵レベルが正しく判断されていることを確認するために、申請案件がレビューあるいは調査対象として選ばれた場合は、郡や州、連邦政府の担当者に全面的に協力してください。これらのレビューに協力しない場合は、恩恵の喪失という結果となります。
- あなたが受け取る資格のなかったCalFresh 恩恵は、どれでも弁済します

あなたの権利:

- CalFresh を氏名、住所、署名のみを提示して申請する。
- 必要に応じて、州が提供する通訳を無償で受ける。
- 郡のプログラムの行政に関連しない限り、郡に提供した情報を秘密取り扱いとする。
- 郡が審査結果を通知する前に随時申請を取りやめる。
- CalFresh 申請書記入と規則の説明に支援を求める。
- 必要な証明を入手するのに支援を求める。
- 礼節な態度、思いやり、そして敬意をもって扱われ、差別されない権利。
- Expedited Serviceに資格がある場合は、CalFresh恩恵を3日以内に受ける。
- 申請時に妥当な期間内で郡によるインタビューを受け、30日以内に審査させる。
- 審査決定に必要な証明を郡に提示するのに少なくとも10日間は許される。
- 郡がCalFresh恩恵を差し止める前に少なくとも10日前に書面による通知を受け取る。
- 郡の要請に応じて、あなたの恩恵を郡と協議しレビューする。
- 郡役所の決定に異議がある場合、あなたのCalFresh付与に関する案件について、90日以内に州聴聞会を開いてもらう権利。あなたのCalFreshに関する決定が実行に移される前に聴聞会を開くよう要請した場合、聴聞会もしくは認定期間の終了までCalFreshの付与額に変更が加えられることはありません。同時に付与額の変更について聴聞会が開かれるまでの間、予定されている変更を実施していただくことも可能です。そうすることにより、判決の結果次第でその期間、郡が過払いしたとして過払い分の返済を要求されることがなくなります。逆に行政法判事があなたに有利な判決を下した場合、郡はあなたに未払いとなっていた付与額を全額支払うこととなります。
- 聴聞会についての権利について尋ねる場合や法的な援助や紹介を受けることを望む場合は、フリーダイヤル(1-800-952-5253)に連絡するか、聴力や言語に障害があり、TDD (聴覚障害者のための電気通信装置) を利用される方は1-800-952-8349まで連絡してください。最寄りの法的支援事務所や福祉権利事務所から無償で法的な援助を受けることもできます。
- 聴聞会に出席する際にひとりで参加したくない場合は、友人など誰かを連れて出席する権利。
- 投票のための登録について郡役所に援助してもらう権利。
- 報告義務のない変更がCalFresh 恩恵を増す場合に、その変更を報告する。
- CalFresh恩恵をより多く受けるのに役立つ、あなたの世帯の家計費に証明を提示する。郡に証明を提示しないことは、経費がなく、CalFresh恩恵をさらに得ることができないのと同じです。
- あなたのCalFresh 恩恵をあなたの世帯のために別人に使わせること、あるいはあなたのCalFresh 事例を誰かに支援してもらう (指名代理人) ことを郡に伝える。

この情報は記録として保管してください

プログラムの規則と罰則

あなたが受ける資格のないCalFresh恩恵を受けるよう、あるいは受ける資格のない人がCalFresh恩恵を受けられるよう、虚偽の情報や誤った情報を提示する、あるいは意図的にすべての情報は提示しないことは、犯罪行為です。あなたが受ける資格のない恩恵は何であれ、弁済しなければなりません。

<p>プログラム違反 CalFreshに対し、私は以下の事項のどれかを行った場合、意図的なプログラム違反に及んだと理解します:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 情報を隠すまたは虚偽の記述をする • 誰かのEBT (Electronic Benefit Transfer) カードを使用する、あるいは自分のカードを別人に使用させる • CalFresh 給与金をアルコールやたばこの購入に使う • CalFresh恩恵や EBTカードをトレード、購入、販売、窃盗、あるいは誰かにあげる • 恩恵を重複して受けようと企てる。たとえば、2か所以上の異なる郡や州で同時申請する • 無資格または存在しない子供や成人の世帯構成員の虚偽の文書を提出する • 自分の保護観察期間または執行猶予の条件違反 • 重罪確定後の逃亡 • 返却デポジットのあるCalFresh 恩恵で商品を購入する(買う)、意図的に(故意に) コンテンツを捨て、空の容器を返却してデポジット額を求める、あるいは 容器を返却してデポジット額を求めることを企てる • CalFresh 恩恵で製品を購入して、意図的に再販して現金や恩恵対象外の何らかの食品を得る 	<p>罰則 私は:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 初犯から12か月間はCalFresh 恩恵を失い、私に過払いされたCalFresh 給付金は弁済することが要求される • 2度目の犯罪行為から24か月間はCalFresh 恩恵を失い、私に過払いされたCalFresh 給付金は弁済することが要求される • 3度目の犯罪行為ではCalFresh 恩恵を失い、私に過払いされたCalFresh 給付金は弁済することが要求される • 最高\$250,000.00の罰金、最大20年の収監、またはその両方
<ul style="list-style-type: none"> • 現金や武器、対象外商品、薬物などの違法物質を得るためにCalFresh 恩恵をトレードあるいはトレードを企てる 	<ul style="list-style-type: none"> • 初犯に対しては、24か月間のCalFresh 恩恵はく奪 • 2度目の犯罪行為に対してはCalFresh 恩恵はく奪
<ul style="list-style-type: none"> • 身元や住所の虚偽の情報を提示し、CalFresh 恩恵を余分に得る 	<ul style="list-style-type: none"> • 各犯罪行為に対して、10年間のCalFresh 恩恵はく奪
<ul style="list-style-type: none"> • \$500以上の価値のCalFresh恩恵のトレードや販売、あるいは武器や弾薬、爆発物のトレード企てで刑が確定した場合 	<ul style="list-style-type: none"> • CalFresh 恩恵の永久はく奪

この情報は記録として保管してください

市民権を持たない人への重要な情報

- あなたは、CalFresh恩恵を無資格の人のために申請することができ、あなたの世帯に無資格の人が含まれている場合であっても、申請することができます。たとえば、移民である両親が無資格であっても、彼らの米国市民あるいは資格のある移民の子供たちのためにCalFresh恩恵を申請することができます。
- 食料恩恵を得ても、あなたやあなたの世帯の移民ステータスには影響がありません。 移民情報は個人情報であり、秘密取扱されます。
- 恩恵の資格があり申請した非市民の移民ステータスは、USCIS (U.S. Citizenship and Immigration Services) が確認します。連邦法によれば、USCIS は移民情報を虚偽の場合を除き、いかなる別の場合にも流用することができません。

オプトアウト

CalFresh 恩恵を申請しない非市民世帯の移民情報、社会保障番号、文書を提示する必要はありません。郡は、あなたの世帯への給与額を正確に決定するために、世帯の収入とリソースに関する情報を知る必要があります。郡は、CalFresh 恩恵を申請しない方々について、USCISには連絡しません。

個人情報条例と開示: 申請には個人情報を提示することになります。郡はこの情報を使用して、恩恵に資格があるかを判断します。あなたが要求された情報を提示しないと、郡はあなたの申請を却下することがあります。あなたには、郡に提示したどのような情報でも、そのレビュー、変更、訂正する権利があります。郡は、連邦法や州法に従って許可されない限り、あなたの情報を他に示したり提供することはありません。273.2(b)(4) Privacy Act statement (個人情報保護条例)。郡の代理として、- CalFresh恩恵に申請し、再認定されるすべての世帯に以下を通知しなければなりません:

- (i) 各世帯構成員のSSN (社会保障番号) を含め、この情報の収集は、7 U.S.C. 2011-2036 改定としての 1977年度 Food Stamp Act (フードスタンプ条例) で承認されています。収集情報は、あなたの世帯に資格がある、あるいはCalFreshプログラムへの参加継続に資格があるかを判断するために使用されます。IEVS (Income and Earnings Verification System) を含む、コンピュータマッチングプログラムを使用して、収集情報を検証します。収集情報はまた、プログラムへのコンプライアンス監視やプログラム管理にも使用されます。
- (ii) 収集情報は、正式な評価のために他の連邦・州当局、また法をかいくぐって逃亡者を逮捕する目的で法執行官に開示されることがあります。
- (iii) あなたの世帯に対してCalFresh苦情が生じた場合は、苦情収集活動のため、SSNを含めこの申請に関連する情報を連邦・州当局ならびに個人苦情収集機関に照会することがあります。
- (iv) 各世帯構成員のSSNを含め、要求された情報を提供するの、自発的ですが、SSNを提供しないと、SSNを提供しなかった個人にはCalFresh恩恵が却下される結果となります。提供されたSSNはいずれも、資格のある世帯構成員のSSNと同方法で使用され開示されます。

郡は、USCISに問い合わせ、世帯構成員の移民ステータスを確認することがあります。郡がこれらの機関から得た情報は、あなたの資格と恩恵レベルに影響することがあります。

郡は、IRS (Internal Revenue Service)、Social Security Administration (社会保障局)、Department of Homeland Security (国土安全保障省)、そして/また consumer reporting agency (消費者調査機関) の連邦政府の電子データベースを使用して、あなたの回答を確認します。情報が一致しないと、郡はあなたに証明を送るように求めることがあります。

この情報は記録として保管してください

SSN (Social Security Number: 社会保障番号) の使用

CalFresh恩恵の申請者は全員、SSNを所持する場合はSSNを、あるいはSSN取得を申請済みである場合は、その証明(たとえば、社会保障局からの書簡)を提示する必要があります。郡は、あなたの世帯構成員でSSNを提示しない人のCalFresh恩恵を却下することがあります。家庭内暴力や犯罪起訴目撃者、トラフィッキング犠牲者などを支援するためにSSNを提示する必要がない場合があります。

過剰発行

これは、あなたがCalFresh恩恵を必要以上に得たことを意味します。郡が誤って発行、あるいは偶発的に発行された場合は、あなたは弁済しなければなりません。あなたの恩恵は減額されたり中止されたりすることがあります。裁判所や他の集計機関、連邦政府集計活動を通じて恩恵弁済額を集計するために、あなたのSSNが使用されることがあります。

報告

CalFresh恩恵を受ける世帯はどれでも、変更があれば報告しなければなりません。郡は、報告すべきか変更内容、報告の方法とその時期を教えてください。変更を報告しないと、CalFresh恩恵の減額や停止という結果になることがあります。また、収入減少といった恩恵増加につながりそうな変更内容を報告することもできます。

州公聴

郡の決定に異議がある場合、あなたのCalFresh付与に関する案件について、90日以内に州聴聞会を開いてもらう権利があります。あなたのCalFreshに関する決定が実行に移される前に聴聞会を開くよう要請した場合、聴聞会もしくは認定期間の終了までCalFreshの付与額に変更が加えられることはありません。同時に付与額の変更について聴聞会が開かれるまでの間、予定されている変更を実施していただくことも可能です。そうすることにより、判決の結果次第でその期間、郡が過払いしたとして過払い分の返済を要求されることがなくなります。逆に行政法判事があなたに有利な判決を下した場合、郡はあなたに未払いとなっていた付与額を全額支払うこととなります。

非差別声明: 連邦公民権法米国農務省(USDA)の公民権規制および方針に基づき、USDA、USDAの諸機関、事務局およびその従業員、そしてUSDA主催のプログラムに関与し運用したりする機関は、人種、肌の色、出身国、性別、宗教的信条、障害、年齢、政治的信念を理由に差別することや、またはUSDAが実施または資金提供しているプログラムに対して過去に行った公民権活動に対する報復または復讐をすることを禁じています。

障害があるためにプログラム情報を別の方法で得る必要がある場合(たとえば、展示、大きな活字、録音テープ、アメリカ手話など)、給付金の受領申請をした(州または地方の)機関にお尋ねください。聴覚障害や言語障害のある方は(800) 877-8339の連邦リレーサービスを通じてUSDAに連絡をすることも出来ます。更に、英語以外の言語にてプログラム情報を提供することも可能です。

プログラムにおける差別の苦情を申し立てるには http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, や各USDA事務所から入手可能な「USDAプログラム差別苦情申告書 (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD 3027)」に記入し提出するか、郡の公民権コーディネーターに連絡をするか、フォーム内にて要求されている記入事項を説明した手紙をUSDAもしくは下に記載されているカリフォルニア州社会福祉局 (California Department of Social Services, CDSS) 宛てに郵送ください。苦情申告書の写しを請求する場合は (866) 632-9992にお掛けください。記入した申告書もしくは手紙は以下の方法にて提出してください。:

- | | | |
|------------|--|---|
| (1) 郵便: | 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 (フリーダイヤル) |
| (2) ファックス: | (202) 690-7442; または | |
| (3) 電子メール: | program.intake@usda.gov | |

本機関は雇用機会均等の提供者です。

この情報は記録として保管してください

事例ファイルのレビュー

あなたの事例が追加レビューのために選択され、あなたの資格が正確に算定されたことが確認されます。あなたは、郡や州、連邦政府の担当官の品質管理を含む、調査やレビューに全面的に協力しなければなりません。これらのレビューに協力しないと、恩恵の喪失という結果になることがあります。

CalFreshの作業規則

郡はあなたに作業プログラムを割りてることがあります。郡から作業はボランティアであるのか、作業プログラムに参加する必要があるのかを教えてください。あなたに義務的な作業活動が割り当てられ、それを行わない場合は、恩恵は減額または中止されることがあります。最近、妥当な理由なしに辞職した場合は、CalFreshの資格がないことがあります。

EBT 使用

あなたや別の世帯構成員、指名代理人がEBTカードやPINを紛失したり盗難にあったりしたことを報告する前に、あなたのアカウントから引き出された恩恵は何であっても、再入力されません。

あなたや別の世帯構成員、あなたが承認した代理人があなたのEBTカードを使用したり、あなたのEBTカードとPINを誰かに自ら進んで渡した場合は、あなたが承認したとみなされ、あなたのアカウントから引き出された恩恵は何であっても、再入力されません。

あなたの恩恵を使って欲しくない人があなたのPINを知りながら、あなたがPINを変更しない場合は、使われた恩恵は何であっても、再入力されません。

この情報は記録として保管してください

注

黒色または青色のペンで記入すると読みやすく、鮮明にコピーすることができますのでこれらを使用してください。回答は楷書で記入してください。質問の回答に空白がさらに必要な場合は10ページ目の「余白」部分を使い、情報提示が必要な場合は、別紙を添付してください。余白部分への記述や追加別紙は、その質問に対しての記述であるかを明確に特定できるようにしてください。

1. 申請者の情報

氏名 (ファースト、ミドル、ラスト)	他の氏名 (旧姓、ニックネームなど)	社会保障番号 (所有しており、恩恵申請中である場合)	
現住所または家への道順	市	州	ZIPコード
郵送先住所 (上記と異なる場合)	市	州	ZIPコード

連絡承諾

あなたの最良の連絡方法に関する情報を郡に教えてください。これは申請を処理するのに役立ちます。以下に連絡情報を提供していただくことで、あなたは郡があなたの申請に関して、電話やEメール、テキスト、電話で連絡することを承諾するものとします。

自宅電話番号	携帯電話番号	テキストを希望する場合は、このボックスにチェックマークを入れます <input type="checkbox"/>
職場/別電話/メッセージ電話番号	Eメールアドレス	

あなたはホームレスですか? はい いいえ はいの場合は、郡にホームレスであることをすぐ知らせてくだされば、あなたの申請の受理ならびに郡からの申請に関する通知を受け取るための住所を手配。

どの言語で読みたいですか (英語でない場合)? _____
 どの言語で話したいですか (英語でない場合)? _____

郡は通訳を無償で提供します。聾啞または難聴の方はここをチェックします

あなたの世帯に身障者はいますか (オプション質問)? (どちらか選択します)
 はい いいえ

あなたの世帯に身体障害が理由で宿泊施設が必要ですか (オプション質問)? はい いいえ

家庭内暴力/虐待の履歴がありますか (オプション質問)? はい いいえ

Medi-Calの申請の興味がありますか? はいと回答された場合は、郡はMedi-Calを取得できるか調べます はい いいえ

あなたの世帯の毎月の粗所得は\$150未満で、手元にある現金あるいは小切手や普通預金口座の残金合計が\$100未満ですか? はい いいえ

あなたの世帯の毎月の粗所得と手元にある現金あるいは小切手や普通預金口座の残金合計が賃借/抵当と光熱費より少ないですか? はい いいえ

あなたが移住者または季節農場労働者で小切手/普通口座の残高が\$100未満であり、そして1) 収入が途絶えた、または2) 収入はあるが向こう10日以内には\$25を超えた収入は期待されないですか? はい いいえ

この申請書に署名することで、あなたは偽証罪 (虚偽の陳述) の罰を受ける条件下で以下を理解するものとします:

- 私は、この申請書の情報と質問に対する自分の回答を読みました/読んでもらいました。
- 質問に対する私の回答は、真実であり、私の最良の知識では完全です。
- 私が申請手続きに提示した回答はどれも真実であり、私の最良の知識では完全です。
- 私は、CalFreshプログラムの権利と責任 (プログラム規則1ページ) を読み/読んでもらい、それを理解し同意します。
- 私は、CalFreshプログラムの規則と責任 (プログラム規則2ページ) を読み/読んでもらいました。
- 私は、CalFreshの資格を確立するために虚偽や誤解を招く記述を提示する、あるいは事実を誤解させる、隠す、保留することは詐欺行為であることを理解します。詐欺行為は、私に対する犯罪訴訟となる可能性があり、そして/また一定期間 (または終身) でCalFresh恩恵を禁じられることがあります。
- 私は、恩恵申請中の世帯構成員の社会保障番号や移民ステータスは、連邦法から要求されるように、適切な政府当局と共有されることを理解します。

申請者署名 (または成人世帯構成員/指名代理人*/後見人)	日付
-------------------------------	----

*指名代理人がいる場合は、次のページの質問2に答えてください。

2. 世帯の指名代理人

あなたの世帯をCalFresh恩恵で援助するために、あなたは18歳以上の誰かを指名することができます。この人物はまた、インタビュー時の会話、書式の完成、買い物、変更報告をあなたに代わって行うこともできます。この人物が郡に提示する情報のために、あなたが過誤で得た恩恵は何であっても弁済する必要があり、あなたが使用を希望しない恩恵も振り返られません。あなたが指名代理人である場合は、あなた自身と申請者の身元証明を郡に提示する必要があります。

あなたのCalFreshの案件で誰かを助けたいですか? (ひとつ選択します) はい いいえ

えはい 次のセクションを完成してください:

指名代理人の氏名	承認済み代理人の電話番号
----------	--------------

あなたの世帯のためにCalFreshを受取り使用するに誰かを指名したいですか? (ひとつ選択します) はい いいえ

はいの場合は、次のセクションを完成してください

氏名	電話番号		
ストリート番地	市	州	ZIPコード

3. 人種/民族

人種と民族の情報はオプションです。人種や肌の色、出身国とは無関係に恩恵が確実に与えられることが要求されます。あなたの回答は、あなたの資格や恩恵給与額には影響しません。該当するものすべてを選択します。法律により、郡はあなたの民族グループと人種を記録しなければなりません。

あなたの人種と民族起源に関する情報を郡に提示したくない場合は、このボックスにチェックマークを入れます。チェックマークがない場合は、郡は、この情報を公民権の統計に入力します。

民族起源	ヒスパニック系またはラテン系ですか?(ひとつ選択します) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	あなたがヒスパニック系またはラテン系であれば、どれに該当しますか: <input type="checkbox"/> メキシコ人 <input type="checkbox"/> プエリトリコ <input type="checkbox"/> キューバー人 <input type="checkbox"/> その他 _____
------	--	---

人種/民族起源

白人 アメリカまたはアラスカの先住人 黒人またはアフリカ系アメリカ人 その他または混血 _____

アジア人 (これに該当する場合は、次からひとつ以上を選択します):

フィリピン人 中国人 日本人 カンボジア人 韓国人 ベトナム人 インド人 ラオス

人 その他のアジア人 (記入してください) _____

ハワイ先住民または他の太平洋島民 (これに該当する場合は、次からひとつ以上を選択します):

ハワイ先住民 グアム人/チャモロ人 サモア人

4. 面談希望

あなたやあなたの世帯の成人構成員は郡とのインタビューを受け、CalFresh恩恵の申請と給与について話し合う必要があります。郡に申請書を提出するときに面談できない場合は、CalFreshのインタビューは通常は電話で行われますが、面談を希望することもできます。面談は郡の通常業務時間中のみに行われます。

面談を希望する場合は、このボックスにチェックマークを入れます。

身体障害のために、他の手配が必要な場合は、このボックスにチェックマークを入れます。

面談で希望する日時のボックスにチェックマークを入れてください:

日: 今日 次の可能な日 任意の曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日

時刻: 早朝 午前 午後 夕刻 随時

5. その他のプログラム

あなたやあなたの世帯の誰かが、公共援助を受けたことがありますか (Needy Familiesの臨時援助、Medicaid、Supplemental Nutrition Assistance Program [CalFresh]、General Assistance (GA)/General Relief (GR)など)? (ひとつ選択してください) はい いいえ

はいの場合は誰ですか?	場所 (郡/州)
はいの場合は誰ですか?	場所 (郡/州)

6a. 世帯の情報

あなたを含め、食料を買い調理する世帯全員の情報を記入します。市民権を持たない場合は、質問6bと6cに答えてください。そうでなければ、質問6dに進みます。

恩恵申請していない世帯構成員の社会保障番号はオプションです。恩恵申請者それぞれが以下の質問に答える必要があります。

恩恵申請中 (はい/いいえ 選択4つ)	氏名 (ラスト、ファースト、 ミドルイニシャル)	あなたとの 関係	誕生日	性別 (男女)	米国民ま たは 国民 (はい/いいえ 選択4つ) いいえの場 合は、質問6bに 答えています	社会保障番号
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		自身			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

たと同居する人で、食料を購入したり調理したりしない人の氏名をリストしてください:

氏名	氏名
氏名	氏名

6b. 市民権を持たない場合の情報 - 上記人物で市民権を持たず、援助申請中の人は質問 6a の答えをください。

氏名	米国入国日 (知っている 場合)	次のどれかを提示します (知っている場合): 旅券番号、外国人登録 (Alien Registration)	職域ですか? (はい/いいえ 選択4つ) はいの場合 は、下の質問6c に答えます:
		文書種類: _____ 文書番号: _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		文書種類: _____ 文書番号: _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		文書種類: _____ 文書番号: _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

上のリストに、米国で少なくとも10年間 (40四半期) の兵役歴を持つ人がいますか?

(ひとつ選択します)

はいの場合、誰ですか? _____

はい いいえ

上のリストに、T-ビザ、U-ビザまたはVAWAステータスを申請したことがある、または申請を考えている人がいますか?

はいの場合、誰ですか? _____

はい いいえ

6c. 職域非市民の情報 - 上のリストの人で職域非市民で、恩恵申請している場合は、質問6bに答えてください。

雇用主はI-864に署名しましたか? はい いいえ はいの場合は、残りの質問に答えてください。

雇用主がI-134に署名した場合は、質問をとばします。

雇用主は定期的に金銭援助しますか? はい いいえ はいの場合、金額は? \$ _____

雇用主は定期的に以下の何らかを援助しますか? (該当するものすべてを選びます)?

賃借 衣服 食料 その他 _____

雇用主名	援助を受けている人	雇用主の電話番号
雇用主名	援助を受けている人	雇用主の電話番号

6d. 学生

あなたを含め、恩恵を申請中の誰かが大学や専門学校に通っていますか？(ひとつ選択します) はい いいえ
 はいの場合は、この質問に答えてください。いいうの場合はその次の質問に進みます。

氏名	学校/トレーニング名	在籍ステータス (4つのひとつを選択)	働いていますか？
		<input type="checkbox"/> ハーフタイム以上ま <input type="checkbox"/> たは大体ハーフタイム 単位数: _____	週平均労働時間: _____
		<input type="checkbox"/> ハーフタイム以上ま <input type="checkbox"/> たは大体ハーフタイム 単位数: _____	週平均労働時間: _____

6e. あなたの世帯に養子は住んでいますか？ はい いいえ はいの場合、誰ですか？ _____

その子について、次の質問に答えてください:

その子は裁判所の命令であなたの家庭に配属されたのですか？(ひとつ選択してください) はい いいえ

あなたのCalFresh申請には、養子を含めたいですか？(ひとつ選択してください) はい いいえ

はいの場合は、受取っている養子養育費は不労所得として勘定され、いいうの場合は、不労所得としては勘定されません。

7. 不労得収入

あなたや誰かが仕事からの収入でない所得で食料を購入したり調理したりしますか(不労所得)?

(ひとつ選択します) はい いいえ

はいの場合は、この質問に答えてください。いいうの場合は、その次の質問に進みます。

これらの例から該当する不労所得をすべて選択します。(リストされていないものはここに記入してください):

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 社会保障 | <input type="checkbox"/> 退役軍人恩恵または軍年金 | <input type="checkbox"/> 賃借/食料/衣服の援助 |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 経済援助(学校援助金/ローン/奨学金) | <input type="checkbox"/> 保険または法的和解 |
| <input type="checkbox"/> Cash aid | <input type="checkbox"/> 金銭贈答 | <input type="checkbox"/> 自営業障害または退職 |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> 失業保険/SDI(州傷害保険) | <input type="checkbox"/> ストライキ恩恵 |
| <input type="checkbox"/> まかない付き貸間(また貸し) | <input type="checkbox"/> 労働者補償 | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 年金 | <input type="checkbox"/> ロッタリ/賭事儲け | |
| <input type="checkbox"/> 子供/配偶者援助 | | |
| <input type="checkbox"/> 政府/鉄道障害または退職 | | |

金銭を受理している人	援助元	金額	受取頻度(一度のみ、 毎週、毎月、その他)	継続見込み(はい/いいえ選択 4つ)
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

の収入の継続が見込めない場合は、説明してください:

8. 勤労所得

あなたや誰かが仕事からの収入で食料を購入したり調理したりしますか (勤労所得)? (ひとつ選択してください) はい いいえ
 はいの場合は、この質問に答えてください。いいうの場合は、質問9に進みます。

注: 自営業の場合は、質問8aに答えてください。

税金またはその他の控除前の所得をすべてリストしてください (粗所得)。

勤労所得の例 (これらの例は、フルタイム、臨時、季節労働またはトレーニングが可能ですが、ここにリストされていないものがあるかもしれません):

- 賃金 • コミッション • チップ • 給与 • ワークスタディ (学生)

勤労者	雇用主名と住所	雇用主の電話番号	時間給	週平均労働時間	給与頻度 (一度、毎週、毎月、その他)	今月の所得	継続見込み (はい/いいえ選択4つ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

の収入の継続が見込めない場合は、説明してください:

過去60日間で、失業、転職、辞職、あるいは労働時間が短縮した人がいますか? (ひとつ選択してください) はい いいえ

はいの場合は、誰ですか?	失業/辞職/転職の日付	最後の支払日
由は何ですか?		

ストライキ中の人はいますか? (ひとつ選択してください) はい いいえ

はいの場合は、誰ですか?	失業/辞職/転職の日付	最後の支払日
理由は何ですか?		

8a. 自営業

自営業の世帯構成員は、経費として実費または標準的な自営業所得の40%を控除することができます。
 実費を選択した場合は、経費証明を郡に提示する必要があります。

自営業者	事業開始日	業種と社名	週粗利益	自営業経費 (選択質問4つ)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 均一 <input type="checkbox"/> 実費 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 均一 <input type="checkbox"/> 実費 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 均一 <input type="checkbox"/> 実費 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 均一 <input type="checkbox"/> 実費 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 均一 <input type="checkbox"/> 実費 \$ _____

9. 家計の養育費/介護費

Dあなたや誰かが養育または身体障害成人やその他の扶養者の世話のために食料を購入したり調理したりして、あなたやその他の人が 仕事や学校、トレーニング、求職に行けるようにしてありますか? (ひとつ選択してください) Yes No

はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合はその次の質問に進みます。

世話を受けている人	世話をしている人 (ケアプロバイダの氏名と住所)	支払金額	支払い頻度 (毎週/毎月、その他)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

上記の養育費/成人介護費の全部または一部を支払ってくれる人がいますか? はい いいえ はいの場合は下表に記入:

世話を受けている人	世話をしている人	支払金額	支払い頻度 (毎週/毎月、その他)
		\$	
		\$	

10. 養育費支払い

あなたや誰かが、未払いの養育費を含め、法的に支払い義務のある養育費で食料を購入したり調理したりしていますか?

はい いいえ はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合はその次の質問に進みます。

養育費の支払者	養育費が支払われている子供の名前:	支払金額	支払い頻度 (毎週/毎月、その他)
		\$	
		\$	

11. 家計費

あなたや誰かが、何らかの家計費で食料を購入したり調理したりしていますか? はい いいえ

はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合はその次の質問に進みます。

N注: HUD またはセクション8などの、住宅援助で支払われている金額は記入しないでください。光熱費、電話、その他のユーティリティ、ホームレスシエルター費は設定手当であり、実際の支払い義務のある金額を記入する必要はありません。

経費種類	経費の有無 (ひとつ選択)	支払者	支払い義務のある金額	支払い頻度 (毎週/毎月、その他)
賃借または家の支払い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		\$	
固定資産税と保険 (賃借または抵当とは別途請求の場合)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		\$	
ガス、電気または薪やプロパンガスなどの冷暖房のために使用するその他の燃料 (賃借または抵当とは別途請求の場合)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
電話/携帯電話	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
ホームレスシエルター費	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
上下水道、ごみ収集	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
あなたの世帯ではない人が上記経費の支払いを援助していますか? (ひとつ選択してください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、記入してください。		支払い援助者	金額 \$	援助頻度

あなたの世帯は、LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program) からの支払いを受け取る見込みですか? (ひとつ選択します) はい いいえ

12. 医療費:

あなたや誰かが、現金払いの医療費を支払う高齢者(60歳以上)や身障者に食料を購入したり調理したりしていますか?

はい いいえ はいの場合は、この質問に答えてください。いいえの場合は、その次の質問に進みます。

近い将来、あると予想される経費をリストします。

対象となる医療費: (該当するものすべて選択)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 医療または歯科治療 | <input type="checkbox"/> メディケアプレミアム (Medi-Cal 共有のコストなど) | <input type="checkbox"/> 治療や医療サービスを受けるための搬送費 (マイルージまたは燃料) と宿泊 |
| <input type="checkbox"/> 入院/外来治療/介護 | <input type="checkbox"/> 義歯、補聴器、義肢 | <input type="checkbox"/> 処方された眼鏡とコンタクトレンズ |
| <input type="checkbox"/> 処方薬 | <input type="checkbox"/> 年齢、病気、疾患のため必要な介護維持 | <input type="checkbox"/> 処方された医療具や装置 |
| <input type="checkbox"/> 健康と入院保険のポリシープレミアム | <input type="checkbox"/> 介護者に提供する食事の回数と費用 | <input type="checkbox"/> 介護動物の費用 (餌、獣医代など) |
| | <input type="checkbox"/> 処方された市販薬 | |

高齢者/身障者の氏名	経費金額	支払い頻度 (毎週/毎月など)	経費種類 (処方薬、義歯、介護者の食事回数など)	世帯には医療費の払い戻しがありますか? (Medi-Cal、保険、世帯など)
	\$			はいの場合は誰が: 金額: \$
	\$			はいの場合は誰が: 金額: \$
	\$			はいの場合は誰が: 金額: \$
	\$			はいの場合は誰が: 金額: \$

13. あなたを含め、恩恵申請中の誰かが、次から食料を得る恩恵を申請していますか? (ひとつ選択してください) はい いいえ
はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合は、その次の質問に進みます。

- 高齢者/身障者のため共同食堂施設
- 先住民居留地で運営される食料配布プログラム
- その他の食料プログラム

はいの場合は誰が:	場所
はいの場合は誰が:	場所

14. あなたを含め恩恵申請者の誰かが、次のどこかで生活していますか? (ひとつ選択してください) はい いいえ
はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合は、その次の質問に進みます。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ホームレスシェルター • 虐待を受けた女性のためのシャルター • 先住民保護区 • 薬物/アルコールリハビリセンター • 更生施設/刑事施設 (刑務所や監獄) | <ul style="list-style-type: none"> • 盲目者/身障者のための集団生活施設 • 連邦優良賃借住宅 • 精神科病院/心療施設 • 病院 • 長期ケアまたは滞在ケア施設 |
|---|--|

氏名	施設名 (センター、シェルター、施設など)	退所予定日 (適用される場合)

15. あなたや誰かが、年齢60歳以上の高齢者と生活しており、障害があるために別に食料を購入したり調理したりできないですか? (ひとつ選択してください) はい いいえ

はいの場合は誰が?

16. 世帯の財源

あなたや誰かが、何らかの財源 (現金、銀行預金、定期預金、株式証券、公債など) で食料を購入したり調理したりしていますか?
 はい いいえ はいの場合、この質問に答えてください。いいえの場合は、その次の質問に進みます。

該当するものをすべて選択します:

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用組合口座 (小切手) | <input type="checkbox"/> マネー・マーケット口座 | <input type="checkbox"/> 株式証券 |
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用組合口座 (普通) | <input type="checkbox"/> 投資信託 | <input type="checkbox"/> 公債 |
| <input type="checkbox"/> 貸金庫 | <input type="checkbox"/> 定期預金 (CD) | <input type="checkbox"/> その他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 貯蓄債権 | <input type="checkbox"/> 手元にある現金 | |

別の人の連帯口座であれば、以下にそれを記述します。

上でチェックマークを入れたボックスのそれぞれについて、次の情報を記入します。

リストされた財源の名義人	財源の種類	時価	財源の場所 (銀行名や金銭保管場所名)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

過去3か月間で、あなたや誰かが、財源を売却、トレード、譲渡または移転しましたか?

(ひとつ選択してください) はい いいえ

17. 重複恩恵

あなたやあなたの家庭の誰かが、1996年9月22日以降にどこかの州で重複SNAP (カリフォルニア州でのCalFreshとして知られる、食料援助プログラムの連邦名) 恩恵をだまし取った罪で有罪判決を受けたことがありますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

18. 恩恵のトラフィッキング (トレードや売却)

あなたやあなたの家庭の誰かが、1996年9月22日以降に、\$500以上のSNAP恩恵のトラフィッキング (他者とのEBTカードのトレードや売却) で有罪判決を受けたことがありますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

19. 薬物のための恩恵のトレード

あなたやあなたの家庭の誰かが、1996年9月22日以降に、薬物を入手するためにSNAP恩恵のトレードで有罪判決を受けたことがありますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

20. 武器や爆発物のための恩恵のトレード

あなたやあなたの家庭の誰かが、1996年9月22日以降に、武器や爆発物を入手するためにSNAP恩恵のトレードで有罪判決を受けたことがありますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

21. 重罪犯人逃亡

あなたやあなたの家庭の誰かが、詐欺罪または詐欺の犯行企てで起訴され投獄や入所されることを避けて、法律から隠れるまたは逃亡していますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

22. 保護観察/仮釈放の違反

あなたやあなたの家庭の誰かが、保護観察や仮釈放の違反で有罪判決を受けたことがありますか? (ひとつ選択してください)

はい いいえ

はいの場合は誰が: _____

余白

余白

記入しないでください – 郡使用のみ

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