

재해 CALFRESH 신청서

카운티 사용란	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

재해 혜택 기간: _____ ~ _____

중요 정보 - 주의깊게 읽으십시오.

신청인 또는 수령인의 권리

- 인종, 피부색, 국적, 종교, 정당 가입, 성별, 장애 또는 연령에 관계 없이 혜택을 받을 권리 외, 차별대우를 받았다고 생각되는 경우 이에 대해 이의를 제기할 권리.
- 신청서 접수 후 수혜자격이 있는 경우 1-3일 내에 재해 CalFresh 혜택을 제공받을 권리.
- 해당 카운티 복지부에 귀하의 사례에 취해진 조치에 관해 말하고 신청서 승인일 또는 기각일로부터 90일 이내에 주정부 심의회를 요청할 권리.
- 신청서가 기각된 경우 그 즉시 감독관에 의해 검토를 받을 권리.
- 카운티 복지부에 서면으로 또는 1-800-952-5253번으로 이의를 제기하거나 심의회를 신청할 권리. 청각 장애인 전용(TDD)전화: 1-800-952-8349.
- 주정부 심의회에서 스스로를 대변하거나 가족, 친구, 변호사 또는 그 밖에 다른 사람으로 하여금 귀하를 대변하도록 할 수 있는 권리.
- 가족 구성원 또는 귀하가 아는 다른 성인으로 하여금 본 신청서를 작성하도록 할 권리. 가족 구성원이 아닌 사람이 본 신청서를 작성할 경우 세대주 또는 가족 다른 구성원의 서명이 들어 있는 승인서를 첨부하도록 하십시오.

신청인 또는 수령인의 의무:

- 해당 질문에 대해 최대한 진실하고 완전히 답변할 의무. 필수 정보를 제공하지 않을 경우 재해 CalFresh 혜택을 받을 수 없습니다.
- 인터뷰 시, 세대주의 신원, 신청서 작성인의 신원을 밝혀야 하며, 가능하다면 재해 발생 당시 가족의 거주지 및/또는 직장 주소 증빙서류를 제시할 의무.
- 재해 기간 이후에 검토 대상으로 선정된 경우, 해당 카운티, 주 및 연방 공무원에게 반드시 협조해야 할 의무.

- 귀하의 재해 CalFresh 혜택을 다른 사람이 수령 또는 사용하도록 승인할 수 있습니다. 다른 사람을 승인하려면 아래 항목을 작성하십시오.

승인 대리인 이름	전화번호
주소 - 시 및 우편번호 포함	
<input type="checkbox"/> EBT 카드만 수령	<input type="checkbox"/> 가족의 식품 구입을 위한 EBT 카드 수령

처벌 경고!!

귀 가족이 재해 CalFresh 혜택을 수령하는 경우, 반드시 아래에 열거된 규칙을 준수해야 합니다. 정보를 보고하지 않거나 사실에 대해 의도적으로 허위 진술을 하는 경우 벌금, 구금 또는 둘 다의 처벌과 함께 법적 처분을 받을 수 있습니다. 처벌로는 해당 프로그램의 수혜자격 박탈, 최고 25만 달러의 벌금 및 최고 20년의 징역형을 받을 수 있습니다. 수혜 자격 박탈 기간은 최초 위반 시 12개월, 두 번째 위반 시 24개월이며, 세 번째 위반 시 영구적으로 박탈됩니다.

- 재해 CalFresh 혜택을 받기 위해 거짓 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 않도록 하십시오.
- 귀하의 재해 CalFresh 혜택 또는 그 밖의 지급 수단을 거래하거나 판매하지 마십시오.
- 수혜할 자격이 없는 재해 CalFresh 혜택을 받기 위해 EBT 카드나 기타 지급 수단을 변형하지 마십시오.
- 재해 CalFresh 혜택으로 술이나 담배 등, 비구매 품목을 구매하지 마십시오.
- 귀 가족을 위해 다른 사람의 EBT 카드 또는 기타 지급 수단을 사용하지 마십시오.

작성요령: 이 양식에 있는 질문에 대한 답은 위의 disaster 혜택 기간 중에 예상되는 상황으로 답하십시오.

이름(세대주)	
재해 발생 당시 영구 집 주소	전화번호
임시 주소	전화번호
우편 주소	전화번호
재해 발생 당시 직장 주소	전화번호

카운티 사용란	
<input type="checkbox"/> Disaster Application	Can the identify of the authorized representative be verified?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Type of verification:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Can the head of household's identity be verified?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Type of verification:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Is permanent residence in disaster area?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Type of verification:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Is work address in the disaster area?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Type of verification:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Can the household's residence be verified?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Type of verification

파트 A - 가족 상황 (각 질문에 "예" 또는 "아니오" 중 한 곳에 체크할 것)

1. 재해 발생 당시, 재해 구역에서 거주했음 근무했음 거주도 하고 근무도 했음 (한 곳에 체크할 것)
다음과 같은 가족 구성원이 있었습니까?
2. 귀 가족의 수입 또는 현금 자산을 가지거나 받을 수 없는 상황입니까? 예 아니오
3. 재해로 인해 귀하의 수입이나 현금 자산이 줄어들었거나, 지연되었거나, 중단되었습니까? 예 아니오
4. 재해 혜택 기간에 식료품을 구입해 식사를 준비할 계획입니까? 예 아니오
5. 가족 중에 _____ 에서 일하는 사람이 있습니까? 예 아니오
카운티/주 CALFRESH 기관 이름

파트 B - 가족 구성원

5. Disaster CalFresh 혜택을 신청하는 모든 사람의 이름을 열거하십시오. 재해 발생 당시 함께 거주하고 있었던 사람만을 포함하십시오. 재해로 인해 다른 가족과 함께 잠시 거주하고 있는 경우, 그 가족 구성원은 포함시키지 마십시오. *사회보장번호(SSN)는 원할 경우 제공할 수 있습니다. 이 번호는 신원확인용으로만 사용됩니다.

이름(세대주) (HH)		SSN*	생년월일
a. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
b. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
c. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
d. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
e. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
f. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일
g. 이름	HH와의 관계	SSN*	생년월일

파트 C - 수입(소득)/자산/지출액

6. a. 위에 열거된 모든 사람들이 재해 혜택 기간에 수령했거나, 수령할 예정인 급여 또는 기타 수입의 총합계는 얼마입니까? \$ _____
 b. 귀하의 모든 수입원(소득 출처)을 기재하십시오.

7. 위에 기재한 사람이 재해 혜택 기간에 받을 수 있는 총 현금 자산을 기재하십시오. 6번 금액은 포함하지 마십시오.

보유 현금	저축 계좌(세이빙스 어카운트)	당좌예금 계좌(체크킹 어카운트)	기타
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. 재해 기간에 지불했거나 지불할 예정인 재해 관련 손실이나 손상에 대한 지출액을 기재하십시오. 위에 기재하지 않은 사람이 지불할 금액이나 재해 기간에 현금 받을 금액은 기재하지 마십시오. 해당 지출액으로는 다음을 포함할 수 있습니다.

a. 가족의 주택 또는 가족 구성원의 직업 또는 자영업에 필요한 기타 재산 손상에 대한 수리 비용	\$ _____
b. 거주 또는 접근이 불가능한 주택 상태로 인해 발생한 임시 대피소 비용	\$ _____
c. 재해로 피해를 입은 지역으로부터의 이사 비용	\$ _____
d. 재해로부터 손상을 입지 않도록 주택 또는 사업체를 보호하기 위해 지출된 비용	\$ _____
e. 개인 부상으로 인해 지출된 의료 비용	\$ _____
f. 재해 관련 장례 비용	\$ _____
g. 재해 관련 애완동물 관리 비용	\$ _____
h. 의류, 가전기구, 공구, 교육 자료 등, 재해로 인해 새로 마련해야만 했던 개인 및 가족 필수품 관련 비용	\$ _____
i. 주요 난방 가동을 위한 연료 비용	\$ _____
j. 청소 물품 비용	\$ _____
k. 재해로 파손된 차량 비용	\$ _____
l. 창고/저장소 비용	\$ _____

9. a. 위에 기재된 사람 중, 현재 CalFresh 혜택을 받고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오
 '예'일 경우, 누구입니까? _____ 카운티 _____ 주 _____ 월 할당금 \$ _____
 b. 그들이 이 달에 다른 CalFresh 혜택을 요청했거나 받았습니까? 예 아니오
 '예'일 경우, 얼마를 수령했거나 수령할 예정이었습니까? _____

신청인 증명

본인은 신청서의 질문을 이해했으며, 제 가족은 재해 CalFresh 혜택이 필요한 상태임을 증명합니다. 본인은 위의 처벌 경고 사항을 읽었습니다(또는 다른 사람이 읽어주었습니다). 본인은 본인의 수혜자격 여부를 확인하는 데 필요한 정보 공개를 허락합니다. 본인의 신청이 수락될 경우, 본인은 카운티, 주, 연방 직원들이 disaster 혜택 기간 후 실시할 평가에 전적으로 협력할 것입니다. 또한 본인, 가족 중 다른 성인 또는 승인된 대리인이 부정확하거나 불완전한 정보를 제공하여 과도하게 지불받은 혜택을 상환할 의무가 있음을 이해합니다.

본인은 미국 연방법과 캘리포니아 주법 하에 위증시 처벌을 받는다는 전제 하에 이 신청서에 기술된 사실이 진실하고 정확하게 작성되었음을 선언합니다.

서명 (성인 세대원 또는 위임 대리인)	날짜	WORKER'S SIGNATURE	DATE
서명을 "X"로 표기한 경우 이름 목격자 증인	날짜	SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

카운티 사용란

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from (6))	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from (7))	\$ _____
C. Total disaster period income (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from (8))	\$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	\$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	\$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	\$ _____

EBT Card Number issued

 YES NO