

추가 개인에 대한 사실 진술서

(CalFresh(식료품 지원)에 대한 추가 신청 및 현금 보조금 요청)

작성 방법 안내: 이 양식에 새 가구원에 대한 정보를 기재하시면 됩니다. 질문에 응답하는 데 적을 공간이 더 필요한 경우 별도의 종이를 첨부해 주십시오. 귀하가 신청하는 수당과 관련된 모든 질문에 답을 적어 주십시오. 어느 질문이 어느 프로그램용인지 알 수 있도록 각 질문 좌측에 현금 보조금의 경우 "CA", CalFresh의 경우 "CF"가 적혀 있습니다.

현금 보조금을 받고 있고, 새 가구원을 보조금 대상으로 추가하고자 하는 경우, 이 양식은 반드시 현재 현금 보조금을 받고 있는 돌보는 성인 친척, 또는 새 가구원이 미성년이 아닌 경우 추가되는 당사자가 직접 작성해야 합니다.

CalFresh 가구로, 현재 현금 보조금을 받고 있지 않고 새 가구원에 대해 현금 보조금을 신청하고자 하지 않는 경우, 이 양식은 가구 구성원, 지정 대리인 또는 추가되는 당사자가 직접 작성할 수 있습니다.

펜을 사용해 정자체로 적어 주십시오.

CA ① 양식 작성자 이름(이름, 가운데 이름, 성) 예 아니오
CF

CA ② 신생아를 포함해 새 가구원을 모두 적어 주십시오. 예 아니오
CF

이름 (이름 가운데 이름 성) 시민/비시민 신분(✓) 미국 시민/국적자
 비시민: 스폰서 여부 예 아니오

사회보장번호(SSN) 생년월일 임신 여부 자녀가 있습니까?
 예 아니오 예 아니오

출생 장소(시/주/국가) 성별(✓) 학력(✓)
 남 여 고등학교 졸업장이 있음
 미혼 이혼 관습법상 사실혼 사별 GED가 있음
 시각 장애/청각 장애/신체 장애 현재 학교를 다니고 있음
 예 아니오 현재 학교를 다니고 있지 않음(자세히 설명해 주십시오):

신청인/돌보는 사람/가장과 친척 관계입니까? 사용하는 다른 이름(해당 경우): (결혼 전 이름, 양부모 이름 등)
"예"인 경우 관계를 구체적으로 설명해 주십시오. 예 아니오

요청 보조금 유형(✓) 현금 보조금 CalFresh

CA ③ 새 가구원은 과거에 현금 보조금, CalFresh, 노숙자 지원, Medi-Cal, 난민 현금 지원 등 수당을 신청했거나 받은 적이 있습니까? 예 아니오
CF "예"인 경우 구체적으로 적어 주십시오.

연제 어디서(카운티, 주 또는 국가) 수당 유형

CA ④ 새 가구원은 19세 미만의 미성년자입니까? "예"인 경우 아래에 답해 주십시오. 예 아니오

부모 또는 돌보는 친척의 이름 (✓) 가정 내에 살고 있음	다른 부모의 이름 (✓) 가정 내에 살고 있음	다른 부모가 가정 내 같이 살고 있지 않은 이유	부모의 어떤 상태로 인해 자녀가 보조금을 필요로 하는지 알려 주십시오 (해당되는 항목에 모두 체크표시해 주십시오). <input type="checkbox"/> 부재 <input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 무능력 <input type="checkbox"/> 사망
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

CA ⑤ 새 가구원은 미군에 복무했거나 미군에 복무했던 사람의 배우자, 부모 또는 자녀입니까? "예"인 경우 구체적으로 적어 주십시오. 예 아니오
CF

육해군, 병과 등. 명예 제대
 예 아니오

CA ⑥ 새 가구원은 현재 캘리포니아 주에 거주하고 있고 계속 여기에 거주하고자 합니까? 예 아니오
CF "아니오"인 경우 구체적으로 적어 주십시오.

카운티 전용란		
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:	YES	NO
Deprivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERIFIED:	YES	NO
CW 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date Initiated	_____	

<p>CA ⑦ 새 가구원은 가정에 함께 살고 있는 위탁 아동입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>CF</p> <p>A. 이 아동이 법원의 부양(디펜던시) 명령에 따라 귀하 가정으로 배치된 아동입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>B. 위탁 아동과 위탁 돌봄 소득이 CalFresh 케이스에 반영되기를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>C. 이 아동이 의료 보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p style="text-align: center;">카운티 전용란</p> <p>7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order</p> <p>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</p> <p>7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service</p>												
<p>CA ⑧ A. 새 가구원은 16세 이상으로 학교 또는 대학에 재학 중이거나 훈련 프로그램에 참여 중입니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <p>CF</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">학교/대학/훈련 프로그램 이름</td> <td style="width: 25%;">매주 단위/시간</td> <td style="width: 25%;">졸업 예정일</td> <td style="width: 25%;">일하고 있습니까?</td> </tr> <tr> <td>재학 중인 경우, 해당 신분 상태에 체크표시(✓)해 주십시오. <input type="checkbox"/> 전시간(Full time) <input type="checkbox"/> 반시간(Half time) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로).</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> </table>	학교/대학/훈련 프로그램 이름	매주 단위/시간	졸업 예정일	일하고 있습니까?	재학 중인 경우, 해당 신분 상태에 체크표시(✓)해 주십시오. <input type="checkbox"/> 전시간(Full time) <input type="checkbox"/> 반시간(Half time) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로).			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<p>VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>				
학교/대학/훈련 프로그램 이름	매주 단위/시간	졸업 예정일	일하고 있습니까?										
재학 중인 경우, 해당 신분 상태에 체크표시(✓)해 주십시오. <input type="checkbox"/> 전시간(Full time) <input type="checkbox"/> 반시간(Half time) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로).			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오										
<p>CA B. 새 가구원이 대학 재학 중 또는 유사한 교육 기관에 다니고 있는 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <p>CF</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">학기 <input type="checkbox"/> 2학기제 <input type="checkbox"/> 1년제 <input type="checkbox"/> 4학기제</td> <td style="width: 25%;">학기 당 학비/비용 \$</td> <td style="width: 25%;">학기 당 책, 용품 등 \$</td> <td style="width: 25%;">VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>학교/보육 시설까지 걸리는 하루 왕복 거리(마일 단위)</td> <td>매주 출석 일 수</td> <td>이용하는 교통 수단</td> <td></td> </tr> <tr> <td>매주 교통비 \$</td> <td>카풀 구성원들이 내는 금액 \$</td> <td>하루 동안 이용하는 대중 교통 요금(버스 등) \$</td> <td></td> </tr> </table>	학기 <input type="checkbox"/> 2학기제 <input type="checkbox"/> 1년제 <input type="checkbox"/> 4학기제	학기 당 학비/비용 \$	학기 당 책, 용품 등 \$	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	학교/보육 시설까지 걸리는 하루 왕복 거리(마일 단위)	매주 출석 일 수	이용하는 교통 수단		매주 교통비 \$	카풀 구성원들이 내는 금액 \$	하루 동안 이용하는 대중 교통 요금(버스 등) \$		
학기 <input type="checkbox"/> 2학기제 <input type="checkbox"/> 1년제 <input type="checkbox"/> 4학기제	학기 당 학비/비용 \$	학기 당 책, 용품 등 \$	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
학교/보육 시설까지 걸리는 하루 왕복 거리(마일 단위)	매주 출석 일 수	이용하는 교통 수단											
매주 교통비 \$	카풀 구성원들이 내는 금액 \$	하루 동안 이용하는 대중 교통 요금(버스 등) \$											
<p>CA ⑨ 새 가구원은 품질 관리 조사 중 비협조, 근로 또는 교육 관련 제재, 또는 복지 사기 또는 의도적 프로그램 위반으로 인해 일시적 또는 영구적으로 현금 보조금 또는 CalFresh 지급을 중지 당한 적이 있습니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <p>CF</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">이유</td> <td style="width: 33%;">언제</td> <td style="width: 33%;">어느 카운티/주</td> </tr> </table>	이유	언제	어느 카운티/주	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>									
이유	언제	어느 카운티/주											
<p>CA ⑩ 가구 구성원 중 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨는 중이거나 도주 중인 사람이 있습니까? “예”인 경우, 해당 구성원의 이름을 적어 주십시오.</p> <p>CF</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>												
<p>CA ⑪ 가구 구성원 중 보호 관찰 또는 가석방을 위반한 것으로 법원 판결을 받은 사람이 있습니까? “예”인 경우, 해당 구성원의 이름을 적어 주십시오.</p> <p>CF</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>												
<p>CF ⑫ 새 가구원은 규칙적으로 가정 내 다른 구성원들과 별도로 식료품을 구입하고 식사를 준비합니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>											
<p>CF ⑬ 새 가구원은 60세 이상으로 장애 때문에 혼자서 식품을 구입하고 식사를 준비할 수 없습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>											
<p>CF ⑭ 새 가구원은 귀하에게 식사 및/또는 방 사용료를 지불합니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">BOARDER</td> <td style="width: 33%;">HH MEMBER</td> <td style="width: 33%;">ROOMER</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER					
Household Elects													
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER											
<p>CF ⑮ 새 가구원은 다음 프로그램으로부터 식료품을 받습니까? • 고령자 또는 장애인을 위한 공동 식사 시설 • 미국 원주민 보호 구역이 운영하는 식품 배급 프로그램 • 기타 식품 프로그램 “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <p>프로그램 이름</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>												

<p>CA 16 새 가구원은 현재 일을 하고 있거나 앞으로 일을 하게 될 것으로 예상됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오. 급여 명세서 또는 기타 소득 증빙을 첨부해 주십시오. 아직 근무를 시작하지 않은 경우 예상 근무 시작일은 언제입니까? _____ (참고: 자영업자인 경우, 별도 종이에 사업 경비 내역을 본 양식에 첨부하십시오).</p>	<p>카운티 전용란</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child</p> <hr/> <p>CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p>Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																							
<p>고용주 이름 자영업자 직업 월 근로 일수/시간</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>																								
<p>급여일 공제 전 임금 팁 또는 커미션</p> <p style="margin-left: 20px;">\$ / <input type="checkbox"/> 있음 금액 \$ <input type="checkbox"/> 없음</p>																								
<p>이 소득은 계속 유지될 예정입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 “아니오”인 경우 변동 내역을 설명해 주십시오.</p>																								
<p>CA 17 A. 새 가구원은 일을 하거나 훈련에 참여하거나 구직 활동을 하기 위해 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF 누군가를 고용해 자녀, 장애가 있는 성인 또는 기타 부양 가족을 돌보도록 하고 있습니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>	<p>Child Care Informing Given to Client:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Trustline Informing (CCP 2)</td> <td style="width:50%;">Health & Safety Certification (CCP 5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>Dependent Care Eligible</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">CF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CA	CF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No															
Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)																							
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
CA	CF																							
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
<p>CA B. 새 가구원은 지급되는 아동 돌봄 비용을 받고 있습니까? 친척 또는 친구, <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF 교육부(DOE), 학생 보조금(Student Aid), 정액 보조금(Block Grant), Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP 등에서 지급하는 비용도 포함됩니다. “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>																								
<p>자녀의 이름 지급인/지급처 매달 지급액</p> <p style="margin-left: 20px;">\$</p>																								
<p>자녀의 이름 지급인/지급처 매달 지급액</p> <p style="margin-left: 20px;">\$</p>																								
<p>CA 18 새 가구원은 지난 60일 사이에 근로 또는 훈련을 중단 또는 거부한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		YES	NO	Emp. Statement			Good Cause Determ			Voluntary Quit													
	YES	NO																						
Emp. Statement																								
Good Cause Determ																								
Voluntary Quit																								
<p>고용주/훈련 프로그램의 이름 및 주소 새 가구원은 이번 달에 임금 또는 수당을 받았거나 받을 것으로 예상됩니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p><input type="checkbox"/> CA: 30 days <input type="checkbox"/> CF: 60 days</p>																							
<p>마지막으로 받은 급여(날짜) 공제 전 금액</p> <p style="margin-left: 20px;">\$</p>																								
<p>예상 금액(날짜) 공제 전 금액</p> <p style="margin-left: 20px;">\$</p>																								
<p>근로/훈련 시간 근로/훈련 종료일 팁 또는 커미션</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 있음 금액 \$ <input type="checkbox"/> 없음</p>																								
<p>지난 달 _____ 일자리/훈련을 그만 둔 이유</p> <p>이번 달 _____</p>																								
<p>CA 19 새 가구원은 현재 파업 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>	<p>Striker Regs Apply</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">CF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	CA	CF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																			
CA	CF																							
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
<p>고용주/훈련 프로그램의 이름 및 주소 노동조합의 이름</p>																								
<p>파업을 한 날짜</p>																								
<p>파업 전 이 일자리를 통해 얻은 매달 총 소득</p> <p style="margin-left: 20px;">\$</p>																								
<p>CA 20 새 가구원은 자녀 양육비 또는 배우자 부양비를 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>	<p>Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																							
<p>자녀 또는 배우자의 이름 월 지급액 법원 명령 여부</p> <p style="margin-left: 20px;">\$ <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>Amount Ordered</p> <p>\$</p>																							
<p>CA 21 새 가구원은 지난 12개월 사이에 사회 복지 수당(Social Security), 실업/장애 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF 보험(Unemployment/Disability Insurance), 현금 보조금, 자녀 양육비/배우자 부양비, 재향 군인 수당 (Veterans Benefits), 무료 주택, 무료 유틸리티 등 기타 수당을 신청했거나 받은 적이 있습니까? “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">수당 유형</td> <td style="width:10%;">금액</td> <td style="width:10%;">신청일</td> <td style="width:10%;">어디서(카운티/주)</td> <td style="width:10%;">마지막 수령일</td> <td style="width:10%;">얼마나 자주 (주 1회, 월 1회 등)</td> <td style="width:10%;">시작 및 종료 예정일</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>시작일:</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>종료일:</td> </tr> </table>	수당 유형	금액	신청일	어디서(카운티/주)	마지막 수령일	얼마나 자주 (주 1회, 월 1회 등)	시작 및 종료 예정일			\$					시작일:	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF							종료일:	
수당 유형	금액	신청일	어디서(카운티/주)	마지막 수령일	얼마나 자주 (주 1회, 월 1회 등)	시작 및 종료 예정일																		
	\$					시작일:	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF																	
						종료일:																		
<p>이 소득은 계속 유지될 예정입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 “아니오”인 경우 변동 내역을 설명해 주십시오.</p>																								

<p>CA 22 새 가구원은 미국 외에 다른 국가를 포함하여 토지 및/또는 건물과 같은 부동산을 소유하고 있거나 구매하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">유형(토지, 주택, 아파트 등)</td> <td style="width: 20%;">용도(거주, 임대 등)</td> <td style="width: 20%;">주소 또는 위치</td> <td style="width: 10%;">추정 가치</td> <td style="width: 10%;">지급 예정 금액</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	유형(토지, 주택, 아파트 등)	용도(거주, 임대 등)	주소 또는 위치	추정 가치	지급 예정 금액				\$	\$	<p>카운티 전용란</p> <p>Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Other Real Property</p> <p>Market Value \$ _____</p> <p>Amount Owed \$ _____</p> <p>Net Value \$ _____</p> <p>Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																																					
유형(토지, 주택, 아파트 등)	용도(거주, 임대 등)	주소 또는 위치	추정 가치	지급 예정 금액																																												
			\$	\$																																												
<p>CA 23 A. 새 가구원은 다음과 같은 자산을 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 해당 항목에 모두 체크표시(✓)하고 아래에 설명해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">자산</td> <td style="width: 10%;">예</td> <td style="width: 10%;">아니오</td> <td style="width: 25%;">자산</td> <td style="width: 10%;">예</td> <td style="width: 10%;">아니오</td> </tr> <tr> <td>수표 또는 현금 (집안에 또는 다른 곳에 있음)</td> <td></td> <td></td> <td>신탁 기금</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수표계좌/보통예금/ 신용 조합 계좌</td> <td></td> <td></td> <td>주식, 채권, 증서, IRA, 퇴직 기금</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>어음, 모기지, 신탁 증서, 매매 계약서</td> <td></td> <td></td> <td>기타(아래에 열거)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">자산 유형</td> <td style="width: 15%;">소유주</td> <td style="width: 15%;">계좌/증서 번호</td> <td style="width: 15%;">은행 등 이름 및 주소</td> <td style="width: 10%;">현재 가치</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(✓) if Exempt CA CF</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	자산	예	아니오	자산	예	아니오	수표 또는 현금 (집안에 또는 다른 곳에 있음)			신탁 기금			수표계좌/보통예금/ 신용 조합 계좌			주식, 채권, 증서, IRA, 퇴직 기금			어음, 모기지, 신탁 증서, 매매 계약서			기타(아래에 열거)			자산 유형	소유주	계좌/증서 번호	은행 등 이름 및 주소	현재 가치						\$	(✓) if Exempt CA CF					\$	<p>B. 새 가구원은 이러한 자산들 중, 이자, 배당금 등의 소득을 얻습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 각 항목을 열거하고 아래에 설명해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">수입원</td> <td style="width: 20%;">금액 \$</td> <td style="width: 40%;">소득 주기</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td></td> </tr> </table>	수입원	금액 \$	소득 주기		\$	
자산	예	아니오	자산	예	아니오																																											
수표 또는 현금 (집안에 또는 다른 곳에 있음)			신탁 기금																																													
수표계좌/보통예금/ 신용 조합 계좌			주식, 채권, 증서, IRA, 퇴직 기금																																													
어음, 모기지, 신탁 증서, 매매 계약서			기타(아래에 열거)																																													
자산 유형	소유주	계좌/증서 번호	은행 등 이름 및 주소	현재 가치																																												
				\$	(✓) if Exempt CA CF																																											
				\$																																												
수입원	금액 \$	소득 주기																																														
	\$																																															
<p>CA 24 새 가구원은 자동차, 트럭, 보트, 트레일러, 밴, 이동식 주택, ATV(오프로드 차량), 모터사이클, 수상 스쿠터, 제트스키 등과 같은 모터 차량을 소유, 임대 또는 사용하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">소유주 이름. 임대한 경우 체크표시(✓)하십시오</td> <td style="width: 15%;">사용 용도</td> <td style="width: 15%;">제조 연도, 제조사, 모델</td> <td style="width: 15%;">라이선스 번호 & 등록 상태</td> <td style="width: 10%;">라이선스 유무 (✓) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음</td> <td style="width: 10%;">추정 가치</td> <td style="width: 10%;">지급 예정 잔액</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 임대</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	소유주 이름. 임대한 경우 체크표시(✓)하십시오	사용 용도	제조 연도, 제조사, 모델	라이선스 번호 & 등록 상태	라이선스 유무 (✓) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	추정 가치	지급 예정 잔액	<input type="checkbox"/> 임대					\$	\$	<p>(✓) If Exempt Leased <input type="checkbox"/> Exempt Leased <input type="checkbox"/></p> <p>Vehicle Valuation</p>																																	
소유주 이름. 임대한 경우 체크표시(✓)하십시오	사용 용도	제조 연도, 제조사, 모델	라이선스 번호 & 등록 상태	라이선스 유무 (✓) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	추정 가치	지급 예정 잔액																																										
<input type="checkbox"/> 임대					\$	\$																																										
<p>CA 25 새 가구원은 보석류, 장비류, 기구류, 가축 등, 품목별 최소 구입 비용이 \$100에 달하거나 현재 품목별 최소 \$100의 가치가 있는 개인 소유 재산을 소유 또는 사용하고 있습니까? 의류, 결혼 반지, 러그, 가구, 가전제품 또는 기타 가정용품은 포함시키지 마십시오. CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">소유주</td> <td style="width: 20%;">품목명</td> <td style="width: 10%;">구입일</td> <td style="width: 10%;">구입 가격 또는 현재 시가</td> <td style="width: 10%;">지급 예정 잔액</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	소유주	품목명	구입일	구입 가격 또는 현재 시가	지급 예정 잔액				\$	\$				\$	\$	<p><input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately</p> <p>Net Market Value \$ _____</p>																																
소유주	품목명	구입일	구입 가격 또는 현재 시가	지급 예정 잔액																																												
			\$	\$																																												
			\$	\$																																												
<p>CA 26 새 가구원은 현금 보조금의 경우 지난 2년간, CalFresh의 경우 지난 3개월간 부동산이나 개인 소유 재산을 팔거나 양도하거나 무상으로 증여한 적이 있습니까? “예”인 경우 아래에 구체적으로 설명해 주십시오.</p>	<p>Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months</p>																																															
<p>CA 27 새 가구원은 생명 보험, 장례 보험, 장애 보험, 모기지 보험 등에 가입되어 있습니까? CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">보험 회사 이름</td> <td style="width: 15%;">보험 증권 번호</td> <td style="width: 20%;">(이름)이(가) 납입하는 보험료</td> <td style="width: 15%;">납부 금액</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	보험 회사 이름	보험 증권 번호	(이름)이(가) 납입하는 보험료	납부 금액				\$	<p>Total CSV (1) _____ (2) _____</p> <p>Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____</p>																																							
보험 회사 이름	보험 증권 번호	(이름)이(가) 납입하는 보험료	납부 금액																																													
			\$																																													
<p>CA 28 새 가구원은 고용주 또는 부재 부모가 보험료를 납입하는 보험을 포함해, Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, 메디케어(Medicare) 등 건강 보험 또는 입원 보험에 가입되어 있습니까? CF “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">보험 회사 이름</td> <td style="width: 10%;">만료일</td> <td style="width: 10%;">보험료 금액</td> <td style="width: 10%;">납입 빈도</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td></td> </tr> </table>	보험 회사 이름	만료일	보험료 금액	납입 빈도			\$		<p><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>																																							
보험 회사 이름	만료일	보험료 금액	납입 빈도																																													
		\$																																														

CA 29 새 가구원은 이번 달, 또는 이번 달 이전 3개월 사이에 의료/임신 관련 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오
 “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.

치료를 받고 있는 사람의 이름	치료 기간(개월 수)	치료비 지불이 이루어졌습니까?		이 기간에 대해 Medi-Cal을 원하십니까?	
		예	아니오	예	아니오

카운티 전용란
 Retro Medi-Cal
 Requested Yes No
 Approved Yes No

CA 30 새 가구원은 부모, 고용주 또는 부재 부모를 통해 이용할 수 있으면서 신청된 적이 없는 건강 보험에 가입되어 있습니까? 예 아니오
 “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.

보험 회사 이름	보험료 금액	납입 빈도
	\$	
	\$	

DHS 6155

CA 31 새 가구원은 부상 또는 사고로 인한 장애가 있어 일하거나 자신의 필요를 해결하는 데 어려움이 있습니까? 예 아니오
 “예”인 경우 아래에 답해 주십시오.

문제 유형	문제 시작일	예상 회복일

VERIFIED:
 Higher/Lower MAP Yes No
 Special Need Yes No
 DFA 285-C

CA 32 A. 새 가구원은 다음을 필요로 하는 의료 질환(들) 또는 상황(들)을 가지고 있습니까?
 CF 각 항목별로 예 또는 아니오에 체크표시(✓)해 주십시오.

의사가 처방한 특별 식이요법	예		아니오	
특수 이동 수단 필요			매우 높은 유틸리티 사용량	
특수 전화기 또는 기타 장비			특수 세탁 서비스	
집안일(집안에서 할 사람이 없는 경우)			기타(구체적으로):	

CA Special Need Yes No
 Amount \$ _____
 VERIFIED:
 CA Yes No
 CF Yes No
 DFA 285-C

“예”인 경우 구체적으로 적어 주십시오.

CA B. 새 가구원은 IHSS(가정 내 지원 서비스)를 받고 있습니까? 예 아니오
 CF “예”인 경우, 매달 지불하는 금액은 얼마입니까? \$ _____

DFA 285-C

CA 33 다음과 같은 서비스가 제공되고 있습니다. 본인 자신 또는 가족 구성원에 대해 아래 질문에 대한 대답은 귀하의 적격성 여부에 영향을 미치지 않습니다.
 각 항목별로 예 또는 아니오에 체크표시(✓)해 주십시오.

	예		아니오	
A. 요청하실 경우, 21세 미만의 가족 구성원 중 요건 충족자를 대상으로 CHDP(아동 건강 및 장애 예방 프로그램)를 통해 귀하 가족의 건강 보호를 위한 정기 건강 검진이 제공됩니다. • CHDP 서비스에 관한 자세한 정보를 원하십니까? • CHDP 의료 서비스를 받기를 원하십니까? • CHDP 치과 서비스를 받기를 원하십니까? • CHDP 서비스 예약 또는 교통편과 관련해 도움이 필요하십니까?				
B. 가족 구성원 중 임신한 사람이 있는 경우, 의사를 찾는 일, 건강식을 먹는 일, 그리고 그 외 다른 사안과 관련해 도움을 받을 수 있습니다. 이러한 도움과 관련해 담당자와 상의하길 원하십니까?				
C. 가족 구성원 중 모유 수유 중인 사람이 있습니까? “예”인 경우, 지난 12개월 사이에 출산을 했습니까?				
33 B 또는 C에 ‘예’라고 체크표시한 경우, WIC(여성, 유아 및 아동을 위한 특수 보충 식품 프로그램)가 제공하는 서비스를 받는 자격이 충족될 수 있습니다.				
D. 본인이나 가족 구성원 중 무료 또는 저비용 가족 계획 서비스를 받길 원하는 사람이 있습니까? “예”인 경우, 귀하의 의료 보험 플랜 또는 주치의에게 전화로 문의하십시오. 또는, 비공개 가족 계획 클리닉의 위치 및 관련 정보가 필요하면 수신자 부담 전화 1-800-942-1054번으로 전화하십시오.				

CHDP Brochure and Explanation Given
 Date: _____
 Referral
 Pregnant
 Parent or Guardian of child under 5
 Breastfeeding
 Postpartum
 WIC referral
 Family Planning Information Given
 Referred Date _____

증명

본인은 다음을 이해합니다.

- 수당 및 소득 관련 사실을 포함해 본인이 기재한 모든 사실은 고용주, 사회보장국, 조세, 복지 및 실업 당국 등 지역, 주 및 연방 기록 및 학교 출석 기록 등과 비교-확인됩니다. 또한 현금 보조금 및 CalFresh의 경우, 법집행 기관이 보유하고 있는 체포 기록과 비교-확인합니다.
- 수당 및 소득 관련 사실을 포함해 본인이 기재한 모든 사실은 카운티, 주 및 연방 정부 담당자가 검토 및 확인할 수 있으며, 본인이 잘못된 사실을 기재한 경우 본인의 현금 보조금, CalFresh 및 Medi-Cal은 지급 거부 또는 중지될 수 있습니다.
- 본인의 적격성 요건 충족 여부가 올바르게 판단되었는지 확인하기 위해 본인의 케이스가 검토 대상으로 선정될 수 있으며, 품질 관리 조사를 포함해 모든 조사 또는 검토에 있어 카운티, 주 또는 연방 당국 직원에게 전적으로 협조해야 합니다.
- 카운티는 이민자 신분 및 사실 확인을 위해 미국 이민국(USCIS)에 본인 정보를 송부할 것이며, 카운티가 USCIS로 받은 정보는 현금 보조금, CalFresh 및 전액 Medi-Cal에 대한 본인의 적격성 여부에 영향을 미칠 수 있습니다. 그러나 본인이 Medi-Cal만 신청하는 경우, 그리고 본인이 (a) 합법적 영주권자(LPR), (b) 유효한 I-688을 소지한 엠네스티 외국인, 또는 (c) 비합법적 영구 거주자(PRUCOL)가 아닌 경우, 카운티는 본인 정보를 USCIS에 송부하지 않습니다.
- 비용이 전혀 소요되지 않는 경우 본인은 의료 보험을 신청해 가입 상태를 유지해야 합니다. 그렇게 하지 않을 경우 본인의 Medi-Cal은 지급 거부 또는 중지될 것입니다.
- 본인 또는 다른 가족 구성원들은 받을 자격이 없는데 지급된 일체의 현금 보조금을 상환할 의무가 있습니다.
- CalFresh 가구, CalFresh 가구의 모든 성인 구성원(이사 나가는 경우도 포함), 비시민권자 가구 구성원의 스폰서 또는 적격성 요건 충족 기관 내 거주자의 지정 대리인은 해당 가구가 받을 자격이 없는데 지급된 일체 수당을 상환해야 할 수 있습니다.
- 본인의 가구 구성원 중 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨는 중이거나 도주 중인 사람, 또는 보호 관찰 가석방을 위한 것으로 법원 판결을 받은 사람은 현금 보조금이나 CalFresh를 받을 수 없습니다.
- 현금 보조금의 경우, 카운티는 본인 및 특정 가구 구성원이 의무적으로 지문 채취 및 사진 촬영에 응하도록 요구합니다. 협조하지 않을 경우 수당 지급이 거부 또는 중지될 수 있습니다.

본인은 또한 다음을 이해합니다:

본인이 고의로 잘못된 사실을 신고하거나 현금 보조금, CalFresh 및 Medi-Cal에 대한 적격성 여부 또는 수당 금액에 영향을 미치는 사실 또는 상황을 빠짐없이 모두 보고하지 않을 경우 자격 박탈 및/또는 복지 사기에 따른 처벌을 받게 됩니다.

현금 보조금:

- 본인이 고의로 현금 보조금 규정을 준수하지 않을 경우, 최대 \$10,000의 벌금형 및/또는 최대 3년 간의 유치장/교도소 징역형이 부과될 수 있습니다. 또한 다음의 경우 본인의 현금 보조금 지급이 정지될 수 있습니다.
 - 모든 내용을 빠짐없이 신고하지 않거나 잘못된 내용을 신고하는 경우: 첫 번째 위반 시 6개월간, 두 번째 위반 시 12개월간, 세 번째 위반 시 영구적으로 중단되며, 또 난민 현금 지원의 경우 첫 번째 위반 시 3개월간, 이후 일체 위반에 대해서는 6개월간 중단됩니다.
 - 동시에 여러 개 케이스의 보조금을 받기 위해 여러 개의 신청서를 제출하는 경우: 첫 번째 유죄 판결의 경우 2년간, 두 번째는 4년, 세 번째는 영구적으로 중단됩니다.
 - 보조금을 받기 위한 중범죄 절도로 유죄 판결을 받는 경우: 절도 금액이 \$2,000 미만인 경우 2년간, \$2,000부터 \$4,999.99 사이는 5년, \$5,000 이상인 경우 영구적으로 중단됩니다.
 - 2개 이상의 카운티 또는 주에서 동시에 보조금을 받기 위해 카운티에 위조된 거주지 증빙을 제출하는 경우, 카운티에 자격 요건을 충족하지 않는 아동 또는 존재하지 않는 아동에 대해 허위 증빙을 제출하는 경우, 사기 행위를 통해 수령한 현금 수당액이 \$10,000를 초과하는 경우, 법정 또는 행정 청문회에서 사기 행위로 세 번째 유죄 판결을 받는 경우: 영구 중단됩니다.

CalFresh:

- 고의적으로 CalFresh 규정을 준수하지 않을 경우, 첫 번째 위반 시 12개월, 두 번째 위반 시 24개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 수당 지급이 중단됩니다. 또한 최대 \$250,000의 벌금형 및/또는 최대 20년의 유치장/교도소 징역형이 선고될 수 있습니다.
- 다음과 같은 이유로 법정에서 유죄 판결을 받은 경우:
 - CalFresh 수당을 무기류, 화약류 또는 폭발류와 교환하거나 판매한 경우 CalFresh 수당 지급은 첫 번째 위반 시에 영구적으로 중단될 수 있습니다.
 - CalFresh 수당을 규제 물질과 교환하거나 판매한 돈으로 이를 구입한 경우 본인의 수당 지급은 첫 번째 위반 시 24개월간, 두 번째 위반 시 영구적으로 지급 중단될 수 있습니다.
 - 교환하거나 판매한 CalFresh 수당 금액이 \$500 이상인 경우, 본인의 CalFresh 수당 지급은 영구적으로 중단될 수 있습니다.
 - 동시에 두 건 이상의 CalFresh 수당 신청서를 제출하고 카운티에 신분 또는 거주지 정보를 허위로 알린 경우 본인의 CalFresh 수당 지급은 10년간 중단될 수 있습니다.

본인은 본 진술서에 기재한 정보가 진실이고 정확하며 완전하다는 사실을 선서하며, 그렇지 않을 경우 미국 및 캘리포니아 주 법규에 따라 위증죄로 처벌받을 것입니다.

서명(부모 또는 돌보는 친척, MEDI-CAL 신청인, 성인 CALFRESH 가구 구성원 또는 CALFRESH 지정 대리인)

서명(현금 보조금을 신청하는 경우 다른 증거 부모)	날짜	표시 증인, 통역자 또는 신청인/수혜자를 대신하는 개인의 서명	날짜
------------------------------	----	------------------------------------	----