



CALFRESH 福利申請

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

如果您喜歡說，讀或寫英語之外的其他語言，縣政府將會免費為您安排人員提供幫助。

我如何申請？

如果您僅申請 CalFresh 福利，請使用本申請表。CalFresh 是一項糧食補助計劃，旨在幫助您支付購買家庭食物的費用。如果您希望申請 CalFresh 以外的其他計劃，例如 CalWORKs（加州工作機會並對孩子負責任計劃）或 Medi-Cal（加州醫療補助計劃），請索要用於申請其他計劃的申請表。您還可以登入網站 <http://www.benefitscal.org/> 線上申請 CalFresh 或其他計劃。

- 如果您可以，完整填寫申請表。您必須至少向縣政府提供您的姓名、地址和簽名（第 1 頁的問題 1）才能開始申請程序。
- 親自或以郵件，傳真或網路方式將申請遞交給縣政府。
- 縣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（計劃規則第 1 至 5 頁）。
- 您必須與縣政府相關人員面談，以討論您的申請。大多數面談採取電話方式，但您也可以在縣政府辦公室或與縣政府約定的其他地點進行面談。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。
- 您將需要提供您的收入，開支和其他事實證明，以查看您是否符合條件。

需要多長時間？

處理您的申請可能需要至多 30 天的時間。在下列情形如果您符合一個加速服務的准則，您有可能在 3 個日曆天內獲得福利：

- 您的家庭月總收入（扣除前收入）少於 \$150 並且您的手頭現金或支票或儲蓄帳戶的餘額不超過 \$100；或者
- 您的家庭住房費用（租金/房屋貸款和水電費）超過您的月總收入和手頭現金或支票或儲蓄帳戶金額總和；或者
- 您是支票或儲蓄帳戶存款金額少於 \$100 的移民或季節性農業工人家庭成員，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。

如要幫助縣政府瞭解您是否能夠在三日內獲得福利，請回答問題 1，6 至 8，11 和 16，並連同本申請提交您的身份證明（如果您有）。

縣政府將會向您發送一封信，以針對 CalFresh 福利告知您的家庭是獲得批准還是被拒絕。

機構會議

機構會議是一個提供家庭權利請求會見一個資格主管的過程（這會議可由具資格的工作人員和授權代表參加），以非正式方式解決任何關於家庭是否符合快速服務准則的爭議。

該機構會議應當在提出申請後的兩個工作日內安排，除非這家庭要求安排在稍後的時間，或聲明他們不希望舉行機構會議。

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，縣政府可能能夠提供幫助。在面談過程中，縣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 CalFresh 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）。
- 居住地（租賃合同，列有您地址的當前帳單）。
- 社會保險號碼（參見下面關於部分非公民的注釋）。
- 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：**如果您是自僱人士，收入和支出或稅務記錄。
- 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。

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）。
- 電話和公用事業服務費。
- 家庭中年長者（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。

我如何獲得/使用我的 CalFresh 福利？

- 縣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。請在獲取卡時於卡上簽名。您將建立一個使用該卡的個人識別號碼 (PIN)。
- 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 密碼以致於您不想使用自己的福利，請立即撥打 (877) 328-9677 或致電縣政府報告情況。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。如果您不希望花費您福利的其他人擁有您的 PIN 並且您並未報告此事，也沒有更改您的 PIN，那麼您被使用的任何福利都不會補發。
- 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）。
- 大多數雜貨店和其他出售食品的地方都接受 CalFresh 福利。如需您附近接受 EBT 的地點列表，請訪問 <https://www.ebt.ca.gov>。
- CalFresh 福利僅供您和您的家庭成員使用。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。

如果我無家可歸會怎麼樣？

如果您無家可歸，請立即告知縣政府，以便其指出可以利用的，用於接受您的申請並且從縣政府獲取有關您的案件之通知的地址。對於 CalFresh，無家可歸意味著您具有以下某種情況：

- A. 居住在監督式避難所，過渡性中途宿舍或類似地方。
- 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（例如，走廊，巴士車站，大廳或類似地點）。

權利和義務

您有責任：

- 向縣政府提供確定您資格所需的全部資訊。
- 在需要時向縣政府提供您所擁有的資訊之證明。
- 根據要求報告變化。縣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，如果縣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，請全力與縣，州或聯邦政府的工作人員合作。在這些審查中不合作將導致損失您的福利。
- 歸還任何您沒有資格獲得的 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，州政府免費提供口譯員。
- 要求提供給縣政府的資訊獲得保密處理，除非該資訊與縣計劃的管理直接相關。
- 在縣政府判定資格前隨時撤銷您的申請。
- 尋求幫助，以填寫您的 CalFresh 申請，並且獲取規則的解釋。
- 尋求幫助，以獲取所需的證明。
- 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。
- 在申請時於合理的時間內接受縣政府的面談，並且在 30 日內確定您的資格。
- 在向縣政府提供確定資格所需的證明時獲得至少 10 天的期限。
- 在縣政府減少或停止您的 CalFresh 福利前至少 10 天獲得書面通知。
- 在您要求時與縣政府討論您的案件並審查您的案件。
- 如果您不同意縣政府對您的 CalFresh 案件的決定，在 90 天內要求州聽證。如果您在對 CalFresh 案件採取行動之前要求聽證，您的 CalFresh 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。您可以要求縣政府在聽證之前改變您的福利，以避免償還任何多付的福利。如果行政法官判決您勝訴，縣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。
- 從縣政府獲得幫助，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。
- 提供可能幫助您獲得更多 CalFresh 福利的家庭開支證明。未向縣政府提供證明將等同於您沒有這項開支並且您將無法獲得更多的 CalFresh 福利。
- 如果您想其他人為您的家庭使用您的 CalFresh 福利或幫助您的 CalFresh 案件（授權代表），請告知縣政府。

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 福利，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。

<p>違反計劃 對於 CalFresh, 如果我執行以下任何操作:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 隱藏信息或作出虛假陳述 • 使用屬於其他人的電子福利轉移 (EBT) 卡或讓其他人使用我的卡 • 使用 CalFresh 福利購買酒精或烟草 • 交易，購買，出售，竊取或贈送 CalFresh 福利或 EBT 卡，或嘗試交易，購買，出售，竊取或贈送 CalFresh 福利或 EBT 卡。 • 嘗試獲得雙重福利，例如，同時在兩個或多個不同的縣或州申請 • 為不符合資格或不存在的兒童或成年家庭成員提交虛假文件 • 違反緩刑或假釋條件 • 在重罪定罪後逃離 • 使用 CalFresh 福利採購 (購買) 具有退回押金的產品，有意 (故意) 丟棄內容並將容器退回以獲取存押金或嘗試退回容器以獲取押金 • 使用 CalFresh 福利購買產品，並故意轉售為現金或除合格食品以外的任何其他產品 	<p>處罰 我可以:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 因第一次侵犯而喪失 12 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利 • 因第二次侵犯而喪失 24 個月的 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利 • 因第三次侵犯而永久喪失 CalFresh 福利，並且必須償還多付給我的所有 CalFresh 福利 • 可被罰款最高達 \$250,000，入獄至多 20 年，或兩種處罰皆有。
<ul style="list-style-type: none"> • 交易 CalFresh 福利或試圖將 CalFresh 福利交易為：現金，槍支，不符合條件的商品或藥物等管制物質 	<ul style="list-style-type: none"> • 第一次侵犯喪失 24 個月的 CalFresh 福利 • 第二次侵犯，永久喪失 CalFresh 福利
<ul style="list-style-type: none"> • 提供關於我是誰和我住的地方的虛假資訊，以便獲得額外的 CalFresh 福利。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每次侵犯，喪失 10 年的 CalFresh 福利
<ul style="list-style-type: none"> • 曾被判交易，出售或試圖交易價值超過 500 美元的 CalFresh 福利，或交易或試圖將 CalFresh 福利交易為槍支，彈藥或爆炸物。 	<ul style="list-style-type: none"> • 永久喪失 CalFresh 福利。

請取一份存檔

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，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。移民資訊是私隱且保密的。
- 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

您無需提供不申請 CalFresh 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。縣政府需要知道他們的收入和財政來源的資料，以正確地決定您的家庭福利。縣政府將不會針對不申請福利的個人而去聯絡 USCIS。

隱私法案和披露: 您在申請中提供了個人資訊。縣政府將利用此資訊查看您是否有資格享受福利。如果您不提供要求資訊，縣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縣政府的任何資訊。縣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。273.2 (b) (4) 隱私法案。作為一個縣政府機構，我們必須通知所有申請和重新認證獲得以下 CalFresh 福利的家庭：

- (i) 這些資訊的收集，包括每個家庭成員的社會保險號碼 (SSN)，是根據 1977 年糧食券法案的授權經修訂的，7 U.S.C. 2011-2036。該信息將用於確定您的家庭是否符合資格或繼續有資格參加 CalFresh 計劃。我們將透過電腦配合程序包括收入和收入驗證系統 (IEVS) 驗證此信息。此資訊將用於監控對程式規則的合規並用於程式管理。
- (ii) 縣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。
- (iii) 如果 CalFresh 對您的家庭索賠，在本申請表的信息，包括所有 SSN，可能被轉交給聯邦和州的機構，以及私人債權收集機構用於索賠追討的行動。
- (iv) 提供每個家庭成員所請求的信息，包括 SSN，是自願的。然而，未能提供 SSN 將導致每個沒有提供 SSN 的個人被拒絕 CalFresh 福利。所提供的任何 SSN 將以與合格家庭成員的 SSN 相同的方式使用和公開。

縣政府可能聯絡 USCIS，從而核查申請福利之家庭成員的移民身份。縣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。

縣政府將使用州和聯邦電子數據庫中的信息從國稅局 (IRS)，社會保險局，國土安全局，和/或消費者報告機構檢查您的答案。如果信息不符合，縣政府可能會要求您發送證明。

請取一份存檔

使用社會保險號碼 (SSN)

申請 CalFresh 福利的每個人都需要提供社會保險號碼 (SSN)，如有，或者提供您申請 SSN 的證明（例如來自社會保險辦公室的信函）。縣政府可能會拒絕您或未向我們提供 SSN 之任何家庭成員的 CalFresh 福利申請。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。

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縣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。

報告

獲得 CalFresh 福利的每個家庭都必須報告某些變化。您的縣政府將告知您哪些變化需要報告以及報告的方式和時間。不報告變化可能導致您的 CalFresh 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。您可以在縣政府採取行動後的 90 日內申請州聽證，並且您必須說明想要舉行聽證的原因。您從縣政府處獲得的批准或拒絕通知將包含如何申請州聽證的資訊。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 CalFresh 福利。

非歧視聲明: 根據聯邦民權法和美國農業部(USDA)的民權規定與政策，美國農業部，其機構，辦事處和員工，和參與或管理USDA計劃的機構禁止歧視基於種族，膚色，國籍，性別，宗教信仰，殘疾，年齡，政治信仰;和他們被禁止報復任何計劃，或由USDA進行或資助的活動之前的民權活動。

殘疾人士需要不同的通信方式以獲得計劃信息 (例如點字書，大字體，錄音帶，美國手語等) 應該聯絡他們申請福利的機構 (州或地方)。失聽，有聽覺障礙或言語障礙的人士可通過聯邦傳遞信息服務，可聯絡美國農業部 (800) 877-8339。此外，計劃信息可以由英語以外的語言提供。

提交歧視的投訴程序，請填寫 USDA 計劃歧視投訴表格，(AD 3027) 可在網上 <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 找到，和在任何 USDA 辦公室，或與您縣的民權協調員聯絡，或寫信給美國 USDA 並在信中提供所有表格所需的信息或寫信到加州社會服務處 (CDSS) 地址如下。如需索取一份投訴表格，請打電話到 (866) 632-9992。提交您已填寫的表格或寫信給USDA：

(1) 郵寄: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

(2) 傳真: (202) 690-7442; 或

(3) 電子郵件: program.intake@usda.gov

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。

請取一份存檔

案件文件審查

您的案件可能會被選中接受額外審查，以確保您的資格獲得正確判定。您必須全力合作與縣，州或聯邦政府人員的任何調查或審查，包括品質管制審查。在這些審查中不合作將導致損失您的福利。

CalFresh 工作規則

縣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參與，那麼您的福利可能會減少或停止。如果您近期在無適當理由的情況下辭去了一份工作，則您可能不符合 CalFresh 的資格。

EBT 使用

您或其他家庭成員或授權代表在報告 EBT 卡或 PIN 丟失或被盜前從您的帳戶提取的任何福利都將**不會**補發。

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。

如果您不希望花費您福利的其他人擁有您的 PIN 並且您並未報告此事，也沒有更改您的 PIN，那麼您被使用的任何福利都不會補發。

請取一份存檔

備註

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，請使用第 10 頁的「額外書寫空間」並根據需要附上額外紙張以提供資訊。請確保在額外空間或紙張上標示您回答的是哪個問題。

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	城市	州	郵遞區號	
郵寄地址 (如果與上述地址不同)	城市	州	郵遞區號	

授權聯繫

請給縣政府與您聯絡最好的方式。這將有助於處理您的申請。通過在下面您提供的聯絡信息，您授權縣政府通過電話，電子郵件或短訊，或留下關於您申請的電話留言。

家庭電話	手提電話	簡訊 (勾選方匣) <input type="checkbox"/>
工作/備用/留言電話	電子郵箱地址	

您是否無家可歸？ 是 否 如果是，請立即告知縣政府您無家可歸，以便其指出可以利用的，用於接受您的申請並且從縣政府獲取有關您的案件之通知的地址。

您偏好使用哪種語言進行閱讀 (如果不是英語) ? _____

您偏好使用哪種語言進行會話 (如果不是英語) ? _____

縣政府將免費為您提供一名譯員。如果您失聽或有聽覺障礙，請勾選此處

您或您家中的任何人是否有殘疾 (可選問題) ? (請勾選一個)
 是 否

您或您家中的任何人是否因殘疾而需要適應設施 (可選問題) ? 是 否

是否有家庭暴力/虐待史 (可選問題) ? 是 否

您是否對申請 Medi-Cal 感興趣？如果您回答「是」，縣政府將利用您的回答來查看您是否能夠獲取 Medi-Cal。 是 否

您的家庭每月總收入或手頭現金是否少於 \$150 美元，或支票和儲蓄帳戶是否少於 \$100 美元？ 是 否

您的家庭綜合月總收入和手頭現金或支票和儲蓄帳戶金額是否少於租金/房屋貸款和水電費總額？ 是 否

您的家庭是否為流動資金不超過 \$100 的移民/季節性農民家庭並且您的收入已終止或在未來的 10 天內您將無法獲得超過 \$25 的收入？ 是 否

我瞭解，在願意承受作偽誓 (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並且我理解並同意 CalFresh 計劃之權利和義務 (計劃規則第 1 頁) 的內容。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了「CalFresh 計劃規則和懲罰」的內容 (計劃規則第 2 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 CalFresh 資格屬欺詐行為。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。
- 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。

申請者 (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，請回答下一頁的問題 2。

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處理 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縣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，您將需要向縣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？(請勾選一個) 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收和花費 CalFresh 福利？(請勾選一個) 是 否

如果是，請填寫以下部分：

姓名		電話號碼	
街道地址	城市	州	郵遞區號

3. 種族/族裔

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。請勾選所有適用項。法律規定縣政府必須記錄您的族群和族裔。

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

族裔	您是否西班牙裔或拉丁裔？(請勾選一個)	如果您西班牙裔或拉丁裔，您是否認為自己是：
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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/族裔本源

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. 面談的偏好

您或您家庭另一個成年人成員將需要和縣政府面談，以討論您的申請並獲得 CalFresh 福利。CalFresh 的面談通常採取電話方式，除非您在向縣政府提交申請時可以面談或您比較喜歡親自面談。親自面談時間僅限於縣政府的正常辦公時間。

如果您偏好親自面談，請勾選此方框。

如果您因殘障而需要其他安排，請勾選此方框。

請勾選下列您偏好的面談日期和時間方框：

日期： 今天 下一個方便日期 任何日期 週一 週二 週三 週四 週五

時間： 清早 上午中段時間 下午 下午晚些時候 任何時間

5. 其他計劃

您家庭中的任何人是否曾接受民眾補助 (對有需求家庭的臨時補助，Medicaid，補充營養援助計劃[CalFresh]，一般補助 (GA)/一般救濟 (GR) 等)？(請勾選一個) 是 否

如果是，誰？	何處 (縣/州)？
如果是，誰？	何處 (縣/州)？

6a. 家庭資訊

請針對家庭內與您購買和準備食物的所有人（包括您）填寫下列資訊。如果申請對象為非公民，請回答問題 6b 和 6c。如果不是，請前往問題 6d。

社會保險號碼對於不申請福利的成員來說是選填項。您必須為申請福利的每個人回答下列問題。

申請福利 (✓勾選 是或否)	姓名 (姓氏, 名字, 中間名首字母)	此人與您是什 麼關係?	出生日期	性別 (男性或 女性)	美國 公民或國民 (✓勾選 是或否) 如果否, 請回答下方 問題 6b。	社會保險號碼
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		自己			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

請列出任何與您共同居住但並不與您一起購買和準備食物之人的姓名：

姓名	姓名
姓名	姓名

6b. 非公民資訊 – 針對上述問題 6a 中列出的正在申請補助的非公民回答問題。

姓名	進入美國的 日期 (如果知道)	提供以下任何一項內容 (如果知道) : 護照號碼, 外僑登記號等	完全回答 :
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上列任何人是否在美國擁有至少 10 年 (40 個季度) 的工作經歷或部隊服役經歷？

(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

上列任何人是否曾申請，或其是否已申請或打算申請 T-簽證，U-簽證，或 VAWA (遏止侵害婦女暴力行為法) 申請？

如果是，誰？_____

是 否

6c. 受擔保的非公民資訊 – 針對上述問題 6b 中列出的正在申請補助的受擔保非公民回答問題。

擔保人是否簽署 I-864？ 是 否 如果是，請回答餘下的問題。如果擔保人已簽署 I-134，請跳過此問題。

擔保人是否定期提供金錢幫助？ 是 否 如果是，金額是多少？ \$_____

擔保人是否定期在下列任何方面提供幫助 (勾選所有適用項)？

租金 衣物 食物 其他 _____

擔保人姓名	誰是被擔保人？	擔保人電話號碼
擔保人姓名	誰是被擔保人？	擔保人電話號碼

6d. 學生

申請福利的人中是否有人上大學或職業學校？(請勾選一個) 是 否
 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

姓名	學校/培訓名稱	註冊狀態 (✓ 勾選一項)	他們是否工作？
		<input type="checkbox"/> 半日制或更長時間 <input type="checkbox"/> 不到半日制 單位：_____	每週平均工作小時數：_____
		<input type="checkbox"/> 半日制或更長時間 <input type="checkbox"/> 不到半日制 單位：_____	每週平均工作小時數：_____

6e. 您的家中是否居住有寄養子女？ 是 否 如果是，誰？_____

請回答下列有關子女的問題：

居住在您家的寄養子女是否依據法院的撫養指令而獲得安置？(請勾選一個) 是 否

您是否希望寄養子女計入您的 CalFresh 案件？(請勾選一個) 是 否

如果是，那麼您獲得的寄養照顧收入將算作您的非賺得收入。

如果否，那麼您獲得的寄養照顧收入將不算作您的非賺得收入。

7. 非賺得的收入

與您一起購買和準備食物的人中是否有任何人獲得不是來源於工作的收入(非賺得)？

(請勾選一個) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

從以下示例中勾選適用的所有類型的非賺得收入(還可能有未列於此處的其他非賺得收入)：

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 社會保險 | <input type="checkbox"/> 退役軍人福利金，或軍人養老金 | <input type="checkbox"/> 彩票/賭博獎金 |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 財務補助(學校授款/貸款/獎學金) | <input type="checkbox"/> 租金/食物/衣物方面的幫助 |
| <input type="checkbox"/> 現金補助 | <input type="checkbox"/> 現金禮物 | <input type="checkbox"/> 保險或法定賠償 |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> 失業保險/州政府殘障保險(SDI) | <input type="checkbox"/> 私人殘障補貼或退休金 |
| <input type="checkbox"/> 住宿與膳食(來自您的租客) | <input type="checkbox"/> 工傷賠償金 | <input type="checkbox"/> 罷工福利 |
| <input type="checkbox"/> 養老金 | | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女/配偶撫養費 | | |
| <input type="checkbox"/> 政府/鐵路殘障補貼或退休金 | | |

獲得款項的人士？	從何處獲得？	多少錢？	獲得款項的頻率？ (一次，每週，每月或其他)	期待繼續？ (✓ 勾選是或否)
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果該收入預計不再繼續獲得，請說明原因：

8. 賺得的收入

與您一起購買和準備食物的人中是否有任何人獲得工作收入（賺得的收入）？（請勾選一個） 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至問題 9。

注：如果是自僱，請回答問題 8a。

請列出稅費或其他扣除款項扣除前的所有收入（總收入）。

賺得收入的示例有（這些示例可以是全職，臨時，季節性工作或培訓，並且還有其他示例並未在此處列出）：

· 工資 · 傭金 · 小費 · 薪水 · 勤工儉學（學生）

工作的人士	僱主的姓名和地址	僱主的電話號碼	小時工資	每週平均工作時數	支付頻率？ (每週一次， 每月或其他)	本月獲得的 總賺得收入	期待繼續？ (✓ 勾選 是或否)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果該收入預計不再繼續獲得，請說明原因：

是否有任何人在過去的 60 天內丟掉工作，更換工作，辭職或減少工作時間？（請勾選一個） 是 否

如果是，誰？	丟掉，辭去或更換工作的日期	上次發薪日期
原因？		

是否有人在罷工？（請勾選一個） 是 否

如果是，誰？	罷工的日期	上次發薪日期
原因？		

8a. 自僱

個體經營的家庭成員可以扣除實際的自謀職業開支或者從自謀職業收入中扣除標準的 40% 扣除額。如果您選擇實際開支，則將需要向縣政府提供您的開支證明。

自僱的人士	企業創辦日期	生意類型和名稱	每月總收入	自僱的開支 (請 ✓ 勾選一項)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率 <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率 <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率 <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率 <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 統一費率 <input type="checkbox"/> 實際開支 \$ _____

9. 家庭的兒童/成人照顧費用

您或與您一起購買和準備食物的任何人是否支付兒童，殘障成人或其他眷屬的照顧費用，以便您或其他人能夠工作，上學，參加培訓或找工作？(請勾選一個) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

誰獲得照顧？	誰提供照顧？ (照顧提供者的姓名和地址)	支付的金額？	支付頻率？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

是否有人幫助您的家庭支付所有或部分上述兒童/成人照顧費用？ 是 否 如果是，請填寫下列資訊：

誰獲得照顧？	誰幫助支付費用？	支付的金額？	支付頻率？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	

10. 子女撫養費支付

您或與您一起購買和準備食物的任何人是否具有法定義務支付子女撫養費，包括拖欠的子女撫養費？

是 否 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

誰支付子女撫養費？	接受子女撫養費的兒童姓名：	支付的金額？	支付頻率？ (每週/每月或其他)
		\$	
		\$	

11. 家庭開支

您或與您一起購買和準備食物的任何人是否負責任何家庭開支？ 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

注：不要輸入由 HUD（住房和城市發展部）或 Section 8（政府給低收入者的房屋津貼）等住房補貼支付的任何金額。供暖和冷氣，電話，其他公用事業服務及收容所是具有固定津貼，您無需填寫實際的應付金額。

開支類型	有開支？ (請勾選一個)	誰支付？	所欠金額	多久被發單一次？ (每週/每月,其他)
租金或房款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
財產稅和保險（如果與租金或房屋貸款分開開立帳單）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
天然氣，電或用於加熱或製冷的其他燃料，例如柴薪或丙烷（如果與租金或房屋貸款分開開立帳單）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
電話/手機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
收容所開支	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
水，下水道之污垢，垃圾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
有否任何不是您家庭裡的人幫助您支付上述開支？ (請勾選一個) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請填寫。		誰幫助支付費用？	多少錢？ \$	支付頻率？

您的家庭是否獲得，或期待獲得來自低收入家庭能源補助計劃 (LIHEAP) 的款項？(請勾選一個) 是 否

12. 醫療費用：

您或與您一起購買和準備食物的任何人是否有任何自付醫療費用的年長者（60歲或以上）或殘障人？ 是 否
 如果是，請回答此問題。如果否，請跳到下一個問題。

列出你預計在不久的將來會有的費用。

可獲寬減的醫療費用有：(請勾選所有適用的)

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 醫療或牙科護理 | <input type="checkbox"/> Medicare 保費 (Medi-Cal 分攤費用等) | <input type="checkbox"/> 獲取治療或醫療服務的交通 (里程或費用) 和住宿費用 |
| <input type="checkbox"/> 住院/門診治療/護理 | <input type="checkbox"/> 義齒，助聽器和義肢 | <input type="checkbox"/> 處方眼鏡和隱形眼鏡 |
| <input type="checkbox"/> 處方藥 | <input type="checkbox"/> 因年齡，疾病或虛弱而需要擁有一名護理員 | <input type="checkbox"/> 處方醫療用品和設備 |
| <input type="checkbox"/> 健康和住院保險單保費 | <input type="checkbox"/> 提供給護理員的餐點數量和成本 | <input type="checkbox"/> 動物服務開支 (食物，獸醫診療帳單等) |
| | <input type="checkbox"/> 非處方藥 | |

年長者/殘障者姓名	開支金額	支付頻率？ (每月，每週或其他)	何種開支類型？ (處方藥，義齒和護理員用餐次數,等)	家庭的任何醫療費用是否獲得補償？ (由 Medi-Cal，保險和家庭成員等)
	\$			如果是，由誰補償： 多少錢：\$

13. 有否任何人，包括您在內，正在申請福利並從下列途徑獲得食物？ (請勾選一個) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- 針對年長者/殘障者的公共膳食設施
- 由美洲土著保護區營運的食品分配計劃
- 其他食物計劃

如果是，誰？	何處？
如果是，誰？	何處？

14. 有否任何人，包括您在內，正在申請福利並居住在下列任何地點？ (請勾選一個) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- 收容所
- 受虐婦女避難所
- 美洲土著保護區
- 毒品/酒精康復中心
- 懲教所/刑事機構 (監獄或拘留所)
- 盲人/殘障者的集體生活安排
- 聯邦補貼住房
- 精神病院/精神健康機構
- 醫院
- 長期照護或膳宿與照顧機構

此人的姓名	機構名稱 (中心，收容所，機構等)	預計出院日期 (如適用)

15. 與您共同居住的人中是否有人年滿 60 歲或以上，並且因殘障而無法單獨購買食物和準備餐點？ (請勾選一個) 是 否

如果是，誰？

16. 家庭資產

您或與您一起購買和準備食物的任何人是否擁有任何資產（現金，銀行存款，存款證明，股票和債券等）？ 是 否 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

勾選下列每項資產：

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用工會帳戶（支票） | <input type="checkbox"/> 金融市場帳戶 | <input type="checkbox"/> 股票 |
| <input type="checkbox"/> 銀行/信用工會帳戶（儲蓄） | <input type="checkbox"/> 共同基金 | <input type="checkbox"/> 債券 |
| <input type="checkbox"/> 保險箱 | <input type="checkbox"/> 存款證明 (CD) | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 儲蓄債券 | <input type="checkbox"/> 手頭現金 | |

如果是與其他人共同所有的聯合帳戶，請於下方說明。

針對以上每個勾選的複選框，填寫下列資訊。

所列財產屬於誰名下的財產？	何種資產類型？	財產價值多少錢？	財產在哪兒？ (包括存放財產的銀行或公司名稱)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

您或您家中的任何人是否曾在過去的三個月內銷售，交易，放棄或轉讓財產？(請勾選一個) 是 否

17. 重複福利

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後於任何州因欺騙性地獲取重複 SNAP（糧食補助計劃的聯邦名稱 - 在加州被稱為 CalFresh）而被定罪？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

18. 販賣(交易或銷售)福利

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因販賣（允許他人使用或向他人銷售 EBT 卡）價值 \$500 或以上的 SNAP 福利而被定罪？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

19. 福利交換毒品

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用 SNAP 福利交換毒品而被認定有罪？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

20. 福利交換槍械或爆炸物

您或您的任何家庭成員是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用 SNAP 福利交換彈藥，軍火或爆炸物而被認定有罪？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

21. 潛逃重罪

您或您的任何家庭成員是否因重罪或未遂的重罪而隱藏自己或逃避法律以避免被起訴，被拘押或進入監獄？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

22. 違反緩刑/假釋條例

您或您的任何家庭成員是否曾被法院判定違反緩刑或假釋條例？(請勾選一個)

如果是，誰？_____

是 否

額外書寫空間

額外書寫空間

請勿填寫 - 縣政府專用

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