

PINASIMPLENG APLIKASYON SA CALFRESH PARA SA MATATANDA

Ang aplikasyon para sa CalFresh na ito ay ginagamit lamang kung ang lahat ng nag-a-apply ay:

- Hindi bababa sa 60 taong gulang o mas matanda at/o may kapansanan.
- Hindi nakakatanggap ng anumang kita sa trabaho.
- Magkakasamang bumibili at naghahanda ng pagkain.

Magsisimula ang proseso ng aplikasyon sa oras na ibigay mo sa county ang iyong pangalan, tirahan, at lagda. Ang petsa ng iyong aplikasyon ay ang araw kung kailan natanggap ng tanggapan ng county ang iyong pinirmahang aplikasyon. Sisimulan nito ang panahon ng pagproseso para mabigyan ka ng sagot kung makakakuha ka ng mga benepisyo.

May Mga Katanungan? Tingnan ang mga pahina 6 at 7 para sa higit pang impormasyon.

Ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong sambahayan

Pangalan ng aplikante (una, panggitna, apelyido)

Pisikal na address (address ng kalye, lungsod, estado, zip code) Address ng Tirahan Institusyon Walang tirahan

Address na pangkoreo (address ng kalye o PO box, lungsod, estado, zip code, kung iba sa pisikal na address)

Email Address

Numero ng telepono kung saan ka namin matatawagan

Pinakamainam na oras para tawagan ka

Maaari kang pumili ng kahit sinong hindi bababa sa 18 taong gulang upang tulungan ka sa mga benepisyo ng CalFresh.

- Ang taong ito ay tinatawag na "Awtorisadong Kinatawan" (AR, Authorized Representative). Makakatulong ang AR na magsalita para sa iyo sa panayam, tumulong sa pagkumpleto ng iyong mga form, bumili ng pagkain para sa iyo, at/o magulat ng mga pagbabago para sa iyo. Ang mga AR ay hindi dapat maging mga miyembro ng sambahayan na bumibili at naghahanda ng mga pagkain kasama ang aplikante ng CalFresh.
- Kakailanganin mong bayaran ang anumang mga benepisyong nakuha mo nang hindi sinasadya dahil sa impormasyong ibinibigay ng taong ito sa county at ang anumang mga benepisyong hindi mo gustong gastusin nila ay hindi mapapalitan.
- Kakailanganin mong bigyan ang county ng katibayan ng pagkakakilanlan upang kumilos bilang isang AR.

Gusto kong tulungan ako ng taong nasa ibaba sa aking kaso sa CalFresh.

Oo Hindi

Gusto kong payagan ang taong nasa ibaba na makakuha at gastusin ang mga benepisyo ng CalFresh para sa aking sambahayan.

Oo Hindi

Awtorisadong Kinatawan (una, gitnang inisyal, apelyido)

Numero ng Telepono

Address (address ng kalye, lungsod, estado, zip code)

Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, nagpapatunay at sumasang-ayon ako na:

- Nabasa at nauunawaan ko ang impormasyon sa mga pahina 6 at 7.
- Nabasa, nauunawaan, at sumasang-ayon ako sa Mga Karapatan at Responsibilidad/Mga Panuntunan ng Programa sa mga pahina 8-10.
- Ipinapangako ko, sa ilalim ng parusa ng panunumpa nang walang katotohanan, na ang isinusulat ko sa application na ito ay tama at kumpleto sa abot ng aking kaalaman at paniniwala.

Pirma ng Aplikante/Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Hindi mo kailangang sagutin ang sumusunod na dalawang tanong, ngunit maaaring makatulong ang mga ito sa iyo sa pagkuha ng iba pang mga serbisyo.

1. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan na may kapansanan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Tip: Kabilang dito ang sinumang nagpapagaling sa kapansanan o malubhang karamdaman. Kung oo , pangalan ng (mga) indibidwal: _____
2. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang nangangailangan ng tulong dahil sa kapansanan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Tip: Kabilang dito ang sinumang nangangailangan ng tulong sa pagkumpleto ng proseso ng pagiging karapat-dapat o anumang mga nauugnay na benepisyo. Kung oo , pangalan ng (mga) indibidwal: _____

Pinabilis na Serbisyo

Tingnan natin kung ang iyong sambahayan ay makakakuha ng mga benepisyo sa loob ng 3 araw. Sagutin ang mga tanong sa ibaba para sa lahat ng nag-a-apply para sa CalFresh.

3. Mayroon bang migrante/seasonal na manggagawa sa bukid at mayroon bang huminto ang kita? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4. Ang kabuuang kita ba ng iyong sambahayan (bago ang mga ikinakaltas) ay mas mababa sa \$150 ngayong buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
5. Ang iyong sambahayan ba ay may \$100 o mas mababa sa cash, kasama ang mga halaga sa mga account sa bangko? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
6. Ang buwanang upa/mortgage ba at ang gastos sa utilidad ng sambahayan ay higit pa sa kabuuang kita ng iyong sambahayan at sa available na pera ngayong buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Para sa mga tanong sa ibaba, gamitin ang karagdagang espasyo sa pahina 5 o karagdagang papel kung kinakailangan.

Mga Miyembro ng Sambahayan

Ipaalam sa amin ang tungkol sa bawat isa sambahayan.

Aplikante (mula sa pahina 1)		Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	
Numero ng Social Security	Mamamayan ng US? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	SARILI	Nagtatrabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Etnisidad (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Hispaniko/Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispaniko/Latino	Lahi (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Amerikanong Indian/Katutubo ng Alaska <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim/Aprikano ng Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubo ng Hawaii/Iba pang Taga-Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Iba pa	Pagkakakilanlan ng Kasarian (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Transgender na Babae <input type="checkbox"/> Transgender na Lalaki <input type="checkbox"/> Non-binary (hindi lalaki o babae) <input type="checkbox"/> Iba pang pagkakakilanlan ng kasarian <input type="checkbox"/> Tumanging sabihin
---	---	--

Mga Miyembro ng Sambahayan (Ipagpapatuloy)

Pangalan (una, panggitna, apelyido)		Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	
Numero ng Social Security	Mamamayan ng US? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Kaugnayan sa aplikante	Nagtatrabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Etnisidad (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Hispaniko/Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispaniko/Latino	Lahi (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Amerikanong Indian/Katutubo ng Alaska <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim/Aprikano ng Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubo ng Hawaii/Iba pang Taga-Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Iba pa	Pagkakakilanlan ng Kasarian (Opsyonal): <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Transgender na Babae <input type="checkbox"/> Transgender na Lalaki <input type="checkbox"/> Non-binary (hindi lalaki o babae) <input type="checkbox"/> Iba pang pagkakakilanlan ng kasarian <input type="checkbox"/> Tumangging sabihin	

* Kung mahigit sa 2 miyembro ng sambahayan, mangyaring ilagay ang kanilang impormasyon sa pahina 5 ng aplikasyon na ito *

Kita

7. Mayroon bang kumikita ba sa sambahayan? Oo Hindi

Kung **oo**, sabihin sa amin ang tungkol sa lahat ng kita na nakukuha ng bawat isa sa iyong sambahayan. Maaaring kabilang sa kita ang Social Security; Suporta sa anak; Alimonya; Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho o Kompensasyon para sa Manggagawa; Mga benepisyo sa Kapansanan; pera mula sa mga kaibigan o kamag-anak; mga pensyon; Mga benepisyo sa pagreretiro, SSI/SSP; Mga benepisyo ng beterano.

Taong may kita	Uri ng kita	Magkano	Gaano kadalas	Petsa kung kailan natanggap
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Mga Mapagkukunan

8. Mayroon bang sinuman sa sambahayan na may anumang mga mapagkukunan (cash, pera sa bangko, Certificate of Deposit, mga stock, mga bono, atbp.)? Oo Hindi

Mga Gastos

9. Mayroon ba sa iyong sambahayan na nagbabayad ng sustento sa bata na iniutos ng korte? Oo Hindi

Indibidwal na nagbabayad	Magkano	Gaano kadalas
	\$	

10. Sino ang nagbayad para sa dependent/pagpapaalaga sa anak? _____
 Halagang binayaran para sa dependent/pagpapaalaga sa anak sa \$ _____
 Mga pangalan ng mga dependent/anak: _____

11. May sinuman ba sa iyong sambahayan na nagbabayad ng higit sa \$35 kada buwan para sa mga medikal na gastusin na mula sa bulsa? Oo Hindi
 Kung oo, sabihin sa amin ang tungkol sa anumang medikal na gastusin na mula sa bulsa na binabayaran ng sinuman sa iyong sambahayan. Maaaring kabilang sa mga gastos ang mga gamot, pagbisita sa doktor, bayarin sa ospital, gastos sa transportasyon (kabilang ang mileage), suplay na medikal, home health aide, gastos sa serbisyo sa hayop, gastos sa kalusugan ng pag-iisip, at premium ng insurance sa kalusugan. (Humingi sa iyong county ng listahan ng mga pinahihintulatang gastos.)

Indibidwal na nagbabayad	Uri ng gastusing medikal	Halaga na binabayaran buwan-buwan
		\$
		\$
		\$
		\$

Sabihin sa amin ang tungkol sa tirahan at mga gastos sa utilidad ng iyong sambahayan.

12. Nagbabayad ba ang iyong sambahayan ng upa o mortgage? Oo Hindi
 Kung oo, magkano ang kabayaran? \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa
 Kung ikaw ay walang tirahan, mayroon ka bang gastos sa shelter? Oo Hindi
 Kung oo, magkano ang iyong mga gastos? \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa

13. Nagbabayad ba ang iyong sambahayan para sa alinman sa mga sumusunod na gastos? Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop at tukuyin kung ito ay binabayaran nang lingguhan, buwanan, o iba pa (Kung ang gastos ay kasama sa iyong upa o pagbabayad sa mortgage, huwag itong ilista rito):

- Telepono (kabilang ang cell) linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Kuryente at/o Gas linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Tubig linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Basura linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Buwis sa ari-arian: \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Insurance sa Tirahan o Nangungupahan: \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Mga singil ng Homeowner's Association (HOA): \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Upa sa lote ng mobile home: \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa
- Iba pa (mangyaring tukuyin): \$ _____ linggo-linggo buwan-buwan iba pa

Sagutin ang mga tanong sa ibaba tungkol sa bawat isa sa sambahayan.

- 14. May nanalo ba sa iyong sambahayan ng malaking halaga sa isang taya mula sa lottery/pagsusugal na katumbas ng, o higit pa sa pinakamalaking limitasyon ng mapagkukunan para sa mga miyembro ng sambahayan na matatanda/may kapansanan? Oo Hindi
- 15. May nahatulan ba ng panloloko sa welfare o maling paggamit ng mga benepisyo sa anumang estado? Oo Hindi
- 16. Mayroon bang tumatakas na nagkasala o napatunayang lumalabag sa kanilang parole o probasyon? Oo Hindi
- 17. Ikaw ba o ang sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan bilang isang nasa hustong gulang, pagkatapos ng Pebrero 7, 2014, ng aggravated sexual abuse (marahas na sekswal na pang-aabuso), murder (sinadyang pagpatay), sekswal na pananamantala, at/o iba pang pang-aabuso sa mga bata, isang Pederal o pang-Estado na pagkakasala na may kinalaman sa sekswal na pag-atake, o pagkakasala sa ilalim ng batas ng Estado na pinagpasyahan ng Attorney General na katulad ng alinman sa mga nakalistang pagkakasala, at hindi sumusunod sa mga tuntunin ng kanilang sentensya? Oo Hindi

Karagdagang Espasyo sa Pagsusulat (kung kinakailangan):

Mahalagang Impormasyon na Kailangan Mong Malaman

Proseso ng Aplikasyon

- Kumpletuhin ang mga pahina 1 hanggang 5.
- Tiyaking binabasa mo ang mga pahina 6 hanggang 10 at pagkatapos ay **lagdaan ang pahina 1**.
- Gumawa ng mga kopya ng anumang mga dokumentong kailangan bilang katibayan (hal., kita, katibayan ng pagkakakilanlan para sa iyong sarili, katibayan ng mga medikal na gastusin na mula sa balsa, o power of attorney). Maaari kang magsumite ng anumang mga dokumento kasama ng iyong aplikasyon.
- Isumite ang iyong aplikasyon:
 - Sa personal, Sa Pamamagitan ng Telepono, Sa Pamamagitan ng Koreo, Sa Pamamagitan ng Fax: Sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county kung saan ka nakatira.
 - Online: Maaari ka ring mag-aplay para sa CalFresh o iba pang mga programa online sa pamamagitan ng pagpunta sa <http://www.benefitscal.com/>.
- Kumpletuhin ang panayam sa county upang talakayin ang iyong aplikasyon. Mayroon kang opsyon na kumpletuhin ang iyong panayam sa telepono, sa personal sa tanggapan ng county, o sa ibang lugar na isinaayos sa county.

May mga katanungan? Kailangan ng tulong sa pag-apply? Tawagan ang CalFresh Benefits Helpline sa 1-877-847-3663 o makipag-ugnayan sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county. Kung limitado ang iyong kasanayan sa Ingles, humiling ng libreng interpreter. Kung kailangan mo ng tulong dahil sa isang kapansanan, i-dial ang 7-1-1 o makipag-usap sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county.

Mga Hindi Mamamayan

- Maaari kang mag-apply para sa at makakuha ng mga benepisyo ng CalFresh para sa mga karapat-dapat na indibidwal, kahit isinasama ng iyong pamilya ang iba na hindi karapat-dapat.
- Ang pag-apply o pagkuha ng mga benepisyo ng CalFresh ay hindi makakaapekto sa katayuang pang-imigrasyon para sa iyo o sa iyong pamilya. Ang CalFresh ay HINDI isang "Public Charge." Pribado at kumpidensyal ang impormasyong pang-imigrasyon.
- Ang katayuang pang-imigrasyon ng mga hindi mamamayan na nag-a-apply para sa mga benepisyo ay sisiyasatin sa US Citizenship and Immigration Services (USCIS). Sinasabi sa pederal na batas na hindi magagamit ng USCIS ang impormasyon para sa anumang bagay maliban sa mga kaso ng panloloko.

Hindi Pagsali

Hindi mo kailangang magbigay ng impormasyon na pang-imigrasyon, mga numero ng Social Security, o mga dokumento para sa sinumang (mga) miyembro ng pamilya na hindi mamamayan na hindi nag-a-apply para sa mga benepisyo ng CalFresh. Kailangang malaman ng county ang impormasyon ng kanilang kita at mapagkukunan upang mapagpasyahan nang tama ang mga benepisyo ng iyong sambahayan. Hindi makikipag-ugnayan ang county sa USCIS tungkol sa mga taong hindi nag-a-apply para sa mga benepisyo ng CalFresh.

Pahayag ng Hindi Pagdidiskrimina ng USDA (Huwag Ipadala ang mga Aplikasyon Dito)

Alinsunod sa Pederal na batas sa karapatang sibil at mga regulasyon at patakaran sa karapatang sibil ng US Department of Agriculture (USDA), pinagbabawalan ang USDA, ang mga ahensya, tanggapan, empleyado, institusyon nito na nakikibahagi sa o nangangasiwa sa mga programa ng USDA na magdiskrimina batay sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, kasarian (kabilang ang pagkakakilanlan ng kasarian at sekswal na oryentasyon), panrelihiyong pananampalataya, kapansanan, edad, paniniwala sa pulitika, o paghihiganti para sa nakaraang aktibidad na pang-karapatang sibil sa anumang programa o aktibidad na isinasagawa o pinopondohan ng USDA.

Ang impormasyon ng programa ay maaaring makita sa mga wika maliban sa Ingles. Ang mga taong may kapansanan na nangangailangan ng alternatibong paraan ng komunikasyon para sa impormasyon ng programa (hal., Braille, malaking print,

audiotape, American Sign Language, atbp.), ay dapat makipag-ugnayan sa Ahensya (pang-Estado o lokal) kung saan nag-apply sila para sa mga benepisyong. Ang mga indibidwal na hindi nakakarinig, mahina ang pandinig o may mga kapansanan sa pagsasalita ay maaaring makipag-ugnayan sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339.

Upang maghain ng reklamo sa diskriminasyon sa programa, dapat kumpletuhin ng Nagrereklamo ang Form ng Reklamo sa Diskriminasyon sa Programa ng USDA, (AD-3027) na makikita online sa: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, mula sa alinmang tanggapan ng USDA, sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 620-1071, o sumulat ng liham na nakatuon sa USDA at isaad sa liham ang lahat ng hinihiling na impormasyon sa form upang ipaalam sa Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR, Katulong na Kalihim para sa mga Karapatang Sibil) ang tungkol sa katangian at petsa ng di-umano'y paglabag sa karapatang sibil. Isumite ang iyong nakumpletong form o sulat sa USDA sa pamamagitan ng mga opsyon na ibinigay sa ibaba:

1. Koreo: Food and Nutrition Service
U.S. Department of Agriculture
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314
- Civil Rights Unit
P.O. Box 944243
M.S. 9-7-041
Sacramento, CA 94244-2430
2. Fax: (833) 256-1665
- Fax: (202) 690-7442
3. Email: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Ang institusyong ito ay isang tagapagbigay ng pantay na oportunidad.

Huwag Magpadala ng mga Aplikasyon Dito

Pahayag ng Batas sa Pagkapribado

- (i) Ang pagkolekta ng impormasyong ito, kabilang ang numero ng Social Security (SSN) ng bawat miyembro ng sambahayan, ay pinahihintulutan sa ilalim ng Food Stamp Act ng 1977, gaya ng inamyendahan, 7 USC 2011-2036. Ang impormasyon ay gagamitin upang matukoy kung ang iyong sambahayan ay karapat-dapat o patuloy na karapat-dapat na lumahok sa SNAP. Beberipikahin namin ang impormasyong ito sa pamamagitan ng mga program na pantugma ng computer. Gagamitin din ang impormasyong ito upang subaybayan ang pagsunod sa mga regulasyon ng programa at para sa pamamahala ng programa.
- (ii) Ang impormasyong ito ay maaaring maisiwalat sa ibang mga ahensya ng pederal na pamahalaan at estado para sa opisyal na pagsusuri, at sa mga opisyal ng pagpapatupad ng batas para sa layunin ng paghuli sa mga taong lumilikas upang matakasan ang batas.
- (iii) Kung nagkaroon ng paghahabol sa SNAP laban sa iyong sambahayan, ang impormasyon sa application na ito, kasama ang lahat ng SSN, ay maaaring mai-refer sa mga ahensya ng pederal na pamahalaan at estado, pati na rin sa mga pribadong ahensya ng pangongolekta ng mga claim, para sa aksyon ng pagkolekta ng mga claim.
- (iv) Ang pagbibigay ng hinihiling na impormasyon, kabilang ang SSN ng bawat miyembro ng sambahayan, ay boluntaryo. Gayunpaman, ang hindi pagbibigay ng SSN ay magreresulta sa pagkakatangi ng mga benepisyong SNAP sa bawat indibidwal na hindi nakapagbigay ng SSN. Ang anumang mga SSN na ibinigay ay gagamitin at isisiwalat sa parehong paraan tulad ng mga SSN ng mga karapat-dapat na miyembro ng sambahayan.

Maaaring i-verify ng tanggapan ng iyong county ang katayuan ng pang-imigrasyon ng mga miyembro ng sambahayan na nag-a-apply para sa mga benepisyong. Ginagawa ito sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa USCIS. Ang impormasyong nakukuha ng county mula sa mga ahensyang ito ay maaaring makaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat at antas ng mga benepisyong.

Susuriin ng tanggapan ng iyong county ang iyong mga sagot gamit ang pang-estado at pederal na elektronikong database. Kabilang dito ang Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, ang Department of Homeland Security, at/o isang **ahensya kung saan nagsusumbong ang mga mamimili**. Maaaring hilingin sa iyo ng county na magpadala ng patunay kung hindi tumutugma ang impormasyon.

Mga Karapatan at Responsibilidad/Mga Panuntunan ng Programa

Tawagan ang tanggapan ng iyong county upang makatulong na maunawaan ang iyong mga karapatan at responsibilidad.

Maari kang humingi ng patas na pagdinig kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon tungkol sa mga benepisyo. Upang magawa ito:

- Tumawag sa (800) 952-5253. Para sa mga karapatan sa pandinig o may kapansanan sa pagsasalita na gumagamit ng TDD (800) 952-8349 o
- Mag-online sa acms.dss.ca.gov o
- I-fax ang form ng Kahilingan sa Pagdinig sa (833) 281-0905
- Maaaring kailanganin mong kumuha ng libreng legal na tulong sa iyong lokal na legal aid o welfare rights office (tanggapan ng mga karapatan sa kapakanan). Sa likod ng paunawa ng iyong county ay nakalista ang iyong libreng lokal na tulong o tawagan ang mga numerong nakalista sa itaas.

May karapatan kang makakuha ng kopya ng aplikasyon na ito. Humingi ng kopya sa tanggapan ng iyong county.

May karapatan ka sa isang napapanahong desisyon. Maliban kung may pagkaantala, emerhensya, o problemang pang-administratibo na wala sa kontrol ng county, asahan ang desisyon sa loob ng 30 araw ng pag-apply. Para sa mga benepisyong pang-emerhensya, makukuha mo ang desisyon ng county sa loob ng 3 araw.

Maari kang makakuha ng mga libreng tulong at serbisyo upang matulungan kang makilahok kung ikaw ay may kapansanan. Ang mga ito ay tinatawag na “*mga makatwirang akomodasyon.*” Tawagan ang tanggapan ng iyong county upang hilingin ang mga ito, kung kinakailangan.

May karapatan ka sa pagkapribado at pagiging kumpidensyal. Magbabahagi lamang kami ng impormasyon tungkol sa iyong kaso kapag ito ay konektado sa pangangasiwa ng programa, pinahihintulutan ng batas/utos ng hukuman, o ibinigay mo ang iyong pahintulot. Iniaatas din ito sa lahat ng ahensyang nakikipagtulungan sa amin.

Magbigay ng katibayan ng mga gastusin ng iyong sambahayan na maaaring makatulong sa iyong makakuha ng higit pang mga benepisyo. Ang hindi pagbibigay ng katibayan sa county ay kapareho ng pagsasabi na wala kang gastos na iyon. Hindi ka na makakakuha ng higit pang mga benepisyo.

Kailangan mong mag-ulat ng mga pagbabago na maaaring makaapekto sa iyong mga benepisyo. Ang tanggapan ng county ay magbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa kung ano, kailan, at paano mag-uulat. Kung hindi ka mag-uulat kapag kinakailangan, ang iyong mga benepisyo sa CalFresh ay maaaring mapababa o mapahinto.

Dapat kang magbigay ng numero ng Social Security (SSN) o patunay na nag-apply ka para sa isang SSN para sa bawat tao sa aplikasyon na ito. Ang batas ng Pederal na pamahalaan at Estado ay nangangailangan nito bilang isang kondisyon ng pagiging karapat-dapat. Mayroong ilang eksepsyon. Kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga eksepsyon na iyon, mangyaring humingi sa tanggapan ng iyong county.

Dapat mong sabihin kaagad sa county kung makakakuha ka ng mga benepisyo mula sa ibang estado. Dapat mo ring iulat kung may sinumang nahatulan ng pagsisinungaling tungkol sa kung saan sila nakatira upang makakuha ng mga benepisyo mula sa higit sa isang estado sa nakalipas na 10 taon.

Dapat kang makipagtulungan sa county at estado kung ang iyong aplikasyon ay napili para sa pagsusuri ng kontrol sa kalidad. Kabilang dito ang pagbibigay ng katibayan ng impormasyon at pagpapahintulot sa amin na makuha ang katibayan na iyon kung hindi mo kaya.

Kailangan mong magbigay ng tumpak na impormasyon. Kung hindi tumpak ang impormasyon, maaaring mabawasan ang mga benepisyo at, maaaring hilingin sa iyo na bayaran ang mga benepisyo. Kung napag-alaman na sinasadya mong magbigay ng mali o mapanlinlang na impormasyon, maaari kang hadlangan sa pagkuha ng mga benepisyo. Maaari ka ring makasuhan ng krimen.

Hindi mo/ka dapat:

- ibenta ang iyong mga benepisyo sa CalFresh.
- gumamit ng CalFresh upang bumili ng mga bagay na hindi karapat-dapat (hal., mga produktong hindi pagkain, alkohol, o tabako).
- ipagpalit ang CalFresh para sa mga ilegal na droga, armas, amunisyon, o pampasabog.
- hayaan ang sinuman na gamitin ang iyong EBT card maliban kung bibili sila ng pagkain para sa iyong sambahayan.
- gumamit o kunin ang EBT card ng ibang tao maliban kung bibili ka ng pagkain para sa kanilang sambahayan.
- makakuha ng mga benepisyo sa pagkain sa higit sa isang estado para sa parehong buwan.

Ang sinumang mapatunayang nagkasala sa alinman sa maling paggamit sa itaas ay mahaharap sa mga parusa. Kabilang dito ang pagbabawal mula sa programang CalFresh para sa isang partikular na panahon, multa, at pagkakakulong. Ang partikular na panahon ng pagbabawal ay maaaring isang taon, dalawang taon, o permanente.

Mga Panuntunan at Parusa ng Programa

Nagkakamit ka ng krimen kung nagbibigay ka ng impormasyong mali o hindi totoo sa layunin ng pagtatangkang makakuha ng mga benepisyo ng CalFresh kung saan hindi ka karapat-dapat na makakuha. Isa ring krimen ang sadyang pagtulong sa ibang tao na makakuha ng mga benepisyo na hindi nila karapat-dapat na makuha. Dapat mong ibalik ang anumang mga benepisyong nakuha mo na hindi mo karapat-dapat na makuha.

Mga Paglabag sa Programa

Para sa CalFresh: Nauunawaan ko na maaaring nakagawa ako ng sinadyang paglabag sa programa kung gagawin ko ang alinman sa mga sumusunod:

- Itago ang impormasyon o gumawa ng mga maling pahayag
- Gumamit ng Electronic Benefit Transfer (EBT) card na pagmamay-ari ng ibang tao o hayaan ang ibang tao na gumamit ng aking card
- Gumamit ng mga benepisyo ng CalFresh para bumili ng alak o tabako
- Magpalit, bumili, magbenta, magnakaw, o mamigay ng mga benepisyo ng CalFresh o EBT card, o pagtatangkang ipagpalit, bumili, magbenta, magnakaw, o mamigay ng mga benepisyo ng CalFresh o EBT card
- Subukang makakuha ng dalawahang benepisyo, halimbawa, mag-apply sa dalawa o higit pang magkakaibang county o estado sa parehong oras
- Magsumite ng mga maling dokumento para sa mga bata o nasa hustong gulang na miyembro ng sambahayan na hindi karapat-dapat o hindi umiiral
- Lumabag sa mga kondisyon ng aking probasyon o parole
- Tumakas pagkatapos ng isang hatol na felony
- Bumili ng produkto na may mga benepisyo ng CalFresh na may return deposit, na sadyang (nilayon) na itapon ang mga nilalaman at ibalik ang lalagyan para sa halaga ng deposito o pagtatangkang ibalik ang lalagyan para sa halaga ng deposito
- Bumili ng produkto na may mga benepisyo ng CalFresh at sadyang ibenta ito para sa cash o anumang bagay maliban sa karapat-dapat na pagkain

Mga Parusa

Maaari akong:

- Mawalan ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 12 buwan para sa unang pagkakasala at kailangang bayaran ang lahat ng mga benepisyo ng CalFresh na labis na binayaran sa akin
- Mawalan ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 24 buwan para sa pangalawang pagkakasala at kailangang bayaran ang lahat ng mga benepisyo ng CalFresh na labis na binayaran sa akin
- Mawalan ng mga benepisyo ng CalFresh nang permanente para sa pangatlong pagkakasala at kailangang bayaran ang lahat ng mga benepisyo ng CalFresh na labis na binayaran sa akin
- Mapagmulta ng hanggang \$250,000 at makulong ng hanggang 20 taon o pareho

<p>Mga Paglabag sa Programa Para sa CalFresh: Nauunawaan ko na maaaring nakagawa ako ng sinadyang paglabag sa programa kung gagawin ko ang alinman sa mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipagpalit ang mga benepisyo ng CalFresh <u>osubukang</u> ipagpalit ang mga benepisyo ng CalFresh para sa: pera, mga armas, hindi karapat-dapat na mga bagay, o mga kontroladong substansya tulad ng mga droga 	<p>Mga Parusa Maaari akong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mawalan ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 10 taon para sa bawat paglabag • Permanenteng mawalan ng mga benepisyo sa CalFresh
<ul style="list-style-type: none"> • Magbigay ng maling impormasyon tungkol sa kung sino ako at kung saan ako nakatira, para makakuha ako ng mga karagdagang benepisyo ng CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Mawalan ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 24 buwan para sa unang pagkakasala
<ul style="list-style-type: none"> • Nahatulan ng pangangalakal, pagbebenta, o <u>pagtatangkang</u> ipagpalit ang mga benepisyo ng CalFresh na nagkakahalaga ng mahigit \$500, o pangangalakal o <u>pagtatangkang</u> ipagpalit ang mga benepisyo ng CalFresh para sa mga armas, amunisyon, o pampasabog 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanenteng mawalan ng mga benepisyo sa CalFresh sa pangalawang pagkakasala