



## درخواست مزایای CALFRESH (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها)

در صورتیکه ناتوانی دارید و یا برای پر کردن این تقاضانامه به کمک احتیاج دارید، دپارتمان رفاه اجتماعی بخش را در جریان بگذارید تا شخص دیگری به شما کمک کند.

در صورتیکه ترجیح می دهید به زبان دیگری جز انگلیسی صحبت کنید، بخوانید و بنویسید، بخش بدون هزینه شخصی را برای کمک به شما معرفی می کند.

### چگونه باید تقاضا بدهم؟

این دستورالعمل را وقتی به کار ببرید که تنها برای مزایای CalFresh درخواست داده اید. CalFresh یک برنامه غذایی کمکی برای کمک به شما در زمینه هزینه خرید غذا برای خانوار است در صورتیکه فقط می خواهید برای مراقبت بهداشتی تقاضا بدهید، می توانید از بخش مراقبت بهداشتی را به تنهایی تقاضا بکنید. اگر شما می خواهید برای برنامه هایی بیش از CalFresh درخواست دهید، مانند Calwork (فرصت های کاری و مسئولیت برای کودکان و نوجوانان در کالیفرنیا) (رفاه کاری) یا Medi-cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا)، لطفا یک دستورالعمل برای درخواست سایر برنامه ها تقاضا کنید. شما می توانید به صورت آنلاین از طریق <http://www.benefitscal.org/> برای CalFresh یا سایر برنامه ها درخواست دهید. می توانید با رفتن به <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> چک کنید که آیا واجد شرایط هستید.

- در صورتیکه نمی توانید تمام فرم تقاضانامه را پر کنید. شما باید حداقل نام، آدرس و امضای خود را (سوال 1 در صفحه 1) به بخش بدهید تا پروسه درخواست شروع شود.
- تقاضانامه را به صورت شخصی، با پست کردن، با فکس و یا به صورت آنلاین به بخش بدهید.
- روزی که بخش تقاضانامه امضا شده شما را دریافت کند زمان پاسخ به شما برای اینکه آیا می توانید از مزیت ها بهره مند شوید یا خیر آغاز می شود. در صورتیکه شما در یک موسسه هستید، این تاریخ از زمانی آغاز می شود که شما این موسسه را ترک کنید.

### در ادامه چه کاری باید انجام دهم؟

- قبل از پر کردن درخواست، حقوق و وظایف خود مطالعه کنید (قوانین برنامه صفحه 1 تا 3).
- شما باید در مورد تقاضانامه خود با بخش مصاحبه داشته باشید. اکثر مصاحبه ها به صورتی تلفنی انجام می شوند، ولی می تواند به صورت حضوری در دفتر بخش یا سایر مکان هایی که به وسیله بخش هماهنگ شده اند، انجام شود. در صورتیکه یک ناتوانی دارید، تمهیدات لازم باید اندیشیده شود.
- در صورتیکه همه قسمت های فرم تقاضانامه را پر نکنید، می توانید در هنگام مصاحبه آن را تکمیل کنید.
- باید مدارک درآمد و هزینه ها و شرایط دیگر را ارائه کنید تا واجد شرایط بودن شما ثابت شود.

### این پروسه چه مدت زمانی طول می کشد؟

ممکن است بررسی تقاضای شما تا 30 روز طول بکشد. شما ممکن است بتوانید مزایا را طی 3 روز کاری دریافت کنید، اگر:

- درآمد ناخالص ماهانه خانوار (درآمد قبل از کسورات) کمتر از \$150 باشد و اندوخته نقدی یا در حسابهای پس انداز یا جاری بانکی \$100 و یا کمتر باشد؛ یا
- هزینه های مسکن خانوار (اجاره بها/ وام مسکن و آب و برق) بیش از درآمد ناخالص ماهیانه و اندوخته نقدی یا در حساب های پس انداز یا جاری بانکی باشد؛ یا
- شما یک مهاجر یا کارگر فصلی هستید که در حساب ذخیره یا جاری خود کمتر از \$100 ذخیره دارید و (1) درآمد شما متوقف شده، یا (2) درآمد شما آغاز شما اما انتظار دریافت مبلغی بیش از \$25 در 10 روز آینده ندارید.

جهت کمک به بخش، چک کنید که می توانید سود را طی سه روز دریافت کنید، لطفاً به سوالات 1، 6 تا 8، 11، و 16 پاسخ دهید و مدرک شناسایی خود را (اگر دارید) به همراه تقاضانامه به بخش تحویل دهید.

بخش نامه ای برای شما می فرستد تا بدانید که آیا خانواده شما می تواند مزایای CalFresh را دریافت کند یا رد شده است.

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای اطلاع خود از آن نگره داری کنید.

## به چه چیزهایی برای مصاحبه احتیاج دارم؟

جهت جلوگیری از تاخیر، مدارک زیر را با خود به مصاحبه بیاورید. حتی در صورتیکه مدارک را ندارید در مصاحبه شرکت کنید. بخش ممکن است بتواند به شما در گرفتن مدارک لازم کمک کند. طی مصاحبه، بخش اطلاعات شما در فرم درخواست را مرور کرده و از شما سؤالی می پرسد تا مشخص شود که آیا شما می توانید مزایای CalFresh را دریافت کنید و میزان آن چقدر است.

### مدارک لازم برای دریافت مزایا

- هویت (گواهینامه رانندگی، کارت هویت ایالتی، پاسپورت).
- جایی که شما زندگی می کنید (قرارداد اجاره، صورت حساب فعلی با آدرس ذکر شده).
- شماره تامین اجتماعی (نکته زیر را در مورد غیر شهروندان قطعی در نظر بگیرید).
- حساب بانکی تمام اعضای خانوار (حساب بانکی اخیر).
- درآمد کسب شده تمام اعضای خانوار در 30 روز گذشته (خرده دریافتیهای اخیر، بیانیه های کاری از یک کارفرما). **نکته:** اگر خود اشتغال هستید، درآمد و هزینه یا مالیات ثبت شده دارید.
- درآمدهای کسب نشده (مزایای بیکاری، SSI (پرداخت ایالتی به افراد نابینا، ناتوان و یا سال زیر نظر تامین اجتماعی)، امنیت اجتماعی، مزایای جانباز، حمایت از کودک، غرامت کارگران، کمک های مالی مدرسه یا وام، درآمد اجاره، و غیره).
- وضعیت مهاجرت **قانونی** تنها برای غیر شهروندانی که برای مزایا اقدام کرده اند (کارت ثبت نام خارجی، ویزا).
- **نکته:** غیر شهروندان قطعی که در حال ارائه تقاضا براساس خشونت خانگی، تعقیب جنایی یا قاچاق انسان هستند نیازی به این مدارک ندارند. این گروه همچنین نیاز به شماره تامین اجتماعی ندارند.

### چگونه می توانم از مزایای CalFresh خود استفاده کنم؟

- بخش یک کارت الکترونیکی پلاستیکی انتقال سود (EBT) را برای شما پست می کند و یا آن را به طور مستقیم در اختیارتان قرار میدهد. زمانی که تقاضانامه شما تایید شد مزایا به کارت شما ریخته می شود. بعد از اینکه کارتتان را دریافت کردید آن را امضا کنید. شما یک کد شناسایی شخصی (PIN) برای کارت خود تعریف می کنید.
- اگر کارت الکترونیکی انتقال مزایای شما گم شد، دزدیده شد، خراب شد، یا شما فکر کردید که ممکن است فردی کد شناسایی شخصی شما را بداند که شما نخواهید از مزایای شما استفاده کند به شماره 328-9677 (877) زنگ بزنید یا با بخش تماس بگیرید. مطمئن شوید که همه مسئولان بالغ و نمایندگان مجازتان نیز از چگونگی گزارش فوری یکی از این مشکلات **باخبرند**. اگر شما گزارش نداده اید که شخصی که شما نمی خواهید مزایای شما را خرج کند، کد شناسایی شخصی شما را دارد و شما کد شناسایی شخصی خود را تغییر نداده اید، مزایای استفاده شده قابل برگشت نیست.
- می توانید از مزایای CalFresh برای خرید تقریباً انواع غذاها و همچنین بذرها و گیاهانی که با آن می توان غذای خود را تهیه کرد استفاده کنید. شما نمی توانید با آن الکل، تنباکو، غذای حیوانات، برخی از غذاهای آماده و یا مواد غیر خوراکی (مانند خمیردندان، صابون یا حوله کاغذی) بخرید.
- مزایای CalFresh در اکثر فروشگاه های مواد غذایی یا مکان هایی که در آن غذا می فروشند پذیرفته می شود. برای دریافت اطلاعات در مورد مکانهایی که نزدیک شما هستند و کارت EBT را می پذیرند، به وبسایت های زیر سر بزنید. <https://www.ebt.ca.gov> یا <https://www.snapfresh.org>.
- مزایای CalFresh **تنها** برای شما و اعضای خانواده تان است. مزایای خود را در محلی امن نگه دارید. **کد شناسایی شخصی خود را به کسی ندهید.** کد شناسایی شخصی خود را در کنار کارت الکترونیکی انتقال مزایا نگهداری نکنید.

### در صورتیکه بی خانمان باشم چه اقداماتی لازم است؟

لطفاً در صورتیکه بی خانمان هستید سریعاً به بخش اطلاع دهید تا به شما کمک کنند و آدرسی را برای پذیرش تقاضانامه و دریافت اطلاعاتی در این مورد از بخش اختصاص دهید. برای CalFresh، بی خانمان بودن یعنی شما:

- A. در پناهگاهی تحت نظارت، محلی شبیه به خانه، یا محل مشابه سکونت دارید.
- B. ساکن شدن در منزل شخص دیگری یا یکی از بستگان برای مدتی که بیشتر از 90 روز نیست.
- C. خوابیدن در مکانی که برای آن طراحی نشده است، یا به طور نرمال به عنوان مکانی برای خواب به کار نمی رود (مانند راهرو، ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکان های مشابه).

صفحه اطلاع رسانی - لطفاً برای اطلاع خود از آن نگره داری کنید.

## شما موظفید که:

- تمام اطلاعات لازم برای تعیین صلاحیت خود را در اختیار بخش قرار دهید.
- مدارک و شواهد لازم برای اطلاعاتی که در دست دارید را در مواقع نیاز به بخش ارائه دهید.
- تغییرات را همانطور که لازم است گزارش دهید. بخش، اطلاعات لازم در مورد محتوا، زمان و نحوه گزارش را در اختیار شما قرار می دهد. اگر شما گزارش نیازمندی های خانوار خود را ارائه نکنید مورد شما بسته خواهد شد یا مزایای CalFresh کم شده یا قطع خواهد شد.
- به دنبال یک شغل باشید یا آن را حفظ کنید و یا در فعالیت های دیگری شرکت کنید، اگر بخش آن را امری ضروری در مورد وضعیت شما می داند.
- اگر پرونده شما برای بازنگری و بررسی صحت انتخاب شده تا صلاحیت شما و سطح بهره مندیتان از مزایا به خوبی تعیین شود، سعی کنید که همکاری کاملی را با بخش، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظرها منجر به کاهش بهره مندی شما می گردد.
- هرگونه کمک های نقدی یا مزایای CalFresh را که واجد شرایط استفاده از آن نبوده اید، بازگردانید.

## شما حق این را دارید که:

- تقاضانامه ای را برای دریافت CalFresh تنها با ذکر نام، آدرس و امضایتان به ما تحویل دهید.
- در مواقع نیاز می توانید مترجمی شفاهی را که به طور رایگان توسط ایالت تعیین شده به کار گیرید.
- اطلاعات منتقل شده به بخش را محرمانه نگه دارید، مگر اینکه مستقیماً به مدیر اجرایی برنامه های بخش مرتبط باشند.
- قبل از زمان تعیین صلاحیت توسط بخش از تقاضای خود انصراف دهید.
- برای پر کردن درخواست برای CalFresh کمک بخواهید و شرحی از مقررات و قوانین را دریافت نمایید.
- جهت تحویل مدارکی که ضروری هستند کمک بگیرید.
- با حسن نیت، توجه و احترام با شما رفتار می شود و مورد تبعیض قرار نمی گیرید.
- اگر واجد شرایط استفاده از خدمات در اسرع وقت هستید طی 3 روز از مزایای CalFresh برخوردار شوید.
- وقتی درخواست دادید و صلاحیت شما طی 30 روز تعیین شد، در یک زمان مشخص به وسیله بخش مصاحبه می شوید.
- حداقل 10 روز زمان لازم است تا مدارکی که جهت تعیین صلاحیت ضروری است، به بخش برسد.
- دست کم 10 روز قبل از اینکه بخش مزایای CalFresh و یا کمک های نقدیتان را کاهش دهد یا متوقف کند ابلاغی کتبی را ارائه کنید.
- مسئله خود را با بخش مورد بحث قرار دهید و هر زمان که خواستید در آن تجدید نظر کنید.
- در مواردی که در مورد پرونده تان با بخش موافق نیستید در طی 90 روز درخواست دادرسی ایالتی بدهید. اگر شما پیش از اینکه گام جدیدی در پرونده شما برداشته شود تقاضای دادرسی کنید، بهره مندی تان تا زمان دادرسی و یا اواخر دوره صلاحیت (هر کدام که نزدیک تر است) تغییر نخواهد کرد. می توانید از بخش بخواهید که تا مدتی پس از دادرسی تغییراتی را در بهره مندی شما اعمال کند تا مجبور نشوید سوده های اضافه پرداختی را پس بدهید. اگر مجری آیین نامه به نفع شما رای دهد، بخش تمامی مزایای قطع شده را به شما بر می گرداند.
- می توانید در رابطه با حقوق دادرسی تان و یا ارجاعی به کمک های حقوقی با شماره تلفن های رایگان 1-800-952-5253 و یا با شماره مخصوص افرادی که دچار اختلال در شنوایی و گفتار هستند و از توسعه تست محور استفاده می کنند یا همان (TDD)، به شماره 1-800-952-8349 تماس حاصل کنید. شما همچنین می توانید کمک های حقوقی رایگانی را از پایگاه های کمک های حقوقی محلی و دفاتر حقوق رفاهی دریافت کنید.
- اگر نمی خواهید در روز دادرسی تنها حاضر شوید دوست یا فرد دیگری را همراه خود بیاورید.
- برای ثبت نام رای گیری از بخش کمک بخواهید.
- حتی آن دسته از تغییراتی را که ملزم به گزارش آنها نیستید ولی به افزایش مزایای CalFresh یا کمک های نقدی می انجامد، گزارش دهید.
- مدارکی را در رابطه با هزینه های خانواده تان که ممکن است شانس برخوردار از مزایای بیشتر CalFresh را برای شما مهیا کند ارائه دهید. عدم ارائه مدارک به بخش در حکم این است که چنین مخارجی را بر عهده ندارید و در نتیجه مزایای بیشتر CalFresh دیگر به شما تعلق نمی گیرد.
- اگر خواستید فرد دیگری از مزایای CalFresh خانواده تان استفاده کند و یا در این مورد به شما کمک نماید (نماینده مجاز) حتماً به بخش اطلاع دهید.

لطفاً گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید.

## قوانین و مجازات های برنامه

اگر اطلاعاتی دروغین یا غلط را ارائه دهید و یا از روی عمد و برای به دست آوردن مزایای CalFresh، کمک های نقدی و Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) که واجد شرایط دریافت آن نیستید و یا عدم ارائه اطلاعات کامل و کمک به فرد دیگری برای دستیابی به این مزایا که واجد شرایط دریافت آن نیست، متخلف محسوب می شوید. شما باید هرگونه مزایای دریافتی را که واجد شرایط استفاده از آن نبودید پس بدهید.

من تایید می کنم که اگر...	من ممکن است...
<p>تخلفی عمدی را در رابطه با این برنامه به یکی از روش های زیر مرتکب شوم:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>مخفی کردن اطلاعات یا ارائه اظهارات دروغین</li><li>استفاده از کارتهای الکترونیکی انتقال سود دیگران و یا اجازه استفاده آن را به افراد دیگر دادن</li><li>استفاده از مزایای CalFresh برای خرید الکل یا تنباکو</li><li>معامله، فروش یا بخشیدن مزایای CalFresh یا کارت های الکترونیکی انتقال سود</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>برای ارتکاب اولین تخلف 12 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی آن را پس دهم</li><li>برای ارتکاب دومین تخلف 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی آن را پس دهم</li><li>برای ارتکاب سومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم و مجبور شوم که کل مزایای اضافه پرداختی آن را پس دهم</li><li>به میزان \$250,000 جریمه شوم، بیش از 20 سال محکوم به حبس شوم و یا هر دوی آنها</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>مزایای CalFresh را برای مواد کنترل شده ای نظیر داروها معامله کنم</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>برای ارتکاب اولین تخلف به مدت 24 ماه از مزایای CalFresh محروم شوم</li><li>برای ارتکاب دومین تخلف به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم.</li><li>برای ارتکاب هر تخلف به مدت 10 سال از مزایای CalFresh محروم شوم</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>به منظور دریافت مزایای مازاد CalFresh اطلاعات دروغینی را راجع به هویت و محل زندگی خود ارائه دهم</li><li>به معامله یا فروش مزایای CalFresh به ارزش بیش از \$500 و یا معامله مزایای CalFresh برای اسلحه، مهمات و مواد منفجره محکوم شوم</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>به طور دائم از مزایای CalFresh محروم شوم</li></ul>

## اطلاعات مهم برای غیرشهروندان

- شما می توانید برای دریافت مزایای CalFresh یا کمک های نقدی برای افراد واجد شرایط درخواست دهید، حتی اگر تمامی اعضای خانواده تان واجد شرایط استفاده از آن نباشند. برای مثال، والدین مهاجر می توانند برای دریافت مزایای CalFresh یا کمک های نقدی برای شهروندان ایالت متحده یا کودکان مهاجر واجد شرایط، گرچه والدین آنها واجد شرایط نباشند، درخواست دهند.
- دریافت کمک های غذایی هیچ تاثیری در وضعیت مهاجرت شما و یا خانواده تان برجای نمی گذارد. اطلاعات مهاجرتی کاملا خصوصی و محرمانه است.
- وضعیت مهاجرت افراد غیرشهروندی که صلاحیت استفاده از مزایا را دارند و برای آن تقاضا داده اند توسط بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده مورد بررسی قرار می گیرد. قانون فدرال می گوید که بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالت متحده به جز در موارد مربوط به تخلف نمی تواند از این اطلاعات استفاده کند.

## کناره گیری و انصراف

شما نباید هیچگونه اطلاعات، شماره تامین اجتماعی و یا مدارکی را در اختیار آن دسته از اعضای خانواده غیرشهروند که درخواست مزایا نداده اند قرار دهید. بخش باید به طور کامل از درآمد و منابع آنها مطلع شود تا مزایای خانواده شما را به درستی تعیین کند. بخش در رابطه با افرادی که برای دریافت این مزایا درخواست نداده اند با بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالت متحده ارتباطی برقرار نمی کند.

## کاربرد شماره تامین اجتماعی

هر کس که برای دریافت مزایای CalFresh یا کمک های نقدی درخواست داده است باید در صورت داشتن شماره تامین اجتماعی آن را ارائه دهد یا مدارکی را مبنی بر اینکه برای گرفتن این شماره درخواست داده است عرضه کند (مانند نامه ای از اداره تامین اجتماعی). بخش می تواند از دادن مزایای CalFresh به شما یا هر یک از اعضای خانواده که شماره تامین اجتماعی را به ما تحویل نداده اند چشم پوشی کند. برخی از افراد مانند قربانیان تجاوزهای خانگی، شهود دادستانی جرم و جنایت و قربانیان قاچاق لازم نیست برای گرفتن کمک شماره تامین اجتماعی ارائه دهند.

## صدور بیش از حد

این بدان معناست که شما بیش از اندازه لازم مزایای CalFresh دریافت کرده اید. شما باید حتما این مبلغ را بازگردانید حتی اگر بخش اشتباه کرده باشد و یا این حرکت ناخواسته باشد. مزایای شما احتمالا کاهش می یابد یا متوقف می شود. شماره تامین اجتماعی شما ممکن است در جمع آوری میزان مزایای مقروض از طریق دادگاه، دیگر سازمانهای مسئول این جمع آوری و اقدامات وصولی دولت فدرال به کار رود.

## گزارش

هر کدام از اعضای خانواده که از مزایای CalFresh برخوردارند باید تغییرات خاص را گزارش دهند. بخش شما را از محتوای گزارش ها راجع به تغییرات، چگونگی و زمان آن مطلع خواهد کرد. عدم گزارش تغییرات منجر به کاهش مزایا یا متوقف شدن آن می گردد. همچنین شما می توانید چیزهایی را که باعث افزایش مزایای شما می گردد مانند دریافت درآمد کمتر گزارش کنید.

**لطفا گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید.**

## دادرسی ایالتی

شما می توانید درخواست جلسه دادرسی ایالتی دهید اگر با هیچیک از اقداماتی که در راستای تقاضای شما و یا مزایای در حال جریان شکل می گیرد موافق نیستید. شما می توانید در مدت زمانی 90 روزه درمورد عملکرد بخش تقاضای دادرسی ایالتی دهید و باید علت آن را نیز بیان کنید. نکات تاییدی یا رد شدن که از بخش دریافت می کنید اطلاعاتی در مورد چگونگی درخواست دادن به دادرسی ایالتی ارائه خواهد کرد. اگر پیش از اینکه جریانی اتفاق بیفتد تقاضای دادرسی کنید، می توانید میزان کمک های نقدی و مزایای CalFresh را تا زمانی که رای و تصمیمی صادر نشده ثابت نگه دارید.

## عدم تبعیض

این رویه و سیاست ایالت و بخش است که با همه افراد رفتاری برابر، احترام آمیز و باوقار داشته باشد. با توجه به قوانین فدرال و خط مشی وزارت کشاورزی آمریکا هرگونه تبعیض مربوط به نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، جنسیت، سن، مذهب، عقاید سیاسی یا از کارافتادگی ها به شدت ممنوع است.

برای تشکیل پرونده در مورد شکایتی مبنی بر تبعیض، یا با مشاور حقوقی مدنی بخش محل زندگیتان تماس بگیرید و یا با وزارت کشاورزی آمریکا و بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا مکاتبه نمایید یا تماس بگیرید.

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (تماس رایگان)

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave. S.W.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (صدا و TDD) ابزار برقراری ارتباط از راه دور برای ناشنویان

وزارت کشاورزی آمریکا یک کارفرما با فرصت های برابر است.

## قانون حفظ حریم خصوصی و افشا

شما اطلاعات شخصی خود را در تقاضانامه درج می کنید. بخش از این اطلاعات برای بررسی صلاحیت شما در دریافت این مزایا استفاده می کند. اگر شما این اطلاعات را در اختیار بخش نگذارید ممکن است تقاضای شما را رد کنند. شما اجازه این را دارید که به بازنگری، تغییر یا اصلاح هر اطلاعاتی که در اختیار بخش قرار داده اید بپردازید. بخش اطلاعات شما را به دیگران نشان نداده و در اختیارشان قرار نمی دهد، مگر اینکه شما، فدرال یا قوانین ایالتی به آنها چنین اجازه ای را داده باشید. بخش این اطلاعات را از طریق برنامه های تطبیقی کامپیوتری مانند سیستم های تاییدی درآمد و سود بررسی می کند. این اطلاعات به منظور نظارت طبق مقررات برنامه و در راستای مدیریت برنامه استفاده می شود. بخش ممکن است به تبادل این اطلاعات با نهادهای ایالتی و فدرال به منظور بررسی رسمی، با مقامات اجرایی قانون به منظور دستگیری افرادی که به مدتی کوتاه از قانون سرپیچی کرده اند و با دعوی خصوصی نهادهای مسئول جمع آوری به منظور فعالیتی در راستای جمع آوری مطالبات برقرار کند. بخش ممکن است به بررسی وضعیت مهاجرت اعضای خانواده ای که برای مزایا تقاضا کرده اند از طریق ارتباط با بخش خدمات شهروندی و مهاجرت ایالت متحده بپردازد. اطلاعاتی که بخش از این نهادها دریافت می کند در صلاحیت و سطح مزایای دریافتی شما موثر است.

## بررسی های فایل پرونده

مورد شما ممکن است برای بررسی های بیشتر انتخاب شده باشد تا صلاحیت شما که به درستی تشخیص داده شده تایید شود. اگر پرونده شما به بازنگری و بررسی صحت این امر می پردازد که صلاحیت شما و سطح بهره مندیتان به خوبی تعیین شده، سعی کنید که همکاری کاملی را با بخش، ایالت و یا کارکنان فدرال داشته باشید. عدم همکاری در این تجدید نظرها منجر به کاهش بهره مندی شما می گردد.

## قوانین کار برای CalFresh

بخش ممکن است شما را برای اجرای یک برنامه کاری منصوب کند. آنها شما را از این نکته که این کار داوطلبانه است و یا شما مجبور به انجام آن هستید مطلع می کند. اگر به شما یک فعالیت کاری اجباری محول شود و شما آن را انجام ندهید، مزایای شما کاهش می یابد و یا قطع می شود.

اگر شما اخیراً از شغلی انصراف داده باشید ممکن است صلاحیت لازم برای استفاده از CashFresh را نداشته باشید.

## مزایای استفاده از کارت الکترونیکی انتقال مزایا

هر میزان سودی که پیش از گزارش دزدی و گم شدن کارت الکترونیکی انتقال سود یا کد شناسایی شخصی از حسابتان کم شود، دیگر برگردانده نمی شود.

هرگونه برداشت از کارت الکترونیکی انتقال سودتان توسط شخص شما، یکی از اعضای خانواده تان، نماینده ی مجاز و یا هر کسی که شما داوطلبانه کارت و کد شناسایی خود را در اختیارش گذاشته اید به نام شما تمام می شود و هرگونه کسری سود از حسابتان به هیچ وجه بازگردانده نمی شود.

اگر شما گزارش نکنید که شخصی که شما نمی خواهید از مزایای شما استفاده کند کد شناسایی شخصی شما را داشته باشد و شما آنرا تغییر نداده اید، هرگونه سود استفاده شده برگشت داده نمی شود.

لطفا گزارشات خود را ثبت و نگهداری کنید.



لطفاً از قلم با رنگ آبی یا مشکی استفاده کنید زیرا راحت تر خوانده و کپی می شود. لطفاً پاسخ های خود را پرینت بگیرید. اگر شما به فضای بیشتری برای جواب دادن به سوال ها احتیاج دارید، از صفحه 10 بخش "فضای نوشتاری اضافی" استفاده کنید و چنانچه نیاز به فراهم کردن اطلاعات بیشتری دارید صفحات اضافی را پیوست کنید. لطفاً مطمئن شوید که سوالی که در مورد آن در فضای اضافه یا صفحات اضافی توضیح داده اید را به درستی مشخص کرده اید.

### 1. اطلاعات مربوط به فرم تقاضانامه

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)		نام های دیگر (پیشوند، نام مستعار و غیره)		شماره تأمین اجتماعی (اگر این شماره را دارید و یا برای گرفتن آن ثبت نام کرده اید)	
آدرس منزل و یا نشانی تقریب محل سکونت		شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس پستی (در صورتی که با مورد بالا متفاوت است)		شهر	ایالت	کد پستی	
تلفن منزل		آدرس ایمیل			
تلفن دریافت پیام/دیگر/محل کار		من تمایل دارم اطلاعات مربوط به مورد من از طریق ایمیل ارسال شود. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			

آیا شما بیخانمان هستید؟  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد، لطفاً در اسرع وقت به بخش اطلاع بدهید که بی خانمان هستید تا به شما کمک کنند و آدرسی را برای پذیرش شما اختصاص دهند تا از این طریق موارد مربوط به فایل شما به اطلاعاتتان برسد.

(اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید) ترجیح می دهید اطلاعات را به چه زبانی بخوانید؟

(اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید) ترجیح می دهید به چه زبانی صحبت کنید؟

بخش یک مفسر را بدون هزینه در اختیار شما قرار می دهد. در صورتیکه ناشنوا هستید و یا مشکلات شنوایی دارید اینجا را علامت بزنید

آیا شما ناتوانی خاصی دارید و برای تقاضانامه نیاز به کمک دارید؟  بله  نه

آیا شما تمایل دارید برای Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) تقاضا دهید؟ اگر جواب بله است بخش پاسخ های شما را به کار می برد تا دریابد که شما می توانید Medi-Cal بگیرید یا خیر.

آیا درآمد ناخالص ماهیانه خانوار شما کمتر از \$150 است و اندوخته نقدی یا موجودی حساب های پس انداز یا جاری شما \$100 یا کمتر است؟  بله  نه

آیا درآمد ناخالص ماهیانه خانوار شما و اندوخته نقدی و یا موجودی حساب های جاری و یا پس انداز شما کمتر از هزینه ترکیبی اجاره بها/ رهن و آب و برق است؟  بله  نه

آیا خانواده شما مهاجر/ کارگر فصلی با درآمد شناور کمتر از \$100 است و یا درآمدها متوقف شده یا بیش از \$25 در 10 روز آینده نمی توانید بدست آورید؟  بله  نه

من درک می کنم که با امضای این فرم بر اساس جریمه گواهی دروغ (اظهارات نادرست):

- من اطلاعات این فرم و پاسخ هایم به سوالات این فرم را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- طبق دانش من، پاسخ هایم به سوالات، واقعی و کامل هستند.
- طبق دانش من، هر پاسخی که ممکن است در مورد تقاضانامه ارائه کنم واقعی و کامل هستند.
- من حقوق و مسئولیت هایم (قوانین برنامه صفحه 1) را برای برنامه CalFresh خوانده ام و یا برایم خوانده شده است و متوجه حقوق و مسئولیت هایم شده ام و با آنها موافقم.
- من قوانین برنامه و جریمه ها (قوانین برنامه صفحات 2-3) را خوانده ام و یا برایم خوانده شده است.
- من درک می کنم که ارائه اظهارات نادرست یا گمراه کننده یا دوگانه و پنهان کردن یا خودداری از ارائه حقایق برای CalFresh تقلب است. تقلب ممکن است باعث تشکیل یک پرونده جنایی علیه من شود و/یا ممکن است طی یک دوره زمانی (یا کل زندگی) از مزایای CalFresh و کمک نقدی محروم شوم.
- من درک می کنم که ممکن است شماره تأمین اجتماعی و یا وضعیت مهاجرت اعضای خانواده که برای مزایای تقاضا داده اند براساس قانون فدرال با سازمان های دولتی مناسب و در موارد مورد نیاز به اشتراک گذاشته شود.

امضای متقاضی (با اعضای بزرگسال خانواده / نماینده مجاز / قیم).	تاریخ
---	-------

\* در صورتی که شما نماینده مجاز هستید لطفاً سوال 2 در صفحه بعد را پاسخ دهید.

## 2. نماینده مجاز خانوار

شما می‌توانید به شخصی 18 ساله و یا بزرگتر برای کمک در زمینه مزایای CalFresh خانواده خود مجوز (اختیارات لازم را) بدهید. این شخص همچنین می‌تواند به جای شما در مصاحبه صحبت کند، به شما در تکمیل فرم کمک کند، برای شما خرید کند و تغییرات را به جای شما گزارش دهد. شما مجبور به بازپرداخت مزایایی هستید که به واسطه اطلاعات غلط این فرد به بخش، ممکن است به شما واگذار شده باشد و هر گونه مزایایی که پرداخت نشده نیازی به جایگزینی ندارد. در صورتیکه شما نماینده مجاز هستید باید مدارک هویتی خود و متقاضی را به بخش ارائه کنید.

آیا مایلید شخصی را برای کمک به شما در مورد پرونده CalFresh معرفی کنید؟  بله  نه  
در صورتیکه پاسخ مثبت است، بخش های زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز:	شماره تلفن نماینده مجاز:
آیا مایلید شخصی را نام ببرید که مزایای CalFresh شما را دریافت دارد و برای خانواده تان خرج کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	در صورتیکه پاسخ مثبت است، بخش های زیر را تکمیل کنید:
نام:	شماره تلفن:
آدرس:	شهر
	ایالت
	کد پستی

## 3. نژاد/ قومیت

تکمیل اطلاعات نژاد و قومیت اختیاری است. تقاضا شده که اطمینانی برای ارائه مزایا بدون توجه به نژاد، رنگ و خاستگاه ملی وجود داشته باشد. پاسخ های شما تاثیری بر واجد شرایط بودن و یا مقدار مزایا ندارد. تمامی مواردی که در مورد شما صادق است را علامت بزنید. قانون می گوید که بخش باید خاستگاه قومی و نژادی شما را ثبت کند.  
 در صورتیکه نمی خواهید اطلاعات نژاد و قومیت خود را به بخش بدهید، این گزینه را علامت بزنید. در صورتیکه تمایل نداشته باشید، بخش این اطلاعات را فقط برای آمار حقوق شهروندی وارد می کند.

قومیت	آیا شما خاستگاه اسپانیایی یا لاتین دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	اگر شما خاستگاه اسپانیایی یا لاتینی دارید، جزء کدام گروه هستید: <input type="checkbox"/> مکزیکی <input type="checkbox"/> پورتو ریک <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> سایر موارد

## خاستگاه نژادی/قومیت

سفید  سرخپوست امریکایی یا بومی الاسکا  امریکایی افریقایی یا سیاه  سایر موارد و یا ترکیبی از اینها

آسیایی (در صورت علامت زدن این قسمت، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید):

فیلیپینی  چینی  ژاپنی  کامبوجی  کره ای  ویتنامی  هندو آسیایی  لانوسی

آسیایی دیگر (مشخص کنید)

بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام (در صورتیکه علامت زده اید، لطفا یک یا چند مورد زیر را انتخاب کنید):  هاوایی بومی

گوامی و چامورویی  ساموایی (واقع در پلینزی)

## 4. اولویت های مصاحبه

شما نیاز دارید تا یک مصاحبه با بخش برای بحث در مورد تقاضای و دریافت مزایای Calfresh داشته باشید. مصاحبه برای CalFresh معمولاً با تلفن انجام می پذیرد، مگر اینکه شما هنگامی که درخواست خود را به صورت حضوری به بخش تحویل دهید مصاحبه شوید یا مصاحبه حضوری را ترجیح دهید. مصاحبه حضوری فقط طی ساعت کاری معمولی دفتر بخش انجام می شود.

لطفا این بخش را در صورتی که یک مصاحبه حضوری را ترجیح می دهید چک کنید.

در صورتیکه به دلیل ناتوانی جسمی به تمهیدات خاصی احتیاج دارید این گزینه را علامت بزنید.

لطفا خانه های زیر را برای زمان و روز مورد نظر جهت مصاحبه چک کنید:

روز:  امروز  روز دردسترس بعد  هر روز  دوشنبه  سه شنبه  چهارشنبه  پنجشنبه  جمعه

زمان:  اوایل صبح  اواسط صبح  بعد از ظهر  اواخر بعد از ظهر  هر زمان

## 5. برنامه های دیگر

آیا شخصی در خانوار شما نوعی از کمک عمومی را دریافت کرده است (کمک موقتی برای خانواده های نیازمند (TANF)، کمک موقتی برای خانواده های نیازمند (TANF) قبيله ای، کمک درمانی (Medicaid)، برنامه کمک تغذیه مکمل (بن غذا یا Food Stamp)، کمک های عمومی (GA) //درمان عمومی (GR) و غیره)؟  بله  نه

در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (بخش/ ایالت)؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا (بخش/ ایالت)؟



اطلاعات زیر را برای تمامی افراد خانه، شامل خودتان که برای آنها خرید می کنید و غذا تهیه می کنید پر کنید. اگر برای غیرشهروندی تقاضا می کنید، لطفا سوال 6b و 6c را کامل کنید. اگر نه، به سوال 6d بروید.		شماره تامین اجتماعی برای افرادی که برای مزایا درخواست داده اند اختیاری می باشد. شما بایستی سوالات زیر را برای هر شخصی که برای مزایا تقاضا کرده جواب بدهید.				
درخواست برای مزایا (بله یا خیر علامت بزنید)	نام (نام خانوادگی، نام، شهرت)	فرد مرتبط با شما چگونه است؟	تاریخ تولد	جنسیت (زن یا مرد)	شهروند ایالات متحده یا ملیت (بله یا خیر را علامت بزنید) اگر نه، سوال 6b را در زیر علامت بزنید	شماره تامین اجتماعی
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	

لطفا نام هر کس که با شما زندگی می کند و هزینه های زندگی او را متحمل نمی شوید و غذا برای او تهیه نمی کنید را ذکر کنید:

نام	نام
نام	نام

6b. اطلاعات غیر شهروندی - برای افراد لیست شده در سوال 6a در بالا که شهروند نیستند و برای کمک درخواست داده اند را پر کنید.

نام	زمان ورود به ایالات متحده (اگر مشخص است)	یکی از موارد زیر را ذکر کنید (اگر مشخص است): شماره پاسپورت، شماره ثبت خارجی، غیره.	حمایت شده است؟ (بله یا خیر را علامت بزنید): اگر پاسخ مثبت است، سوال 6c را در زیر علامت بزنید.
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	نوع مدارک: _____ شماره مدارک: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

آیا هر فرد لیست شده در بالا حداقل 10 سال سابقه کاری (40 بخش) یا در ارتش آمریکا دارد؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟

آیا شخصی از افراد لیست بالا ویزای نوع T، نوع U یا دادخواست vawa (قانون خشونت علیه زنان) دارند، و یا برای گرفتن آن تقاضا کرده اند، و یا برنامه ای برای تقاضا برای این نوع ویزا دارند؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟

6c. اطلاعات حمایت شدگان غیر شهروند - لیست در سوال 6b در بالا را که حمایت شدگان غیر شهروند هستند و برای کمک درخواست داده اند را پر کنید.

آیا حامی یک 864-I را امضا کرده است؟  بله  نه اگر جواب مثبت است، بقیه سوالات را پاسخ دهید. در صورتی که حامی فرم 134-I را امضا کرده نیازی به پاسخ دادن به این سوال نیست.

آیا حامی به طور منظم کمک مالی می کند؟  بله  نه اگر پاسخ مثبت است، چه مقدار؟ \$ \_\_\_\_\_

آیا حامی به صورت های زیر و به طور منظم کمک می کند (همه مواردی که صادق است را علامت بزنید)؟

اجاره بها  لباس  غذا  سایر موارد

نام حامی	چه کسی تحت حمایت است؟	شماره تماس حامی
نام حامی	چه کسی تحت حمایت است؟	شماره تماس حامی

**6d. دانش آموزان**

آیا شخصی را می شناسید که مانند شما تقاضای بهره مندی از این مزایا را داشته باشد و در حال تحصیل در دانشگاه یا هنرستان فنی و حرفه ای باشد؟  بله  نه  
 در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید.  
 در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

نام شخص	نام مدرسه/مرکز آموزشی	وضعیت ثبت نام (یک مورد را علامت بزنید)	آیا آنها کار می کنند؟
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	تعداد متوسط ساعات کاری در هفته: _____
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	تعداد متوسط ساعات کاری در هفته: _____

**6e. آیا یک کودک پرورشگاهی در منزل شما هست؟**  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

لطفاً سوال های زیر را در مورد فرزند(انتان) پر کنید:

آیا این فرزند(ان) با دستور دادگاه در منزل شما هستند؟  بله  نه

بله  نه

آیا می خواهید کودکان پرورشگاهی در فرم CalFresh شما به حساب بیایند؟ اگر جواب مثبت است، درآمد نگهداری فرزند بایستی به عنوان درآمد ناخواسته محاسبه شود. اگر جواب منفی است، درآمد نگهداری فرزند نباید به عنوان درآمد ناخواسته محاسبه شود.

**7. درآمد ناخواسته**

آیا شخصی که او را تامین می کنید درآمدی دارد که از راه کار کردن به دست نمی آید (ناخواسته)؟  بله  نه  
 در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.  
 تمامی انواع درآمدهای ناخواسته ای را که در مثالهای زیر وجود دارند و در مورد شما صادق است علامت بزنید (ممکن است مواردی در این لیست وجود نداشته باشند):

- ارانه شماره تامین اجتماعی
- مستمری
- برنده شدن در قمار/لاتاری
- حمایت فرزند/مسر
- کمک به اجاره/غذا/لباس
- مزایای سرباز بازنشسته یا مقرری ارتشی
- حل و فصل حقوقی یا بیمه
- کمک تحصیلی (اعتبارات مدرسه ای/وامها/بورسیه ها)
- کمک نقدی
- هدایای مالی
- مزایای تظاهرات
- بیمه عدم اشتغال به کار/بیمه ناتوانی ایالتی (SDI)
- سایر موارد \_\_\_\_\_
- غرامت کارگران

- SSP (پرداخت دولتی برای تکمیل پرداختهای
- SSI/SSI (پرداخت ایالتی به افراد نابینا، ناتوان و
- یا بالای 65 سال زیر نظر تامین اجتماعی)
- کمک عمومی /CalWORKS /TANF /GA/درمان
- عمومی /GR/برنامه کمک نقدی برای مهاجرین /CAPI
- کمک نقدی به پناهندگان RCA
- اتاق و اغذیه از یک مستاجر
- بازنشستگی یا از کارافتادگی راه آهن/دولتی

فردی که پول را می گیرد؟	از کجا؟	چه مقدار؟	هر چند مدت یکبار دریافت می کند؟ (یک مرتبه، هفتگی، ماهانه یا سایر)	تمایل به ادامه دارد؟ (بله یا خیر را علامت بزنید)
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

اگر انتظار نمی رود که این درآمد پیدا کند دلیل آن را توضیح دهید:

8. درآمد کسب شده

آیا شخصی که او را تامین می کنید درآمد از شغلی دارد (درآمد کسب شده)؟  بله  نه  
در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. اگر پاسخ منفی است، از سوال 9 بگذرید.  
نکته: اگر خود اشتغال هستید سوال 8a را پر کنید.

لطفاً کلیه حقوق قبل از مالیات ها و سایر کسورات را لیست کنید (درآمد ناخالص).

مثال هایی از درآمد کسب شده عبارتند از (این مثال ها عبارتند از تمام وقت، به طور موقت، فصلی، یا آموزشی، و سایرین که ممکن است در انجا نیامده باشد):  
 درآمدها  کمیسیونها  بخشش  حقوق  کار مطالعاتی (دانشجویان)

شخص شاغل	نام و آدرس کارفرما	شماره تلفن کارفرما	میانگین ساعت در هفته	میانگین ساعت در هفته	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (یکبار در هفته، ماهانه، سایر)	درآمد ناخالص دریافت شده در این ماه؟	مقدار درآمد ناخالص دریافت شده در این ماه؟	تمایل به ادامه دارد؟ (بله یا خیر را علامت بزنید)
				\$		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				\$		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				\$		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
				\$		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

اگر انتظار نمی رود که این درآمد پیدا کند دلیل آن را توضیح دهید:

آیا شخصی در 60 روز گذشته کار خود را از دست داده، تغییر داده، رها کرده و یا ساعاتی کاری وی کاهش یافته است؟  بله  نه

دلیل؟	زمان از دست دادن کار، ترک کار یا تغییر کار؟	زمان آخرین پرداخت
-------	---	-------------------

آیا کسی در حال تحصن است؟  بله  نه

دلیل؟	زمان تحصن یا اعتراض	زمان آخرین پرداخت
-------	---------------------	-------------------

8a. خود اشتغال

اعضای خود اشتغال خانوار ممکن است هزینه های واقعی خود اشتغالی را کاهش دهند یا استاندارد 40% تخفیف را برای درآمد خود اشتغالی داشته باشند. اگر شما هزینه های اصلی را انتخاب می کنید، باید مدارک مخارج را تحویل بدهید.

افراد خود اشتغال	زمان شروع کسب و کار	نوع کسب و کار و نام	درآمد ناخالص ماهانه	هزینه های خود اشتغالی (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی به \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی به \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی به \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی به \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% نرخ ثابت <input type="checkbox"/> هزینه های واقعی به \$

**9. هزینه های مراقبت از کودکان/بزرگسالان خانوار**

آیا شما یا افراد تحت تکفل شما هزینه ای برای نگهداری از کودکان، سالمندان، یا سایر وابستگان پرداخت می کنند تا شما و یا سایر افراد بتوانید به کار، مدرسه، دوره های آموزشی بروید و یا به دنبال کار بگردید؟  بله  نه  
در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

از چه کسی مراقبت می شود؟	چه کسی مراقبت می کند؟ (نام و آدرس تأمین کننده)	مقدار پرداخت شده؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

آیا کسی در خانه به شما کمک می کند تا تمام یا بخشی از هزینه های نگهداری از فرزندان/ بزرگسالان لیست شده در بالا را پرداخت می کند؟  بله  نه اگر پاسخ مثبت است، موارد زیر را پر کنید:

از چه کسی مراقبت می شود؟	چه کسی به پرداخت کمک می کند؟	مقدار پرداخت شده؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر)
		\$	
		\$	

**10. هزینه های حمایتی کودکان**

آیا شما یا کسی که تحت تکفل شماست به صورت قانونی مجبور به پرداخت مبلغ حمایتی از کودک شامل بدهی حمایتی کودک است؟  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

چه کسی مبلغ حمایت از کودک را می پردازد؟	نام کودک یا کودکانی که مبلغ حمایتی برای وی پرداخت می شود؟	مقدار پرداخت شده؟	هر چند وقت یکبار پرداخت می شود (هفته ای/ ماهانه یا سایر)
		\$	
		\$	

**11. هزینه های خانوار**

آیا شما یا هر فرد تحت تکفل شما برای هزینه های خانوار مسئولید؟  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

**نکته:** هزینه های پرداخت شده توسط کمک خانه داری نظیر HUD (وزارت مسکن و توسعه شهری ایالات متحده) یا بخش 8 را وارد نکنید. هزینه های گرمایش، سرمایش، تلفن، سایر امکانات و پناهگاه بی خانمانها به عنوان فوق العاده در نظر گرفته می شود و نیازی به پر کردن مقدار واقعی کسب شده ندارد.

نوع هزینه ها	هزینه هایی دارد؟	چه کسی پرداخت می کند؟	مقدار بدهی	چه زمانهایی صورتحساب دریافت می شود؟ (هفتگی/ماهانه)
پرداختی های منزل یا اجاره	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		\$	
مالیات درآمد یا بیمه (در صورتی که صورتحسابی جدا از اجاره بها یا رهن داشته باشد)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه		\$	
گاز، الکتریسیته یا سوختهای فسیلی که برای سرمایش یا گرمایش استفاده می شوند (در صورتی که صورتحسابی جدا از اجاره بها یا رهن داشته باشد)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
تلفن/تلفن همراه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
هزینه های پناهگاه بی خانمانها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
آب، فاضلاب، آشغالها	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه			
آیا شخصی که در خانوار شما ثبت نشده برای پرداخت مواردی از لیست بالا به شما کمک می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه اگر پاسخ مثبت است، لطفاً کامل کنید.		چه کسی به پرداخت کمک می کند؟	\$ چه مقدار؟	چه زمانهایی پرداخت می شود؟

آیا خانوار شما در حال دریافت مبلغی از برنامه کمک به ارژوی خانگی افراد کم درآمد (LIHEAP) است یا انتظار می رود که از این برنامه کمکی بگیرد؟  بله  نه

**12. هزینه های درمانی:**

آیا شما یا شخصی که به همراه وی غذا می خرید یا تهیه می کنید در حال نگره داری از شخصی کهنسال (60 سال یا بالاتر) و یا شخصی ناتوان است که هزینه های درمانی حساب نشده ای داشته باشد؟  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید. نکته: همسران یا کودکانی که مبالغ وابسته ای را برای SSI یا ناتوانی و یا نابینایی دریافت می کنند را لیست نکنید. هزینه هایی که انتظار دارید در آینده نزدیک داشته باشید تخمین بزنید.

هزینه های فوق العاده پزشکی به این صورت هستند:

- مراقبت پزشکی یا دندانپزشکی  
 بستری شدن در بیمارستان / درمان خارج  
 از حد توان / مراقبت پرستاری سرپایی  
 درمان نیازمند به نسخه (ویزیت)  
 قوانین حق بیمه بستری شدن و درمان
- حق بیمه مراقبت پزشکی (سهیمه Medi-Cal از هزینه ها، غیره)  
 دندان مصنوعی، سمک و پروتز  
 مراقبت و نگره داری مربوط به سن، بیماری یا ضعف  
 تعداد و هزینه وعده های غذایی که به فرد داده می شود  
 تجویز دارو بیش از موارد حساب شده
- هزینه حمل و نقل (مسافت پیموده شده یا هزینه) و ارائه برای به دست آوردن درمان پزشکی یا خدمات  
 عینک یا لنز تماسی با نسخه پزشک  
 تجهیزات پزشکی یا مکمل با نسخه پزشک  
 هزینه های خدماتی حیوانات (غذا، صورتحساب دامپزشکی، غیره)

نام شخص ناتوان/کهنسال	میزان هزینه ها	چه زمانهایی پرداخت می شود؟ (ماهانه، هفتگی، سایر)	چه نوع هزینه هایی (نسخه، دندان مصنوعی، وعده های غذایی افراد همراه، و غیره)	آیا بازپرداختی برای هزینه های درمانی به خانواده صورت گرفته است؟ (توسط Medi-Cal، بیمه، اعضای خانواده، غیره)
	\$		اگر پاسخ مثبت است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$	
	\$		اگر پاسخ مثبت است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$	
	\$		اگر پاسخ مثبت است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$	
	\$		اگر پاسخ مثبت است، به وسیله چه کسی: چه مقدار: \$	

**13. آیا شخصی را می شناسید که مانند شما تقاضای بهره مندی از این مزایا را داشته باشد و از این مراکز غذای رایگان دریافت کند؟**  بله  نه

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

• تسهیلات غذاخوری جمعی برای سالمندان / افراد ناتوان • برنامه توزیع مواد غذایی رزرو بومیان آمریکایی • سایر برنامه های غذایی

در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟	کجا؟

**14. آیا شخصی را می شناسید که مانند شما تقاضای بهره مندی از این مزایا را داشته باشد و از امکانات خوابگاه این مراکز استفاده کند؟**  بله  نه

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

• پناهگاه بی خانمانها  
 • پناهگاه زنان کتک خورده  
 • رزرو برای بومیان آمریکایی  
 • مرکز توانبخشی ترک مواد مخدر / الکل  
 • مرکز تادیبی / نهاد مجازات (محبس یا زندان)

• گروه زندگی جمعی نابینایان/افراد ناتوان  
 • خانه هایی با پارانه فدرال  
 • بیمارستان روانی/موسسات معلولان ذهنی  
 • بیمارستان  
 • مراقبت طولانی مدت و یا انجمن و مراقبت تسهیلاتی

نام شخص	نام موسسه (مرکز، پناهگاه، تجهیزات، غیره)	زمانی که انتظار می روزد مرخص شود (در صورتیکه قابل تعیین است)

**15. آیا شما یا کسانی که با شما زندگی می کنند جزء کسانی هستید که 60 سال یا بیشتر دارید و بخاطر معلولیت قادر به خرید مواد غذایی و وعده های غذایی نیستید؟**

بله  نه

در صورت مثبت بودن پاسخ، چه کسی؟

**16. منابع خانوار**

آیا شما یا شخص تحت تکفل شما منابع خاصی (نقدی، پول ذخیره شده در بانک، مدرک بیعانه، سهام و اوراق قرضه و غیره) دارید؟  بله  نه در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً به این سوال پاسخ دهید. در صورتیکه پاسخ منفی است، به سوال بعد رجوع کنید.

هر کدام از منابع لیست شده در زیر را علامت بزنید:

- حساب بانکی / اعتباری اتحادیه (چک)  حساب یا حسابهای بازار پول
- حساب بانکی / اعتباری اتحادیه (چک)  صندوق سرمایه گذاری مشترک
- صندوق امانات  گواهی سپرده (CD)
- پس انداز اوراق قرضه  وجوه نقدی
- سهام  سایر: \_\_\_\_\_

در صورتیکه حساب مشترکی با شخصی دارید در اینجا مشخص کنید.

برای هر کدام از مواردی که در بالا مشخص کرده اید اطلاعات زیر را کامل کنید.

منابع به نام چه کسی هستند؟	چه نوع از منابع؟	ارزش منابع؟	منابع در کجا هستند؟ (نام شرکت یا بانکی که پول در آن نگه داری می شود را بنویسید)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

آیا شما یا شخصی از خانوار شما در 3 ماه گذشته منابعی را فروخته، با آن تجارت کرده، از دست داده یا جابجا کرده است؟  بله  نه

**17. مزایای دوگانه**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما پس از 22 سپتامبر 1996 برای تقلب و استفاده دوباره از مزایای SNAP (نام فدرال برای برنامه کمک غذایی) مجرم شناخته شده است؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

**18. مزایای قاچاق انسان**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما پس از 22 سپتامبر 1996، برای قاچاق انسان (اجازه استفاده و یا فروش کارت EBT (مزایای انتقال الکترونیکی) به دیگران) و مزایای SNAP \$500 یا بیشتر، مجرم شناخته شده است؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

**19. مزایای تجارت دارو**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما برای مزایای تجارت SNAP در مورد دارو بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده است؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

**20. مزایای تجارت برای سلاح گرم و مواد منفجره**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما به علت تجارت مزایای SNAP برای اسلحه، مهمات یا مواد منفجره بعد از 22 سپتامبر 1996 گناهکار شناخته شده اند؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

**21. فرار بزهکار**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما در حال فرار و یا مخفی شدن از قانون به دلیل احضار به دادستانی، به زندان منتقل شدن، و یا رفتن به زندان برای یک جرم یا اقدام به جنایت است؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

**22. آزادی مشروط / نقض آزادی مشروط**

آیا شما یا شخصی از خانواده شما توسط دادگاهی قانونی در نقض آزادی مشروط و یا عفو مشروط می باشد؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  بله  نه

1. آیا شما یا یکی از افراد خانواده شما سابقه استفاده، در اختیار داشتن یا توزیع مواد ممنوعه (داروهای غیر مجاز و یا برخی داروهای خاص که نیازمند تجویز و نسخه دکتر می باشند) از تاریخ 22 آگوست 1996 به بعد (اول شهریور 1375) را داشته اید؟

بله  نه

2a: آیا تاکنون سابقه محکومیت در رابطه با اعمال ذیل را داشته اید؟

بله  نه

● حمل و نقل، واردات، فروش، تجهیز، مدیریت، ارائه دادن، در اختیار داشتن برای فروش، خرید به منظور فروش، تولید، ویا تهیه مواد اولیه مواد ممنوعه؛ و یا کشت، برداشت ویا تولید ماری جوانا.

● تشویق، ترغیب، درخواست ویا تهدید افراد زیردست به شرکت در هریک از فعالیت های فوق.

2b: اگر خیر، ومحکومیت ذکر شده در رابطه با در اختیار داشتن این مواد بوده است، آیا شما ویا آن عضو خانواده تمایل به انجام هریک از موارد زیر را داشته و یا خواهید داشت:

بله  نه

(a) تکمیل برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت؟

بله  نه

(b) شرکت در برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت؟

بله  نه

(c) ثبت نام در برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت؟

بله  نه

(d) قرار گرفتن در لیست انتظار برنامه درمان دارویی مورد تایید دولت؟

بله  نه

(e) استفاده از کنترل مواد را متوقف کرده اید و مدارکی دال بر این موضوع دارید؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفا توضیح دهید:

### فضای نوشتاری اضافی

**کامل نکنید- فقط مربوط به استفاده شهرستانها (COUNTY USE ONLY)**

**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