BETTER FOOD FOR BETTER LIVING

CALFRESH給付申請書

障害がある場合または本申請書で支援が必要な場合は、郡の福祉課（郡）までお問い合わせください。

英語以外の言語で手続きを希望する場合、郡では無料で支援を提供します。

申請方法

この申請書はCalFresh給付のみ申し込む場合に使用してください。CalFreshとは食料支援プログラムで、家族のための食料購入費用を支援します。CalWORKs（カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任）やMedi-Cal（カリフォルニア州医療支援プログラム）など、CalFresh以外のプログラムに申し込みたい場合は、その他のプログラム用の申請書をもらってください。また、http://www.benefitscal.org/からオンラインでCalFreshまたはその他のプログラムに申し込むこともできます。受給資格を確認したい場合はhttp://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htmを参照してください。

- 可能な場合は、申請書の項目すべてを記入します。申請を開始するには、郡に対し名前、住所、署名（申請書1ページ目の質問1）が最低限必要です。
- 申請書は手渡し、郵送、ファックス、またはオンラインで郡まで提出してください。
- 郡が署名済みの申請書の受領日が、給付金が交付されるかどうかの回答を提供する時間の開始となります。施設にいる場合、この時間は施設を去る日から開始します。

次に行なうこと

- 申請書に署名する前にあなたの権利と責任（プログラムの規則1～3ページ）について読んでください。
- 申請書について郡との面接を受ける必要があります。ほとんどの面接は電話になりますが、郡のオフィスまたは郡が手配するその他の場所で対面で行なうことができます。障害がある場合、別の手配をすることができます。
- 申請書のすべての項目に記入しなかった場合、面接時に記入することができます。
- 資格を判断するために、所得や支出、その他の状況の証明を提出する必要があります。

給付までの期間

申請プロセスは最長で30日間かかる場合があり、以下の場合、3暦日以内に給付金を受け取る権利がある場合があります。

- 世帯の毎月の総所得（控除前の所得）が$150未満で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が$100未満の場合。または
- 家賃（賃貸／家のローン、および公共料金）が毎月の総所得と手持ちの現金、当座預金口座や普通預金口座の残高を上回っている場合。または
- 当座預金口座または普通預金口座の残高が$100未満で出稼ぎか季節農業労働者の世帯で、1）所得がなくなった場合、または、2）所得は入るが、今後10日間で$25以上の収入が見込めない場合。

郡が3日間で給付金の交付の判断をできるように、質問1、6～8、11および16を記入し、身分証明書（ある場合）を申請書と一緒に提出してください。

郡から、CalFresh給付金の承認または拒否を通知する手紙を郵送します。

情報ページ - 記録のために保存してください。

面接時に必要なもの

遅延を避けるため、面接には次の証明を持参してください。証明がない場合でも面接には出頭してください。証明の入手に関して支援が必要な場合、郡が入手をお手伝いできる場合があります。面接時、郡では申請書の情報を確認し、CalFresh給付金の受給と給付の額について決定するために、いくつか質問をします。

給付金の受領に必要な証明

- 身分証明書（運転免許証、州発行IDカード、パスポート）。
- 住居証明（賃貸契約書、住所が記載される最近の請求書）。
- 社会保障番号（特定の非米国市民については以下の注記を参照）。
- 世帯全員の銀行口座にある金額（最新の銀行取引明細書）。
- 過去30日間の世帯全員分の給与所得（最新の支払い明細書、雇用者からの作業表明書）。**注記：**自営業の場合は、所得と支出、または納税記録。
- 不労所得（失業手当給付金、補助社会保障給付金／州の補助給付金（SSI）、社会保障、退役軍人年金、養育費、労災補償、学校助成金またはローン、家賃収入など）。
- 給付金に申請している非米国市民に**限り**、合法的な移民法上の地位（外国人登録証、ビザ）。
  注記：家庭内暴力、犯行目撃、不法取引を基に移民ステータスを申請している特定の非米国市民はこの証明は必要ありません。社会保障番号も必要ありません。

CalFresh追加給付に必要な証明

- 住宅費（賃貸領収書、住宅ローン請求書、固定資産税請求書、保険関連書類）。
- 電話および公共料金。
- 世帯内の高齢者（60歳以上）または障害者の医療費。
- 就業、仕事口探し、職業訓練や学校または必須となる作業活動への参加などによるチャイルドケアおよびアダルトケアの費用。
- 世帯内の者が支払った養育費。

CalFresh給付の受給／使用方法

- 郡では、自動振込み（Electronic Benefit Transfer: EBT）カードを郵送または手渡しします。申請書が承認されると、給付金がカードに振り込まれます。カードを取得したら署名してください。カードを使用するために暗証番号（PIN）を設定します。
- EBTカードが紛失、盗難、破損した場合、または給付金を使用してほしくない者がPIN番号を知っていると思われる場合、(877) 328-9677または郡までただちにに連絡してください。これらの問題が発生した場合、責任があるすべての成人および公認代理人が、ただちに報告する方法を知っているようにします。給付金を使用して欲しくない者がPINを知っていることを報告せず、PINを変更しない場合、使われた給付金は戻りません。
- CalFresh給付を利用して、自分の食料を栽培するための種や苗を含め、ほとんどの食料品を購入することができます。アルコール飲料やたばこ、ペットフード、特定の種類の調理済み食品、食品以外の物（歯磨き、石鹸、ペーパータオルなど）は購入できません。
- CalFresh給付は食料品を扱っているその他の店などを含め、ほとんどの食料品店で利用可能です。EBTが使用できる最寄の場所のリストはhttps://www.ebt.ca.govまたはhttps://www.snapfresh.orgを参照してください。
- CalFresh給付は申請者および申請者の家族構成員のみを対象としています。給付は安全に保管してください。PIN番号は公表しないでください。PIN番号とEBTカードは一緒に保管しないでください。

ホームレスの場合

申請者がホームレスの場合は直ちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理やケースに関する通知を郡から受け取るための住所を提供する支援を行っています。CalFreshではホームレスとは次を意味します。

A. 監視付きのシェルター、更生訓練施設または同様の施設に滞在している場合。
B. 連続して90日間未満、他人や別の家族の家に滞在している場合。
C. 宿泊用に設計されてない場所、または通常は宿泊場所として使用されていない場所（例：廊下、バス停、ロビーなど）で宿泊している場合。

情報ページ - 記録のために保存してください。

権利と責任

あなたには次の責任があります。

- 資格を判断するために必要なすべての情報を郡に提出します。
- 必要に応じて情報の証明を郡に提出します。
- 必要に応じて変更を報告します。郡では、報告する変更や報告方法、報告時間に関する情報を提供します。世帯の報告要件を満たしていない場合、ケースが閉じられたり、CalFresh給付金が減額されたり、支給が中止される場合があります。
- 郡は、あなたのケースにおいて必要があると判断した場合、就職口探し、仕事の継続、別の活動への参加などを義務付ける場合があります。
- あなたの資格や給付金レベルが正しく計算されていることを確認するためにケースがレビューや調査の対象となった場合は、郡、州、連邦政府の担当者に全面的に協力します。これらのレビューで協力を怠った場合は、給付金の交付が中止になる場合があります。
- 受領資格のないCalFresh給付金は返却します。

あなたには次の権利があります。

- 名前、住所、署名のみでCalFresh申請書を提出できます。
- 必要な場合は、州から無料の通訳が提供されます。
- 郡のプログラムの管理に直接関係しない限り、郡に提出した情報の機密性は守られます。
- 郡が資格を判断する前であればいつでも申請書を取り下げることができます。
- CalFresh申請書の記入や規則の説明に関する支援が要請できます。
- 必要な証明の入手に関する支援が要請できます。
- 礼儀正しく、思いやりと尊重ある態度で待遇され、差別されることはありません。
- 急速サービスへの資格が認められる場合、CalFreshの給付金は3日以内に支給されます。
- 郡では申請時に妥当な時間の面接をし、30日以内に資格を判断します。
- 資格の判断に必要な証明を郡に提出するまで少なくとも10日間が与えられます。
- CalFresh給付金を郡が減額または中止する場合、少なくとも10日間前に書面による通知を受け取ります。
- ケースの再検討を要請する場合には、郡とケースに関する話し合いを設けることができます。
- CalFreshケースに関して郡に同意できない場合は、90日以内に州聴聞会を請求することができます。CalFreshケースにおける措置が実行される前に州聴聞会を請求する場合、州聴聞会もしくは保証期間のいずれかが終了するまで、CalFresh給付金は同額のままになります。郡に請求し、聴聞会後まで給付金を変更し、超過分の払戻しを回避することができます。行政法判事があなたに有利な判決を下す場合、郡では削減された分の給付金を遡って支払います。
- 州聴聞会に関する権利または法的支援の照会は**1-800-952-5253（通話無料）**または**1-800-952-8349**（TDDを利用する聴覚・言語障害者用）までお問い合わせください。最寄の法的支援オフィスまたは福祉権利オフィスで無料の法的支援が受けられる場合があります。
- 州聴聞会に1人で出頭したくない場合は、友人などを連れてくることができます。
- 投票登録に関する支援を郡から受けることができます。
- CalFresh給付を増額する可能性がある場合、報告義務のない変更を報告することができます。
- CalFresh給付金を増額するために役立つ世帯の支出の証明を入手することができます。郡に証明を提出しない場合は、そのような支出がないと見なされ、CalFresh給付金を増額することはできません。
- 世帯のCalFresh給付金を他人に譲渡したい場合、またはCalFreshのケースに関する支援を得たい場合は郡（公認代理人）に知らせてください。

記録のために保存してください

プログラムの規則と罰則

受給資格のないCalFresh給付金を受けるため、または受給資格のない他人が給付金を受けられるように支援するために、虚偽または不正な情報を提供したり、故意にすべての情報を提供しない場合、重罪犯で告発されます。受領資格のなかった給付金はすべて返却しなければなりません。

私は以下の点を了解いたします。	以下が課せられる場合があることを理解します。
次のいずれかの行為を行なって、故意にプログラムを違反する場合 • 情報の隠蔽、虚偽の声明 • 他人の自動振込み（Electronic Benefit Transfer: EBT）カードを使用したり、自分のカードを他人に使用させる • CalFresh給付金を使用し、アルコールやタバコを購入する • CalFresh給付金またはEBTカードを交換、販売または譲渡する	• 最初の違反でCalFresh給付金の交付が12ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない • 2回目の違反でCalFresh給付が24ヶ月間中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない • 3回目の違反でCalFresh給付金の交付が永久に中止され、超過分のCalFresh給付金はすべて返却しなければならない • 最高$250,000の罰金刑、最高20年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる
• CalFresh給付金をドラッグなどの規制薬物と交換する	• 最初の違反でCalFresh給付が24ヶ月間中止される • 2回目の違反でCalFresh給付は永久に中止される
• 身元や居住地に関する虚偽の情報を提示し、複数のCalFresh給付を受け取る	• 各違反に対し、CalFresh給付は10年間中止される
• $500以上のCalFresh給付の交換または売却、CalFresh給付の銃器や銃弾、爆発物との交換で有罪判決を受けたことがある	• CalFresh給付が永久に中止される

非米国市民向けの重要な情報

- 家族構成員に受給資格がない者がいる場合でも、受給資格のある者のためにCalFresh給付に申請することができます。たとえば、移民である両親自身は資格がなくても、米国市民もしくは資格のある移民である子供のために、CalFresh給付を申請することができます。
- 食料支援を得ることであなたや家族の移民法上の地位に影響がでることはありません。移民情報はプライベートおよび機密として扱われます。
- 給付の申請への資格がある非米国市民の移民法上の地位は、米国市民権・移民サービス（USCIS）で確認されます。連邦法では、USCISは詐欺のケース以外で情報を使用することはできないと述べています。

免除

CalFresh給付に申請しない非米国市民の家族構成員の移民情報や社会保障番号、書類を提供する必要はありません。郡では、世帯の給付金を正しく判断するために所得および資産情報を知る必要があります。郡では、CalFresh給付を申請しない者についてUSCISに問い合わせることはありません。

社会保障番号（SSN）の使用

CalFresh給付に申請する各人がSSN（保持している場合）、またはSSNを申請中である証拠（社会保障事務局からの手紙など）を提供する必要があります。郡では、あなたや家族のSSNが提出されない場合、CalFresh給付を却下する場合があります。家庭内暴力の被害者や犯行目撃者、不法取引の被害者など、SSNの提出は必要ありません。

過払い

これは、受給すべきであった額よりも多くのCalFresh給付を受給することです。郡が誤った場合、意図的ではなかった場合でも、過払い給付は払戻しする必要があります。さもないと、給付が減額されたり、停止される恐れがあります。SSNを使用し、裁判所やその他の集金代行業者、連邦政府の集金活動を介して支払い義務のある給付金額を集金する場合があります。

報告

CalFresh給付を受け取るすべての世帯は特定の変更を報告する必要があります。郡では、報告する変更や報告方法、報告先に関する情報を提供します。変更の報告を怠る場合は、CalFresh給付の減額や中止になる場合があります。また、所得の減額など給付金が増額となる可能性があることが起きた場合にも報告することができます。

記録のために保存してください

州聴聞会
申請書や現行の給付金に関する措置に同意しない場合、州聴聞会を請求する権利があります。郡の措置から90日以内に、聴聞会を希望する理由を述べて請求する必要があります。郡から受領する承認または拒否通知には、州聴聞会の請求方法に関する情報が記載されています。措置が実行される前に聴聞会を請求する場合、決定までCalFresh給付を継続することができます。

不当差別禁止
すべての人が平等に、敬意と尊重ある態度で待遇されることは州および郡のポリシーです。連邦法および農務省（USDA）の規定に従い、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、宗教、政治的信条または障害をもとに差別することは固く禁止されています。

差別に関する不服申し立てを行うには、郡の公民権コーディネーターに連絡するか、USDAまたはカリフォルニア州の社会福祉課（CDSS）まで書面または電話でお問い合わせください。

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 (voice and TDD)

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

USDAは機会均等雇用者です。

プライバシー保護および開示
申請書には個人情報を提供することになります。郡では給付金の受給資格を確認するために情報を使用します。情報を提供しない場合、申請書が拒否される場合があります。あなたには郡に提供した情報を再検討、変更または訂正する権利があります。郡では、あなた自身または連邦法および州法が許可しない限り、他者に情報を公開したり提供することはありません。また、所得検証システム（IEVS）を含むコンピュータマッチングプログラムを介して、これらの情報を検証します。情報はプログラムの規則の準拠の監視やプログラム管理のために使用されます。郡では、検定のためにその他の連邦当局および州当局、また法網をくぐり逃走する者を逮捕するために警察と、そして債権収集措置のために私設の債権収集代行業者と情報を共有する場合があります。また、USCISに連絡して給付金を申請する家族構成員の移民法上の地位を確認する場合があります。これらの機関から郡が得た情報は、給付金の受給資格とレベルに影響する場合があります。

ケースファイルのレビュー
資格が正しく判断されていることを確認するために、あなたのケースが追加レビューの対象となる場合があります。あなたは、品質管理レビューを含むあらゆる調査やレビューで、郡、州、連邦政府の担当者に全面的に協力する必要があります。これらのレビューで協力を怠った場合は、給付金の交付が中止になる場合があります。

CalFreshの就業規則
郡では、申請者を職業プログラムに割り当てる場合があります。職業プログラムが任意であるか必須であるかは当局で説明されます。義務的な作業活動があるのに行わない場合、給付金は減額もしくは中止となる場合があります。

最近仕事を辞めた場合はCalFreshの受給資格がない場合があります。

EBTの利用
受給者や家族、公認代理人がEBTカードまたはPINの紛失、盗難を報告する前に、口座から引かれた給付金が戻ることは**ありません**。

受給者や家族、公認代理人、自発的にEBTカードとPINを渡した者がEBTを使用する場合、受給者によって承認済みと考慮され、口座から引かれた給付金は払い戻**されません**。

給付金を使用して欲しくない者がPINを知っていることを報告せず、PINを変更しない場合、使われた給付金は戻り**ません**。

記録のために保存してください

メモ

判読しやすく、コピーに最適であるため、黒または青インクのペンを使ってください。回答は活字体で記入してください。質問の答えが書ききれない場合は、10ページ目の「追加書き込み欄」セクションを使用します。必要な場合は、別紙を添付してください。追加書き込み欄や別紙には質問の番号を明記してください。

1. 申請者の情報

名前（名、ミドルネーム、姓）	その他の名前（旧姓、ニックネームなど）	社会保障番号（持っていて、給付を申請する場合）

自宅住所または自宅までの道順	市	州	郵便番号

郵送先住所（上記と異なる場合）	市	州	郵便番号

自宅の電話	メールアドレス

職場／代替／メッセージ電話番号	ケースに関するメッセージはメールでの受け取りを希望します。 ☐ はい ☐ いいえ

ホームレスですか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**と回答し、ホームレスの場合はただちに郡に知らせてください。郡では申請書の受理や事例に関する通知を郡から受け取るための住所を見つける支援を提供します。

読むのに希望する言語はなんですか（英語以外の場合）？_____
話すのに希望する言語はなんですか（英語以外の場合）？_____

郡では無料で通訳を提供します。聴覚障害者または聴覚に問題がある場合はここをチェックしてください。 ☐

障害があり、申し込みに手伝いが必要ですか？	☐ はい ☐ いいえ
Medi-Cal（カリフォルニア州医療支援プログラム）への申請に興味がありますか？ **「はい」**と答えた場合、郡ではあなたの回答を使用してMedi-Calが取得できるかどうか確認します。	☐ はい ☐ いいえ
世帯の毎月の総所得が$150未満で、手持ちの現金または当座預金口座や普通預金口座の残高が$100未満ですか？	☐ はい ☐ いいえ
世帯の毎月の総所得と手持ちの現金、当座預金口座や普通預金口座の残高の合算は家賃／住宅ローンと公共料金の合算よりも低いですか？	☐ はい ☐ いいえ
家族は出稼ぎ労働者／季節農業労働者の世帯で流動資産が$100未満であり、収入が停止したか、この10日間で$25以上の収入が見込まれない場合のいずれかに該当しますか？	☐ はい ☐ いいえ

私はこの申請書に署名することで、偽証罪（虚偽の声明をすること）の罰則を適用する条件で、次を了承します。

- この申請書の情報および質問への回答を読みました、もしくは読んでもらいました。
- 質問に対する私の回答は私の知る限り正確かつ完全です。
- 申請手続きで私が提供する回答はすべて私の知る限り正確かつ完全です。
- 私はCalFreshプログラムの権利と責任（プログラム規則1ページ目）を読み、もしくは読んでもらい、理解し、責任に従うことに同意するものです。
- 私はCalFreshプログラムの規則と罰則（プログラム規則2〜3ページ目）を読みました、もしくは読んでもらいました。
- 私は、CalFreshの受給資格を得るために虚偽または誤解されやすい声明を提供したり、真実を不正確に伝えたり、隠蔽したり、保留することは詐欺行為にあたることを理解しています。詐欺行為として刑事事件として法的に起訴され、一定期間（または永久に）CalFresh給付の対象から除外される場合があることを了解いたします。
- 私は、給付金に申請する家族の社会保障番号または移民法上の地位が連邦法で請求される場合、適切な政府当局に照会される場合があることを了解いたします。

申請者（または成人の家族構成員／公認代理人*／後見人）の署名	日付

***公認代理人がいる場合、次のページの質問2に回答してください。**

2. 世帯の公認代理人

世帯のCalFresh給付支援をする18歳以上の者を公認代理人とすることができます。この者は面接であなたの代理として話したり、申請書の記入を手伝ったり、買い物をしたり、変更手続きを行なうことができます。あなたはこの者が郡に提供した情報のために手違いで受け取った給付金を郡に払い戻す必要があります。またこの者があなたの意思とは関係なく使用した給付金をもとに戻すことはできません。あなたが公認代理人である場合、郡に対して自身および申請者の身分証明書を提出する必要があります。

CalFreshケースを手伝ってもらう人物の指定を希望しますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

公認代理人の名前：	公認代理人の電話番号：

あなたの家族のためのCalFresh給付の受給および使用できる者の指定を希望しますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、次のセクションを記入してください。

名前：	電話番号：

住所： 市 州 郵便番号

3. 人種／民族

人種と民族の情報は任意です。人種や肌の色、出身国に関係なく、給付が交付されるよう要請されます。あなたの回答が受給資格や給付金額に影響することはありません。該当するものすべてをチェックしてください。法律上、郡では民族、人種を記録することが求められています。

☐ 人種や民族に関する情報を郡に提供したくない場合は、このボックスにチェックを入れてください。これら項目が記入されていない場合、公民権の統計のためにのみ、郡が情報を記入いたします。

民族	ヒスパニック系またはラテン系ですか？ ☐ はい ☐ いいえ	ヒスパニック系またはラテン系の場合、どの民族に当てはまりますか？ ☐ メキシコ系 ☐ プエルトリコ系 ☐ キューバ系 ☐ その他_____

人種／種族的出身

☐ 白人 ☐ アメリカン・インディアンまたはアラスカン・ネイティブ ☐ 黒人またはアフリカン・アメリカン
☐ その他または混血 _____
☐ アジア人(チェックする場合、次から1つ以上選択してください)。
☐ フィリピン系 ☐ 中国系 ☐ 日系 ☐ カンボジア系 ☐ 韓国系 ☐ ベトナム系 ☐ インド系 ☐ ラオス系
☐ その他のアジア系（具体的に）_____
☐ ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島系（チェックした場合、下記から1つ以上選択） ☐ ネイティブ・ハワイアン
☐ グアム系またはチャモロ系 ☐ サモア系

4. 面接の選択

あなたは申請書についてやCalFresh給付に関し、郡と面接を行う必要があります。CalFreshの面接は、郡に直接出向いて申請書を提出した際に面接が行われる場合や、対面面接を希望する場合を除き、通常、電話で行われます。対面面接は郡の通常の営業時間内でのみ行なわれます。

☐ 対面面接を希望する場合は、このボックスにチェックを入れてください。
☐ 障害があるため、その他の手配が必要な場合、このボックスにチェックを入れてください。
ご希望の面接日時にチェックを入れてください。
日にち：☐ 今日 ☐ 次に空いている日 ☐ いつでも ☐ 月曜日 ☐ 火曜日 ☐ 水曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日

時間： ☐ 早朝 ☐ 午前中 ☐ 午後 ☐ 夕方 ☐ いつでも

5. その他のプログラム

家族に公的支援（Temporary Assistance for Needy Families：貧困家庭一時扶助、Medicaid：州および連邦政府が助成する医療支援プログラム、Supplemental Nutrition Assistance Program：栄養補給支援プログラム[フードスタンプ]、一般扶助（GA）／一般救済（GR）な

「はい」の場合、それは誰ですか？	それはどこですか（郡／州）？
「はい」の場合、それは誰ですか？	それはどこですか（郡／州）？

6a. 世帯の情報

あなたが食料を購入し、食事を準備する同居人全員（あなた自身も含める）について、下記の情報を記入してください。**非米国市民の申請をする場合、質問6bと6cを記入してください。それ以外は質問6dに進みます。**

給付金を申請しない家族の社会保障番号は任意になります。給付金を申請する各個人に対して、以下の質問に答えてください。

給付金申請者（✔「はい」または「いいえ」にチェック）	**名前**（姓、名、ミドルイニシャル）	続柄	**誕生日**	**性別**（男性または女性）	**米国市民**もしくは**米国民**（✔「はい」か「いいえ」にチェック）**「いいえ」**の場合、質問6bを記入してください。	**社会保障番号**
☐ はい ☐ いいえ		**本人**			☐ はい ☐ いいえ	
☐ はい ☐ いいえ					☐ はい ☐ いいえ	
☐ はい ☐ いいえ					☐ はい ☐ いいえ	
☐ はい ☐ いいえ					☐ はい ☐ いいえ	
☐ はい ☐ いいえ					☐ はい ☐ いいえ	

あなたと一緒に食料を購入したり、食事を準備しない同居人の名前を記載してください。

名前	名前
名前	名前

6b. 非米国市民情報 - 質問6aに記載され、給付金を申請する米国市民ではない者について記入してください。

名前	**米国への入国日**（既知の場合）	**次のいずれかを提示してください**（既知の場合）**パスポート番号、外国人登録番号など**	**スポンサーはいますか？**（✔「はい」か「いいえ」にチェック）**「はい」**の場合、質問6cを記入してください。
		書類の種類_____ 書類番号_____	☐ はい ☐ いいえ
		書類の種類_____ 書類番号_____	☐ はい ☐ いいえ
		書類の種類_____ 書類番号_____	☐ はい ☐ いいえ

上記の家族構成員の誰かが、最低でも10年間（40四半期）の職歴もしくは米国における兵役歴がある者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか？_____

上記の中で、Tビザ、Uビザ、VAWA請願書を所有、または申請中、もしくは申請予定の者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、それは誰ですか？_____

6c. 保証された非米国市民情報 - 質問6bに記載され、給付金を申請する保証された非米国市民である者について記入してください。

スポンサーはI-864に署名しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、残りの質問に答えてください。スポンサーがI-134に署名した場合、この質問はスキップしてください。

スポンサーは定期的に金銭的な支援をしていますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合、金額を記入。$_____

スポンサーは以下において、定期的に支援をしていますか（該当するものすべてにチェックを入れてください）？

☐ 家賃 ☐ 衣類 ☐ 食料 ☐ その他_____

スポンサーの名前	被スポンサーの名前	スポンサーの電話番号
スポンサーの名前	被スポンサーの名前	スポンサーの電話番号

6d. 学生

あなた自身を含め、扶助の申請をする者の中に、大学または職業訓練校に就学中の者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。
「いいえ」の場合、次の質問に進みます。

名前	学校名／職業訓練校名	学生としての地位（✔ 1つにチェック）	就労状況
		☐ ハーフタイム以上 ☐ ハーフタイム以下 単位数：_____	1週間の平均勤務時間：_____
		☐ ハーフタイム以上 ☐ ハーフタイム以下 単位数：_____	1週間の平均勤務時間：_____

6e. 里子が同居していますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合、それは誰ですか？_____
子供について次の質問に答えてください。

この子供は裁判所の保護命令であなたの家に来ましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

CalFreshケースに里子を含めることを希望しますか？**「はい」**の場合、受給している里子養育所得が不労所得と見なされます。**「いいえ」**の場合、受給している里子養育所得は不労所得と見なされません。 ☐ はい ☐ いいえ

7. 不労所得

あなたが食料を購入して食事を準備する者の中で、仕事先からではない所得（不労所得）を得ている者はいますか？
☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。
下記の不労所得の種類の例から該当するすべてのものにチェックを入れてください（ここに記載されていないものもあります）。

☐ 社会保障
☐ 補助社会保障給付金／州の補助給付金（Supplemental Security Income/ State Supplementary Payment: SSI/SSP）
☐ キャッシュエイド
☐ CalWORKs／TANF／一般扶助／救済手当／移民のためのキャッシュ支援プログラム
☐ 生活費（賃借人から）
☐ 年金
☐ 養育費／配偶者扶養料
☐ 退役軍人手当または軍人年金
☐ ファイナンシャル・エイド（教育助成金／ローン／奨学金）
☐ 贈与、寄付
☐ 失業保険／州の障害保険（SDI）
☐ 労災補償
☐ 宝くじ賞金／ギャンブル賞金
☐ 家賃／食料／衣類の支援
☐ 保険金または法的和解金
☐ 民間の障害手当または年金（政府機関以外）
☐ ストライキ手当
☐ その他_____

お金を受け取っている者	支払元	金額	受取頻度（1度、毎週、毎月、その他）	継続の見込み（✔「はい」か「いいえ」にチェック）
		$		☐ はい ☐ いいえ
		$		☐ はい ☐ いいえ
		$		☐ はい ☐ いいえ
		$		☐ はい ☐ いいえ

当該所得の継続が見込まれない場合は、説明してください。

8. 勤労所得

あなたが食料を購入して食事を準備する者の中に、労働から所得（勤労所得）を得ている者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、質問9に進みます。
注記：自営業の場合、質問8aに答えてください。
税金やその他の控除が差し引かれる**前**の所得（総所得）をすべて記入してください。
勤労所得の例（例はフルタイム、臨時の季節労働、職業訓練などがあります。ここに記載されないものもあります）

- 賃金
- 歩合
- チップ
- 給与
- ワークスタディ（生徒）

就業している者	**雇用者の名前と所在地**	**雇用主の電話番号**	**時給**	**1週間の平均勤務時間**	**頻度**（1度、毎週、毎月、その他）	**今月受け取った勤労総所得合計はいくらですか？**	**継続の見込み**（✔「はい」か「いいえ」にチェック）
			$			$	☐ はい ☐ いいえ
			$			$	☐ はい ☐ いいえ
			$			$	☐ はい ☐ いいえ
			$			$	☐ はい ☐ いいえ

当該所得の継続が見込まれない場合は、説明してください。

過去60日以内で失業した者、転職した者、辞職した者、勤務時間が削減した者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、名前を記入	失業、辞職、転職の日付	最後の賃金支払日

理由

ストライキ中の者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、名前を記入	ストライキの開始日	最後の賃金支払日

理由

8a. 自営業

自営業の家族構成員は自営業の実際の事業支出、もしくは自営業所得に対し40%の標準控除をすることができます。実際の事業支出を選択する場合、支出の証明を郡に提出する必要があります。

自営業者の名前	**事業開始日**	**業種および名前**	**月の総所得**	**事業支出**（✔ 1つだけチェックしてください）
			$	☐ 40%の標準控除 ☐ 実際の事業支出 $ _____
			$	☐ 40%の標準控除 ☐ 実際の事業支出 $ _____
			$	☐ 40%の標準控除 ☐ 実際の事業支出 $ _____
			$	☐ 40%の標準控除 ☐ 実際の事業支出 $ _____
			$	☐ 40%の標準控除 ☐ 実際の事業支出 $ _____

9. 家族の子供／成人の介護費用

あなた自身もしくはあなたが食料を購入し食事を準備する者の中で、職場、職業訓練、学校、職探し等に出かけられるよう、子供、成人障害者、その他の被扶養者の介護の支払を行っている者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。

介護を受ける者	介護の提供者 （提供者の名前と住所）	支払額	頻度 （毎週／毎月、その他）
		$	
		$	
		$	
		$	

上記に記載した子供／成人の介護費用の全部あるいは一部を誰かが支払っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、下記を記入してください。

介護を受ける者	支払いを援助する者	支払額	頻度 （毎週／毎月、その他）
		$	
		$	

10. 養育費の支払い

あなた自身もしくはあなたが食料を購入し食事を準備する者の中で、滞納している養育費を含む養育費の法的支払い義務がある者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。

養育費支払いを行う者	養育費を受ける子供の名前：	支払額	頻度 （毎週／毎月、その他）
		$	
		$	

11. 生活費

あなた自身またはあなたが食料を購入し食事を準備する者の中で、生活費の負担責任がある者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。
注記：HUDやSection 8などの家賃補助プログラムによって支払われた金額は記入しないでください。冷暖房費、電話代、その他の公共料金およびホームレスシェルターは設定された手当になります。支払い義務のある実際の価格を記入する必要はありません。

支出の種類	支出	支払っている者	未払い金額	請求頻度 （毎週／毎月）
家賃または住居費	☐ はい ☐ いいえ		$	
固定資産税および保険（家賃や家のローンから別途請求される場合）	☐ はい ☐ いいえ		$	
材木やプロパンなど冷暖房に使用されるガス、電気、その他の燃料（家賃や家のローンとは別に請求される場合）	☐ はい ☐ いいえ			
電話／携帯電話	☐ はい ☐ いいえ			
ホームレスシェルター費用	☐ はい ☐ いいえ			
上水道、下水道、ごみ収集	☐ はい ☐ いいえ			
上記の出費の支払いを支援する者が世帯以外にいますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合、次を記入してください。		**支払いを援助する者**	**金額** $	**頻度**

低所得家庭エネルギー支援プログラム（Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP）から支払いを受けている、または受ける予定ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

12. 医療支出：
自費で支払う医療費がある高齢者（60歳以上）または障害者のために、あなた自身またはあなた以外の者が食料を購入し準備していますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。
注記：SSIまたは障害者、盲目のための扶助費を受給している配偶者や子供は記載しないでください。
近い将来の予想支出を記載してください。

控除される医療費は次の通りです。

- ☐ 医療介護または歯科介護
- ☐ 入院、外来治療、看護、介護
- ☐ 処方箋
- ☐ 健康保険および入院保険の保険料
- ☐ Medicare保険料：Medi-Cal自己負担金
- ☐ 義歯、補聴器、義肢
- ☐ 年齢、病気、衰弱により必要な介護人の費用
- ☐ 介護人に提供する食事の回数と費用
- ☐ 処方された市販薬
- ☐ 医療措置やサービスを受けるための交通費（距離または料金）や宿泊費
- ☐ 処方された眼鏡およびコンタクトレンズ
- ☐ 処方された医療品や機器
- ☐ 介護動物費用（食費、獣医料金など）

高齢者／障害者の名前	**支出額**	**頻度**（毎月、毎週、その他）	**支出の種類**（処方箋、義歯、介護人の食事回数など）	**医療費は払い戻されますか？**（Medi-Cal、保険、家族構成員等によって）
	$			**「はい」**の場合、払い戻す者の名前： 金額：$
	$			**「はい」**の場合、払い戻す者の名前： 金額：$
	$			**「はい」**の場合、払い戻す者の名前： 金額：$
	$			**「はい」**の場合、払い戻す者の名前： 金額：$

13. あなた自身を含め、扶助を申請する者の中に、以下のプログラムから食料品を得ている者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。

- 高齢者や障害者のための共同食事施設
- ネイティブアメリカンの居留地が運営する食料配給プログラム
- その他の食料プログラム

「はい」の場合、名前を記入	場所
「はい」の場合、名前を記入	場所

14. あなた自身を含め、扶助を申請する者の中に、以下で生活している者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。

- ホームレスシェルター
- 被虐待女性のためのシェルター
- ネイティブアメリカンのための居留地
- ドラッグ／アルコールリハビリテーションセンター
- 矯正施設／刑務所 *（拘置所または刑務所）*
- 視覚障害者や身体障害者のための集団生活施設
- 政府助成住宅
- 精神病院／精神障害者収容施設
- 病院
- 長期介護施設または介護施設

名前	**施設の名称**（センター、シェルター、施設等）	**出所予定日**（該当する場合）

15. あなた自身または年齢60歳以上で同居している者で、障害のために、別に食料品を購入して食事を準備することができない者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、名前を記入

16. 世帯の資産
あなた自身またはあなたが食料を購入し食事を準備する者の中で、資産（現金、銀行の預貯金、譲渡性預金証書、株式、債券など）がある者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ **「はい」**の場合は、下記に記入してください。**「いいえ」**の場合、次の質問に進みます。

以下に記載される資産にチェックを入れてください。

☐ 銀行口座／クレジットユニオン口座（当座預金）
☐ 銀行口座／クレジットユニオン口座（普通預金）
☐ 貸金庫
☐ 貯蓄債券
☐ マネーマーケット口座
☐ 信託資金
☐ 譲渡性預金証書（CD）
☐ 手元の現金
☐ 株式
☐ 債券
☐ その他：_____

共同名義口座の場合は下記にその旨を記してください。

上記でチェックを入れた各項目に関し、以下の情報を記載してください。

名義人	資産の種類	現在の価値	資産の所在地 （金銭が保留されている銀行や企業の名称）
		$	
		$	
		$	
		$	

過去3ヶ月間に、あなた自身または家族構成員が資産を売却、交換、贈与、委譲しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

17. 重複した給付
1996年9月22日以降、すべての州において、あなた自身または家族構成員の中に、不正なSNAP（連邦政府の食料支援プログラム名、カリフォルニア州ではCalFresh）の二重受給で有罪判決を受けた者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

18. 給付の不正取引
1996年9月22日以降、すべての州において、あなた自身または家族構成員の中に、$500以上のSNAP給付の不正取引（他人にEBTカードを使用させたり、売却すること）で有罪判決を受けた者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

19. 給付と薬物の交換
1996年9月22日以降、あなた自身または家族の中に、SNAPと薬物の交換で有罪判決を受けた者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

20. 給付と銃器・爆発物の交換
1996年9月22日以降、あなた自身または家族構成員の中で、SNAPと銃器・火薬・爆発物の交換で有罪判決を受けた者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

21. 逃亡中の重罪犯罪者
あなた自身または家族構成員の中に、重罪もしくは重罪未遂の告訴、拘留、有罪判決による懲役刑を逃れているか逃亡中である者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

22. 執行猶予／宣誓釈放違反
あなた自身または家族構成員の中に、執行猶予または宣誓釈放に違反し、有罪判決を受けた者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合、それは誰ですか？_____

23. 薬物に関する重罪

1. 1996年8月22日以降あなた自身または家族構成員の中に、規制薬物（違法薬物や医者の処方箋が必要な特定薬物）の所持、使用、配布に関わる重罪で有罪とされたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

2a. 有罪判決は次の中のいずれかでしたか？ ☐ はい ☐ いいえ

- 規制薬物のカリフォルニア州への輸送や輸入、販売、提供、管理、譲渡、または販売するために所持もしくは購入、製造、または規制薬物を製造するために前駆物質を加工したり、マリファナの栽培、収穫または加工した。
- 未成年者奨励、誘導、勧誘、威嚇するなどして、上記の行為への参加を強制させた。

2b. 「**いいえ**」と回答し、所持で重罪判決を受けた場合、あなた自身または家族構成員は以下を実施しましたか（または実施する予定ですか）？

a) 政府承認の麻薬治療プログラムを終了 ☐ はい ☐ いいえ

b) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加 ☐ はい ☐ いいえ

c) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加申し込み ☐ はい ☐ いいえ

d) 政府承認の麻薬治療プログラムの順番待ちリスト（Waiting List）に名前が載る ☐ はい ☐ いいえ

e) 規制物質の使用をやめ、規制物質の使用を止めたことの証拠がある ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、説明してください。_____

_____

追加書き込み欄

追加書き込み欄

記入しないでください - (*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