



اقدام برای دریافت مزایای CALFRESH

اگر ناتوان خاصی دارید یا برای ارائه این درخواست به کمک دیگران نیاز دارید، به بخش رفاه اجتماعی کانتی (کانتی) اطلاع دهید تا فردی در این زمینه به شما کمک کند.

اگر می خواهید به زبانی بجز انگلیسی صحبت کنید، بنویسید یا بخوانید، کانتی به صورت رایگان فردی را در اختیارتان قرار می دهد تا به شما کمک کند.

چطور می توانم درخواست کنم؟

اگر فقط برای مزایای CalFresh اقدام می کنید، از این فرم درخواست استفاده کنید. CalFresh یک برنامه کمک غذایی است که در زمینه پرداخت هزینه غذا برای اعضای خانواده به شما کمک می کند. اگر می خواهید برای برنامه های بجز CalFresh اقدام کنید، مانند CalWORKs یا Medi-Cal، لطفاً برای آن برنامه ها به صورت جداگانه اقدام کنید. همچنین می توانید به صورت آنلاین با رفتن به سایت <http://www.benefitscal.org/> برای CalFresh یا سایر برنامه ها اقدام کنید. با مراجعه به آدرس <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> می توانید بررسی کنید آیا واجد شرایط هستید یا خیر.

- در صورت امکان کل فرم درخواست را پر کنید. برای شروع مراحل درخواست باید حداقل نام، آدرس و امضا (سؤال 1 در صفحه 1) را در اختیار کانتی قرار دهید.
- فرم درخواست را به صورت حضوری، از طریق پست، فکس یا به صورت آنلاین در اختیار کانتی قرار دهید.
- روزی که درخواست امضا شده تان توسط کانتی دریافت شود، از همان روز پاسخگویی به سؤال شما درباره اینکه آیا می توانید مزایا را دریافت کنید یا خیر شروع خواهد شد. اگر در مؤسسه ای مشغول به کار هستید، این زمان از روزی شروع می شود که آنجا را ترک کنید.

مرحله بعدی چیست؟

- قبل از امضای فرم درخواست، درباره حقوق و مسئولیت هایتان (صفحه 1 تا 5 "قوانین برنامه") مطالعه کنید.
- شما باید در مورد تقاضانامه خود با کانتی مصاحبه داشته باشید. اکثر مصاحبه ها به صورتی تلفنی انجام می شوند، ولی می تواند به صورت حضوری در دفتر کانتی یا سایر مکان هایی که به وسیله کانتی هماهنگ شده اند، انجام شود. در صورتیکه یک ناتوان دارید، می توان ترتیب دیگری داد.
- اگر کل فرم درخواست را پر نکنید، در طول مصاحبه می توانید این کار را انجام دهید.
- لازم است مدارکی برای اثبات درآمد، هزینه ها و سایر موارد ارائه کنید و ببینید آیا واجد شرایط هستید یا نه.

چقدر طول می کشد؟

- ممکن است حداکثر 30 روز طول بکشد تا به درخواستتان رسیدگی شود. اگر از معیارهای لازم برای دسترسی سریع به سرویس برخوردار باشید، ممکن است در مدت زمان 3 روز از مزایا برخوردار شوید.
- اگر درآمد خانوار شما (درآمد قبل از کسورات) کمتر از 150 دلار باشد و نقدینگی شما در حساب پس انداز یا جاری شما 100 دلار یا کمتر باشد؛ یا
- اگر هزینه خانوار (کرایه/رهن و قبض ها) بیشتر از درآمد خالص ماهیانه و نقدینگی شما در حساب پس انداز یا جاری باشد؛ یا
- اگر مهاجر یا کارگر فصلی مزرعه هستید و خانوار شما کمتر از 100 دلار در حساب پس انداز یا جاری خود دارد و 1 درآمدتان متوقف شده است، یا 2 درآمدتان را دریافت می کنید اما تا 10 روز دیگر بیش از 25 دلار دریافت نخواهید کرد.

برای اینکه کانتی بتواند در مدت زمان سه روز بررسی کند آیا شما واجد شرایط دریافت مزایا هستید یا نه، لطفاً به سؤال های 1، 6 تا 8، 11 و 16 پاسخ دهید و کارت شناسایی (اگر دارید) را نیز همراه با درخواستتان ارائه کنید.

کانتی نامه ای برایتان ارسال خواهد کرد تا به شما اطلاع دهد که آیا خانوار شما مزایای CalFresh را دریافت خواهد کرد یا خیر.

کنفرانس سازمانی

کنفرانس سازمانی اقدامی است که تحت آن به خانوار این حق داده می شود که درخواست برگزاری جلسه با مسئول بررسی شرایط را داشته باشد (این جلسه ممکن است توسط یک مددکار فعال در زمینه بررسی واجد شرایط بودن و یک نماینده مجاز برگزار شود)، در نتیجه به صورت رسمی هرگونه بحث موجود مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت و مشخص می شود که آیا خانوار از معیارهای لازم برای دسترسی سریع به سرویس برخوردار است یا خیر.

کنفرانس سازمانی در مدت زمان دو روز کاری بعد از ارائه درخواست برگزار می شود، مگر اینکه خانوار درخواست کند این جلسه در فرصتی دیگر برگزار شود یا عنوان کنند که نمی خواهند کنفرانس سازمانی برگزار شود.

برای مصاحبه به چه چیزهایی نیاز دارم؟

برای اینکه هیچ تأخیری روی ندهد، اسناد زیر را در جلسه مصاحبه با خودتان بیاورید. حتی اگر اسناد را در اختیار ندارید، در جلسه مصاحبه شرکت کنید. اگر برای دریافت اسناد به کمک نیاز دارید، ممکن است کانتی بتواند به شما کمک کند. در طول مصاحبه، اطلاعات موجود در فرم درخواست توسط کانتی مورد بررسی قرار می‌گیرد و سؤال‌هایی از شما پرسیده می‌شود تا به این نتیجه برسند که آیا واجد شرایط دریافت مزایای CalFresh هستید یا نه و اینکه چه مبلغی از مزایا به شما تعلق خواهد گرفت.

اسناد مورد نیاز برای دریافت مزایا

- کارت شناسایی (گواهینامه رانندگی، کارت شناسایی ایالتی، پاسپورت).
- محل زندگی (قرارداد کرایه، قبضه که آدرستان روی آن درج شده باشد).
- شماره امنیت اجتماعی (درباره بعضی از افراد غیر شهروند، به نکات عنوان شده در زیر توجه کنید).
- مبلغ موجودی در حساب بانکی برای همه اعضای خانواده (صورتحساب جدید بانک).
- درآمد کسب شده توسط همه اعضای خانواده در 30 روز گذشته (فیش‌های حقوقی جدید، نامه اشتغال به کار از طرف کارفرما). نکته: اگر خویش فرما هستید، سوابق مربوط به درآمد، هزینه‌ها یا مالیات را ارائه کنید.
- درآمد انتقالی (مزایای بیکاری، SSI، بیمه تأمین اجتماعی، مزایای بازنشستگی ارتش، حمایت از کودک، جبران خسارت کارگری، وام دانش‌آموزی، درآمد حاصل از کرایه و سایر موارد).
- وضعیت مهاجرت قانونی فقط برای افراد غیرشهروند که برای دریافت مزایا اقدام کرده‌اند (کارت اقامت، ویزا).
- نکته:** بعضی از افراد غیرمهاجر که به خاطر خشونت خانگی، پیگرد جنایی یا قاچاق اقدام به مهاجرت کرده‌اند، ممکن است به این سند نیازی نداشته باشند. ممکن است به شماره امنیت اجتماعی نیز نیازی نداشته باشند.

چطور می‌توانم مزایای CalFresh را دریافت کنم/از آن استفاده کنم؟

- کانتی یک کارت "انتقال مزایای الکترونیکی" (Electronic Benefit Transfer, EBT) پلاستیکی را برایتان پست می‌کند یا شخصاً به شما خواهد داد. بعد از تأیید درخواست، مبلغ هزینه به این کارت واریز خواهد شد. بعد از دریافت کارت، آن را امضا کنید. برای استفاده از کارتان یک شماره شناسایی شخصی (Personal Identification Number, PIN) بسازید.
- اگر کارت EBT را گم کنید، آن را بدزدند، خراب شود، یا اگر فکر می‌کنید فردی شماره پین شما را دارد و شما نمی‌خواهید او از مزایای شما استفاده کند، می‌توانید فوراً با شماره 328-9677 (877) یا کانتی تماس بگیرید. بررسی کنید همه افراد بزرگسال مجاز و نماینده مجازتان نیز بدانند که چطور هرکدام از این مشکلات را فوراً گزارش کنند. اگر گزارش نکنید که فردی دیگر که نمی‌خواهید مبلغ مزایا را مصرف کند، پین شما را در اختیار دارد، و اگر پین را عوض نکنید، مزایایی که مصرف شده است برگردانده نخواهد شد.
- تقریباً برای خرید همه مواد غذایی، همچنین خرید دانه گیاهان و کاشت و پرورش غذای مورد نظرتان می‌توانید از مزایای CalFresh استفاده کنید. نمی‌توانید این موارد را بخرید: الکل، توتون و تنباکو، غذاهای حیوانات خانگی، بعضی از انواع غذاهای پخته شده یا مواد غیرخوراکی (مثل خمیردندان، صابون یا دستمال توالت).
- در اکثر فروشگاه‌ها یا دیگر مکان‌هایی که مواد غذایی را می‌فروشند می‌توانید مزایای CalFresh را مورد استفاده قرار دهید. برای مشاهده فهرستی از مکان‌هایی که در نزدیکی شما هستند و EBT را می‌پذیرند، به این سایت‌ها بروید: <https://www.ebt.ca.gov> یا <https://www.snapfresh.org>.
- مزایای CalFresh فقط برای شما و اعضای خانواده‌تان است. مزایای شما را به صورت ایمن حفظ کنید. شماره پین خودتان را به هیچکس ندهید. شماره پین را در کنار کارت EBT قرار ندهید.

اگر بی‌خانمان باشیم چطور؟

اگر بی‌خانمان هستید لطفاً فوراً به کانتی اطلاع دهید تا بتوانند به شما کمک کنند آدرسی را مشخص کنید تا درخواستتان را بپذیرند و اعلامیه‌های مربوط به پرونده‌تان از طرف کانتی به آن آدرس ارسال شود. بی‌خانمان از نظر CalFresh به این معنا است:

- A. اگر در پناهگاه محافظت شده، خانه‌های نیمه ساخته یا مکان‌هایی مشابه زندگی می‌کنید.
- B. اگر در خانه فرد یا خانواده‌ای دیگر به مدت بیش از 90 روز اقامت دارید.
- C. اگر در جایی می‌خوابید که برای خوابیدن نیست یا به این منظور ساخته نشده است (مثل سالن‌های انتظار، ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکان‌های مشابه).

صفحه اطلاعات - لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

حقوق و مسئولیت ها

شما مسئول هستید که کارهای زیر را انجام دهید:

- همه اطلاعات مورد نیاز برای تعیین واجد شرایط بودن تان را در اختیار کانتی قرار دهید.
- در صورت لزوم اسنادی را برای اثبات اطلاعاتی که ارائه کرده اید در اختیار کانتی بگذارید.
- در صورت لزوم، تغییرات را گزارش کنید. کانتی اطلاعاتی درباره زمان و نحوه ارائه گزارش و اینکه چه مواردی را گزارش کنید در اختیارتان قرار می دهد. اگر از شرایط لازم برای گزارش این موارد در مورد اعضای خانواده تان برخوردار نیستید، پرونده تان بسته می شود یا مزایای CalFresh شما کم شده یا متوقف خواهد شد.
- اگر کانتی به شما اطلاع داده است که برای پرونده تان لازم است در جستجوی شغل باشید، شغل تان را حفظ کنید یا در فعالیت های دیگری شرکت کنید، این کارها را انجام دهید.
- اگر پرونده تان برای بررسی انتخاب شود تا بررسی شود که آیا به درستی واجد شرایط شناخته شده اید و سطح مزایایی که برایتان در نظر گرفته شده است صحیح است یا خیر، کاملاً با پرسنل کانتی، ایالت یا فدرال همکاری کنید. اگر در این مراحل بررسی، همکاری لازم را نداشته باشید، ممکن است مزایای تان را از دست بدهید.
- اگر مزایای CalFresh را دریافت کرده اید که واجد شرایط آن نبوده اید، آن را برگردانید.

شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- فقط با ارائه نام، آدرس و امضای تان، درخواست CalFresh را ارائه کنید.
- در صورت لزوم از ایالت بخواهید که مترجمی را به صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد.
- اطلاعاتی که در اختیار کانتی قرار داده اید به صورت محرمانه حفظ شود مگر اینکه مستقیماً در رابطه با اجرای برنامه های کانتی باشد.
- در هر زمان قبل از اینکه کانتی درباره واجد شرایط بودن شما تصمیمی بگیرد، درخواست تان را لغو کنید.
- برای تکمیل درخواست CalFresh راهنمایی دریافت کنید و قوانین برایتان به طور کامل توضیح داده شود.
- برای تهیه اسناد و مدارک مورد نیاز به شما کمک شود.
- با حفظ احترام با شما برخورد شود و تبعیضی قائل نشوند.
- اگر برای دسترسی سریع به خدمات واجد شرایط شناخته شوید، در مدت 3 روز مزایای CalFresh در اختیارتان قرار بگیرد.
- وقتی درخواست می کنید و در مدت زمان 30 روز نسبت به واجد شرایط بودن شما تصمیم گیری می شود، در مدت زمان مناسب با شما مصاحبه شود.
- حداقل 10 روز فرصت داشته باشید تا اسناد مورد نیاز را در اختیار کانتی قرار دهید تا درباره واجد شرایط بودن شما تصمیم بگیرند.
- حداقل 10 روز قبل از اینکه کانتی مزایای CalFresh شما را متوقف کرده یا کاهش دهد، اعلامیه کتبی دریافت کنید.
- در مورد پرونده تان با کانتی صحبت کنید و هرگاه خواستید، پرونده تان مورد بررسی قرار بگیرد.
- اگر با تصمیم کانتی در مورد پرونده CalFresh موافق نیستید، در مدت زمان 90 روز درخواست برگزاری جلسه بررسی ایالتی را داشته باشید. اگر قبل از اینکه اقدامی در مورد پرونده CalFresh شما صورت بگیرد درخواست برگزاری جلسه بررسی کنید، مزایای CalFresh شما همچنان تا زمانی که جلسه برگزار شود یا تا پایان مدت تأییدیه، هرکدام که زودتر باشد، بدون تغییر باقی می ماند. می توانید از کانتی درخواست کنید تا بعد از برگزاری جلسه، مزایای تان را تغییر دهد، تا اگر مزایای اضافی دریافت کنید بعداً نیازی به بازپرداخت آنها وجود نداشته باشد. اگر قاضی مجری قوانین به نفع شما حکم دهد، کانتی هر مبلغی از مزایا را که کسر شده است به شما باز می دهد.
- از طریق شماره تلفن رایگان 1-800-952-5253 درباره حقوق تان در مورد جلسه بررسی، یا ارجاع کمک حقوقی سؤال هایتان را مطرح کنید. افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند و از TDD استفاده می کنند با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. در دفتر کمک حقوقی محلی یا دفتر حقوق مربوط به رفاه اجتماعی، می توانید کمک حقوقی رایگان دریافت کنید.
- اگر نمی توانید تنها به جلسه بررسی بروید، می توانید یکی از دوستان یا فردی دیگر را با خودتان ببرید.
- برای ثبت نام و رأی دادن از کانتی کمک بگیرید.
- اگر با گزارش تغییراتی که نیازی به گزارش کردن ندارند ممکن است مزایای CalFresh شما افزایش پیدا کند، این کار را انجام دهید.
- اسنادی در مورد هزینه های افراد خانواده ارائه کنید که ممکن است باعث شود مزایای CalFresh بیشتری دریافت کنید. اگر اسناد را در اختیار کانتی قرار ندهید، به این معنا است که اعلام کرده اید هزینه ای ندارید و نمی توانید مزایای CalFresh بیشتری دریافت کنید.
- اگر می خواهید فرد دیگری از مزایای CalFresh شما برای اعضای خانواده تان استفاده کند یا در رابطه با پرونده CalFresh به شما کمک کند (نماینده مجاز)، کانتی را از این امر مطلع کنید.

لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

قوانین و جرمه های مربوط به برنامه

اگر اطلاعات اشتباه ارائه کنید، همه اطلاعات موجود را از عمد ارائه نکنید تا مزایای CalFresh را دریافت کنید که در حقیقت واجد شرایط دریافت آن نیستید، یا اگر به فرد دیگری کمک کنید که مزایای دریافت کند که واجد شرایط دریافت آنها نیست، این امر به منزله ارتکاب جرم است. هر مزایایی که دریافت می کنید در صورتی که واجد شرایط آن نیستید را باید برگردانید.

جریمه ها	موارد نقض برنامه
<p>موارد زیر روی خواهد داد:</p>	<p>برای CalFresh: می دانم که اگر هرکدام از کارهای زیر را انجام دهم، برنامه را عمداً نقض کرده ام:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • بعد از اولین نقض قانون، مزایای CalFresh را به مدت 12 ماه از دست می دهم و لازم است که همه مزایای CalFresh را که بیش از میزان مجاز به من پرداخت شده است، برگردانم • بعد از دومین نقض قانون، مزایای CalFresh را به مدت 24 ماه از دست می دهم و لازم است که همه مزایای CalFresh را که بیش از میزان مجاز به من پرداخت شده است، برگردانم • بعد از سومین نقض قانون، مزایای CalFresh را به صورت دائمی از دست خواهم داد و لازم است که همه مزایای CalFresh را که بیش از میزان مجاز به من پرداخت شده است، برگردانم • تا 250000 دلار جریمه می شوم و تا 20 سال زندانی خواهم شد، یا هر دو 	<ul style="list-style-type: none"> • پنهان کردن اطلاعات یا ارائه اطلاعات اشتباه • استفاده از کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) که متعلق به فرد دیگری است یا اجازه دادن به فردی دیگر برای استفاده از کارت خودم • استفاده از مزایای CalFresh برای خرید الکل و توتون و تنباکو • خرید و فروش، سرقت یا انتقال مزایای CalFresh یا کارت EBT به دیگران، یا تلاش برای خرید و فروش و سرقت یا ارائه مزایای CalFresh یا کارت های EBT به دیگران • تلاش برای دو بار دریافت مزایا، مثلاً اقدام به دریافت مزایا در دو ایالت یا کانتی متفاوت به صورت همزمان • ارائه اسناد اشتباه برای کودکان یا اعضای خانواده که واجد شرایط نیستند یا حضور خارجی ندارند • نقض شرایط عفو مشروط یا قانون های اصلاح و تربیت • فرار بعد از اثبات جرم • خرید (فروش) محصولی با مزایای CalFresh که سبب برگشت مبلغ محصول می شود، دور انداختن عمدی محتویات و برگرداندن ظروف برای برگشت مبلغ کالا یا تلاش برای برگرداندن ظروف برای دریافت مبلغ کالا • خرید محصولی با مزایای CalFresh و فروش مجدد و عمدی آن برای دریافت مبلغ به صورت نقدی یا دریافت کالایی دیگر بجز غذای مورد نظر
<ul style="list-style-type: none"> • بعد از اولین مورد نقض قانون، مزایای CalFresh را به مدت 24 ماه از دست می دهم • در صورت بروز دومین مورد نقض قانون، مزایای CalFresh را به صورت دائمی از دست خواهم داد 	<ul style="list-style-type: none"> • فروش مزایای CalFresh یا تلاش برای فروش مزایای CalFresh: دریافت نقدی، فروش سلاح، کالاهای غیرمجاز یا مواد کنترل شده مانند مواد مخدر
<ul style="list-style-type: none"> • برای هر مورد نقض قانون، تا 10 سال مزایای CalFresh را از دست می دهم 	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه اطلاعات اشتباه درباره هویت و محل زندگیتان برای اینکه مزایای CalFresh بیشتری دریافت کنید
<ul style="list-style-type: none"> • مزایای CalFresh را به صورت دائمی از دست خواهم داد 	<ul style="list-style-type: none"> • محکومیت نسبت به فروش و خرید یا تلاش برای خرید و فروش مزایای CalFresh با ارزش بیش از 500 دلار، فروش یا تلاش برای فروش مزایای CalFresh برای دریافت سلاح، مهمات یا مواد منفجره

لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

اطلاعات مهم برای افراد غیر شهروند

- افرادی که واجد شرایط هستند می توانند برای مزایای CalFresh اقدام کنند و آن را دریافت کنند حتی اگر خانواده شان شامل افرادی باشد که واجد شرایط نیستند. مثلاً والدین مهاجر می توانند برای فرزندانشان که شهروند آمریکا یا مهاجر واجد شرایط هستند، برای مزایای CalFresh درخواست دهند حتی اگر والدین شخصاً واجد شرایط نباشند.
- دریافت مزایای غذا، بر وضعیت مهاجرت شما یا خانواده تان تأثیری نمی گذارد. اطلاعات مهاجرت، خصوصی و محرمانه هستند.
- وضعیت مهاجرت افراد غیر شهروند که واجد شرایط هستند و برای مزایای درخواست می کنند، با اداره "خدمات مهاجرت و شهروندی ایالات متحده" (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) هماهنگ خواهد شد. بر اساس قوانین فدرال، USCIS از اطلاعات فقط می تواند برای موارد کلاهبرداری استفاده کند.

انصراف

برای اعضای خانواده که برای مزایای CalFresh اقدام نمی کنند و شهروند نیستند، نیازی به ارائه اطلاعات مربوط به مهاجرت، شماره امنیت اجتماعی یا اسناد دیگر وجود ندارد. لازم است کانتی اطلاعاتی درباره درآمد و منابع درآمدی آنها داشته باشد تا بتواند به درستی مزایای اعضای خانواده شما را تعیین کند. کانتی در مورد افرادی که برای مزایای CalFresh اقدام نمی کنند با USCIS تماس نخواهد گرفت.

قانون حریم خصوصی و ارائه اطلاعات به اشخاص ثالث: شما در فرم درخواستتان، اطلاعات شخصی را ارائه می کنید. کانتی از این اطلاعات استفاده می کند تا بررسی کند که آیا برای دریافت مزایا واجد شرایط هستید یا خیر. اگر اطلاعات درخواستی را ارائه نکنید، ممکن است کانتی درخواست شما را رد کند. شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعاتی را که در اختیار کانتی قرار می دهید بررسی کنید، آنها را تغییر داده یا تصحیح کنید. کانتی اطلاعات شما را به دیگران نشان نمی دهد و در اختیار دیگران قرار نخواهد داد مگر اینکه خودتان به آنها اجازه انجام چنین کاری را بدهید، یا اگر به واسطه قانون فدرال یا قانون ایالتی چنین اجازه ای به آنها داده شود. (4)(b)273.2 پیانیه قانون حریم خصوصی. ما به عنوان یک آژانس کانتی باید موارد زیر را به همه اعضای خانواده که برای مزایای CalFresh درخواست می دهند یا انصراف می دهند، اطلاع دهیم:

(i) جمع آوری این اطلاعات، از جمله شماره امنیت اجتماعی (social security number, SSN) برای هرکدام از اعضای خانواده تحت قانون برچسب غذایی سال 1977 و اصلاح شده 7 U.S.C. 2011-2036، مجاز است. از این اطلاعات استفاده می شود تا مشخص شود که آیا اعضای خانواده تان واجد شرایط هستند یا همچنان شرایط لازم را دارند تا در برنامه CalFresh شرکت کنند. ما صحت این اطلاعات را از طریق برنامه های تطبیق کامپیوتری، از جمله سیستم تأیید صحت درآمد (Income and Earnings Verification System, IEVS) مورد بررسی قرار می دهیم. همچنین از این اطلاعات برای نظارت بر پیروی از قوانین برنامه و همچنین مدیریت برنامه مورد استفاده قرار می گیرد.

(ii) ممکن است این اطلاعات در اختیار سایر سازمان های فدرال و ایالتی قرار بگیرد تا بررسی های رسمی انجام شود، همچنین ممکن است در اختیار مسئولین سازمان های قانونگذار قرار بگیرد تا مانع از سرپیچی افراد از قانون شوند.

(iii) اگر شکایت CalFresh بر علیه اعضای خانواده شما ارائه شود، از اطلاعات موجود در این فرم درخواست، از جمله SSN، برای ارجاع به سازمان های فدرال و دولتی استفاده خواهد شد، همچنین سازمان های خصوصی رسیدگی به موارد شکایت برای انجام اقدامات لازم در این زمینه.

(iv) ارائه اطلاعات درخواستی از جمله SSN هرکدام از اعضای خانواده، اختیاری است. با این وجود عدم ارائه SSN سبب رد شدن درخواست دریافت مزایای CalFresh هرکدام از افرادی می شود که SSN را ارائه نکنند. از همه SSN های ارائه شده مانند SSN اعضای خانواده واجد شرایط استفاده می شود و در اختیار اشخاص ثالث قرار می گیرد.

کانتی ممکن است وضعیت مهاجرت اعضای خانواده را که برای دریافت مزایای درخواست کرده اند از طریق تماس با USCIS مورد بررسی قرار دهد. اطلاعاتی که کانتی از این سازمان ها دریافت می کند ممکن است بر واجد شرایط بودن شما و سطح مزایا تأثیر بگذارد.

کانتی پاسخ های شما را با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه های داده الکترونیکی فدرال و ایالتی از طریق سرویس درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS)، اجرای امنیت اجتماعی، بخش امنیت داخلی و/یا یک سازمان گزارش مشتری مورد بررسی قرار خواهد داد. اگر اطلاعات مطابقت نداشته باشند، ممکن است کانتی از شما بخواهد اسنادی برای اثبات آنها ارائه کنید.

لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

استفاده از شماره امنیت اجتماعی (SSN)

همه کسانی که برای مزایای CalFresh اقدام می کنند لازم است SSN (اگر داشته باشند) ارائه کنند، یا سندی ارائه کنند که ثابت کند برای SSN اقدام کرده اند (مانند نامه ای از طرف دفتر امنیت اجتماعی). ممکن است کانتی مزایای CalFresh شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان را که SSN ارائه نکنند، رد کند. بعضی از افراد لازم نیست برای دریافت کمک، SSN ارائه کنند، مانند قربانیان موارد سوء استفاده خانگی، شاهدان صحنه جرم و قربانیان قاچاق.

دریافت بیش از حد مجاز مزایا

این امر به این معنی است که مزایای CalFresh که دریافت کرده اید بیش از حد مجاز بوده است. باید این مبلغ مزاد را برگردانید حتی اگر کانتی اشتباه کرده باشد یا این کار عمداً انجام نشده باشد. ممکن است مزایای تان کم شود یا متوقف شود. ممکن است از SSN شما برای جمع آوری این مبلغ بدهی مزایا از طریق دادگاه، سازمان های جمع آوری بدهی یا از طریق اقدامات دولت فدرال برای جمع آوری بدهی استفاده شود.

گزارش دادن

همه اعضای خانواده که مزایای CalFresh دریافت می کنند باید تغییرات خاصی را گزارش کنند. کانتی به شما اطلاع می دهد که چه تغییراتی را گزارش کنید، چطور آنها را گزارش کنید و چه زمان این کار را انجام دهید. اگر تغییرات را گزارش نکنید ممکن است مزایای CalFresh شما کم شود یا متوقف شود. همچنین اگر اتفاقی روی دهد که سبب افزایش مزایای تان شود، مثلاً اگر درآمدی که کسب می کنید کاهش یابد، باید این مورد را گزارش کنید.

بررسی ایالتی

اگر با هرکدام از اقدامات انجام شده در رابطه با درخواستتان یا مزایای که در حال حاضر دریافت می کنید، رضایت خاطر ندارید، می توانید درخواست برگزاری جلسه بررسی ایالتی داشته باشید. در مدت زمان 90 روز از اقدام کانتی می توانید برای جلسه بررسی ایالتی اقدام کنید و باید بگویید که چرا درخواست برگزاری چنین جلسه ای را دارید. در اعلامیه پذیرش یا عدم پذیرش که از طرف کانتی دریافت می کنید، اطلاعاتی درباره نحوه درخواست برگزاری جلسه بررسی ایالتی ارائه شده است. اگر قبل از انجام اقدامات، درخواست جلسه بررسی ایالتی را ارائه کنید، می توانید تا زمان صدور رأی همچنان مزایای CalFresh را به صورت قبل حفظ کنید.

بیانیه عدم تبعیض: بر اساس قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و مقررات مربوط به حقوق مدنی بخش کشاورزی ایالات متحده (U.S. Department of Agriculture, USDA)، سازمان های آن، دفاتر و کارکنان آن و مؤسسات شرکت کننده در برنامه های USDA یا مجری این برنامه ها، نباید بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، مذهب، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی یا به تلافی فعالیت های مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA اجرا شده یا با حمایت مالی آن بوده است، نسبت به افراد تبعیض قائل شوند.

افراد که ناتوانی خاصی دارند و برای دسترسی به اطلاعات برنامه به روش های ارتباطی دیگری نیاز دارند (مثل خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، ضبط صدا، زبان اشاره آمریکایی و سایر موارد) باید با آژانسی (ایالتی یا فدرال) تماس بگیرند که در آنجا برای دریافت مزایا درخواست داده اند. افراد ناشنوا، کم شنوا و کسانی که مشکل گفتاری دارند می توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. همچنین ممکن است اطلاعات برنامه به زبان هایی بجز زبان انگلیسی نیز ارائه شود.

برای ارائه شکایت در مورد تبعیض در یک برنامه، فرم "شکایت در مورد تبعیض در برنامه USDA" (AD 3027) را که به صورت آنلاین در آدرس http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html یا در همه دفاتر USDA موجود است پر کنید، می توانید با مسئول هماهنگی حقوق مدنی کانتی تماس بگیرید، یا به آدرس USDA نامه ارسال کنید و همه اطلاعات درخواستی در فرم را در آن عنوان کنید. همچنین می توانید به "بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا" (California Department of Social Services, CDSS) به آدرس زیر نامه بنویسید. برای درخواست یک کپی از فرم شکایت، با شماره 992-632-866 (866) تماس بگیرید. فرم تکمیل شده یا نامه تان را به آدرس زیر برای USDA ارسال کنید:

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

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

(2) از طریق فکس: (202) 690-7442؛ یا

(3) از طریق ایمیل: program.intake@usda.gov

این مؤسسه، یک ارائه دهنده فرصت های برابر است.

لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

موارد بررسی پرونده

ممکن است پرونده تان مورد بررسی بیشتری قرار بگیرد تا اطمینان حاصل شود که شرایط شما برای تعیین واجد شرایط بودن به درستی بررسی شده است. باید برای انجام بررسی همچنین بررسی در زمینه کنترل کیفیت، به طور کامل با پرسنل کانتی، ایالت یا فدرال همکاری کنید. اگر در این مراحل بررسی، همکاری لازم را نداشته باشید، ممکن است مزایای تان را از دست بدهید.

قوانین کاری برای CalFresh

ممکن است کانتی شما را در یک برنامه کاری قرار دهد. به شما اطلاع می دهند که این برنامه کاری اختیاری است یا ملزم هستید در آن شرکت کنید. اگر فعالیت کاری الزامی داشته باشید و آن را انجام ندهید، ممکن است مزایای تان کم شود یا متوقف شود. اگر اخیراً بدون دلیل موجهی کارتتان را ترک کرده اید، ممکن است واجد شرایط CalFresh نباشید.

استفاده از EBT

اگر کارت EBT یا کد پینتان گم شود یا دزدیده شود و شما، دیگر اعضای خانواده یا نماینده مجازتان این مورد را گزارش نکنید، هیچکدام از مزایای برداشت شده از کارت، جایگزین نخواهد شد.

برای تمام موارد استفاده از کارت EBT توسط شما، اعضای خانواده تان یا نماینده مجاز شما، یا هر کسی که خودتان به صورت داوطلبانه کارت EBT و پین آن را در اختیارش قرار داده باشید، اینطور در نظر گرفته می شود که خودتان از کارت استفاده کرده اید، و هرگونه مزایای برداشت شده از حساب، جایگزین نخواهد شد.

اگر گزارش نکنید که فردی دیگر که نمی خواهید مبلغ مزایا را مصرف کند، پین شما را در اختیار دارد، و اگر پین را عوض نکنید، مزایایی که مصرف شده است برگردانده نخواهد شد.

لطفاً این صفحه را نزد خودتان نگهداری کنید.

نکته

لطفاً از رنگ های آبی یا مشکی استفاده کنید زیرا به راحتی قابل خواندن و کپی کردن است. لطفاً پاسخ هایتان را با حروف بزرگ بنویسید. اگر برای پاسخ دادن به سؤالات به فضای بیشتری نیاز دارید، از بخش "فضای نوشتن بیشتر" در صفحه 10 استفاده کنید و در صورت لزوم برای ارائه اطلاعات بیشتر، صفحه های بیشتری را پیوست کنید. لطفاً مراقب باشید پاسخ کدامیک از سؤال ها را روی فضای اضافی در کاغذ اضافی می نویسید.

1. اطلاعات متقاضی

نام (نام اول، نام وسط، نام آخر)		سایر نام ها (نام قبل از ازدواج، نام مستعار و سایر موارد)		شماره امنیت اجتماعی (اگر شماره دارید و برای دریافت مزایا اقدام می کنید)
آدرس منزل یا کروی منزل (مسیر منتهی به منزل)		شهر	ایالت	کد پستی
آدرس پستی (اگر با آدرس بالا فرق دارد)		شهر	ایالت	کد پستی

اجازه ت ماس

لطفاً بهترین اطلاعات تماس را در اختیار کانتی قرار دهید تا با شما تماس بگیرد. با این کار کمک می کنید که به درخواستان رسیدگی شود. با ارائه اطلاعات تماس در زیر، به کانتی اجازه می دهید از طریق تلفن، نامه یا ایمیل در رابطه با درخواستان با شما تماس بگیرد یا برایتان پیام تلفنی ارسال کند.

تلفن منزل	تلفن همراه	برای دریافت پیام متنی، این کادر را علامت بزنید <input type="checkbox"/>
شماره محل کار/سایر شماره ها/تلفن برای دریافت پیام	آدرس ایمیل	

بی خانمان هستید؟ بله خیر اگر پاسختان **بله** است، لطفاً فوراً به کانتی اطلاع دهید تا بتوانند به شما کمک کنند آدرسی را مشخص کنید تا درخواستان را بپذیرند و اعلامیه های مربوط به پرونده تان از طرف کانتی به آن آدرس ارسال شود.

ترجیح می دهید به چه زبانی مطالب را بخوانید (اگر زبان انگلیسی نباشد)؟ _____

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

کانتی به صورت رایگان مترجمی را در اختیارتان قرار می دهد. اگر ناشنوا هستید یا مشکل شنوایی دارید، لطفاً این قسمت را علامت بزنید

(لطفاً یک مورد را علامت بزنید)

بله خیر

آیا ناتوانی دارید و برای ارائه درخواست به کمک نیاز دارید؟

بله خیر

آیا می خواهید برای Medi-Cal اقدام کنید؟ اگر پاسختان "**بله**" است، کانتی با استفاده از پاسخ هایتان بررسی می کند که آیا شما می توانید **Me-di-Cal** داشته باشید یا خیر.

بله خیر

اگر درآمد ماهیانه خانوار شما کمتر از 150 دلار است و نقدینگی شما در حساب پس انداز یا جاری شما 100 دلار یا کمتر است؟

بله خیر

آیا مجموع درآمد خالص ماهیانه خانواده شما و نقدینگی موجود در حساب پس انداز یا جاری آنها کمتر از مجموع هزینه کرایه/رهن و هزینه قبوض است؟

بله خیر

آیا خانواده تان مهاجر/کارگر فصلی مزرعه هستند و منابع قابل نقد کردن آنها کمتر از 100 دلار است، و آیا درآمدها متوقف شده و تا 10 روز آینده کمتر از 25 دلار دریافت خواهید کرد؟

من با امضای این فرم درخواست و با آگاهی از قانون مجازات سوگند دروغ، نسبت به موارد زیر آگاهی دارم:

- اطلاعات موجود در این فرم درخواست و پاسخ های داده شده به سؤالات آن، برای من خوانده شده یا آنها را خوانده ام.
- پاسخی که به سؤال ها داده ام، صحیح هستند و تا جایی که اطلاع دارم کامل هستند.
- همه پاسخ هایی که در حین ارائه این درخواست داده ام، تا جایی که اطلاع دارم، صحیح و کامل هستند.
- حقوق و مسئولیت ها (صفحه 1 قوانین برنامه) در مورد برنامه CalFresh را خوانده ام یا برآیم خوانده شده اند، آنها را متوجه شده ام و با آنها موافق هستم.
- قوانین و جرایم مربوط به برنامه CalFresh (صفحه 2 قوانین برنامه) را خوانده ام یا برآیم خوانده شده است.
- من می دانم که ارائه اطلاعات اشتباه یا گمراه کننده، پنهان کردن حقایق یا عدم ارائه حقایق با این هدف که برای CalFresh واجد شرایط شناخته شوم، در حکم کلاهبرداری است. "کلاهبرداری" سبب می شود بر علیه من پرونده جنایی تشکیل شود و/یا ممکن است برای مدتی (یا برای همیشه) از دریافت مزایای CalFresh محروم شوم.
- من می دانم که شماره های امنیت اجتماعی یا وضعیت مهاجرت اعضای خانواده که برای مزایا اقدام می کنند ممکن است آنطور که بر اساس قانون فدرال مجاز است، با سازمان های دولتی مربوطه به اشتراک گذاشته شود.

امضای متقاضی (یا عضو بزرگسال خانواده / نماینده مجاز) / قیمر	تاریخ
---	-------

*اگر نماینده مجاز دارید، لطفاً سؤال 2 را در صفحه بعد تکمیل کنید.

2. نماینده مجاز خانواده

می توانید به فردی 18 ساله یا بیشتر اجازه دهید که در رابطه با مزایای CalFresh به خانواده شما کمک کند. این فرد همچنین می تواند از طرف شما در مصاحبه صحبت کند، در تکمیل فرم ها به شما کمک کند، برایتان خرید کند و تغییرات ایجاد شده را گزارش کند. اگر به دلیل اطلاعات ارائه شده توسط این فرد به کانتی، مزایایی را به اشتباه دریافت کنید، باید این مزایا را برگردانید، و هرگونه مزایایی که بدون رضایت شما استفاده شده باشد، دیگر برگردانده نخواهد شد. اگر یک نماینده مجاز هستید، باید سندی برای اثبات هویت خودتان و فرد متقاضی به کانتی ارائه کنید.

آیا می خواهید فردی را مشخص کنید تا در مورد پرونده CalFresh به شما کمک کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
اگر پاسخستان **بله** است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز:	شماره تلفن نماینده مجاز:
-------------------	--------------------------

آیا می خواهید فردی را معرفی کنید تا مزایای CalFresh خانواده شما را دریافت و خرج کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
اگر پاسخستان **بله** است، بخش زیر را تکمیل کنید:

نام:	شماره تلفن:
------	-------------

آدرس:	شهر	ایالت	کد پستی
-------	-----	-------	---------

3. نژاد/قومیت

اطلاعات مربوط به نژاد و قومیت، اختیاری است. حتماً مطمئن شوید که مزایا بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ پوست یا ملیت شما در اختیارتان قرار بگیرد. پاسخ هایی که می دهید بر واجد شرایط بودن شما یا مبلغ مزایا تأثیری ندارد. همه مواردی را که در مورد شما صدق می کند علامت بزنید. بر اساس قانون، کانتی باید گروه قومیتی و نژاد شما را در سوابق درج کند.

اگر نمی خواهید در مورد نژاد و قومیت خود اطلاعاتی در اختیار کانتی قرار دهید، این کادر را علامت بزنید. اگر این کادر را علامت نزنید، کانتی این اطلاعات را فقط برای بخش آماري مربوط به حقوق مدني مورد استفاده قرار خواهد داد.

آیا از نژاد هیسپانیک یا لاتینو هستید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)	اگر از نژاد هیسپانیک یا لاتینو هستید، در کدام گروه زیر قرار می گیرید:
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مکزیکی <input type="checkbox"/> پورتوریکو <input type="checkbox"/> کوبا <input type="checkbox"/> سایر مناطق

نژاد/قومیت

سفید پوست بومی آمریکا یا آلاسکا سیاه پوست یا سیاه آمریکایی سایر موارد یا ترکیبی از این موارد

آسیایی (اگر این گزینه را انتخاب می کنید، لطفاً یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید):

فیلیپین چین ژاپن کامبوج کره ویتنام هندی آسیایی لاوس

سایر بخش های آسیا (لطفاً مشخص کنید)

بومی هاوایی یا دیگر بخش های اقیانوس آرام (اگر این گزینه را انتخاب می کنید، لطفاً یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انتخاب کنید): بومی هاوایی

گوام یا چامورو ساموا

4. مرجع مصاحبه

شما یا یک عضو بزرگسال دیگر در خانواده تان لازم است با کانتی مصاحبه ای داشته باشید، درباره درخواستتان صحبت کنید و مزایای CalFresh را دریافت کنید. مصاحبه ها برای CalFresh معمولاً به صورت تلفنی انجام می شوند مگر اینکه هنگام ارائه درخواستتان به کانتی به صورت حضوری مصاحبه انجام دهید یا ترجیح دهید که مصاحبه تان به صورت حضوری انجام شود. مصاحبه های حضوری فقط در ساعات کار اداری کانتی انجام می شود.

اگر می خواهید مصاحبه حضوری داشته باشید، لطفاً این کادر را علامت بزنید.

اگر به دلیل ناتوانی خاصی که دارید لازم است مقدمات خاصی برایتان انجام شود، لطفاً این کادر را علامت بزنید.

لطفاً کادر زیر را برای روز و ساعت مورد نظرتان برای مصاحبه علامت بزنید:

روز: امروز روز بعدی که امکان مصاحبه وجود داشته باشد هر روزی دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه جمعه

ساعت: صبح زود اواسط روز بعد از ظهر عصر هر زمانی

5. سایر برنامه ها

آیا شما یا هر فرد دیگری در خانواده تان تاکنون از کمک عمومی استفاده کرده اید (کمک موقت برای خانواده های نیازمند، Medicaid، برنامه کمک مکمل غذایی [CalFresh])، کمک عمومی (General Assistance, GA)/رفاه عمومی (General Relief, GR) و سایر موارد؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

اگر پاسخستان بله است، چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟	محل دریافت کمک کجا بوده است (کانتی/ایالت)؟
اگر پاسخستان بله است، چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟	محل دریافت کمک کجا بوده است (کانتی/ایالت)؟

6a. اطلاعات مربوط به خانوار

اطلاعات زیر را برای همه افراد خانه ای پر کنید که برای آنها غذا می خرید و غذا تهیه می کنید، از جمله خودتان. **اگر برای افراد غیر شهروند درخواست می دهید، لطفاً سؤال 6a و 6c را پاسخ دهید. اگر نه، به سؤال 6d بروید.**

ارائه شماره امنیت اجتماعی برای اعضای خانواده که برای مزایا اقدام نمی کنند، اختیاری است. باید برای هرکدام از افرادی که برای دریافت مزایا اقدام می کنند به سؤال های زیر پاسخ دهید.

شماره امنیت اجتماعی	شهروند ایالات متحده یا مقیم (بله یا خیر را با ✓ علامت بزنید). اگر پاسختان "خیر" است، سؤال 6b را در زیر پاسخ دهید	جنسیت (مرد یا زن)	تاریخ تولد	این فرد چه نسبتی با شما دارد؟	نام (نام خانوادگی، نام اول، نام وسط)	اقدام برای دریافت مزایا (بله یا خیر را با ✓ علامت بزنید)
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			خودم هستم		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

لطفاً نام همه کسانی را که با شما زندگی می کنند و همراه با شما غذا نمی خردند/تهیه نمی کنند را بنویسید:

نام	نام
نام	نام

6b. اطلاعات مربوط به افراد غیر شهروند - برای همه کسانی که در سؤال 6b در بالا نام آنها آورده شده است، شهروند نیستند و برای دریافت کمک اقدام می کنند، این قسمت را پر کنید.

نام	تاریخ ورود به ایالات متحده (اگر می دانید)	یکی از این اطلاعات را وارد کنید (اگر می دانید): شماره پاسپورت، شماره ثبت اقامت و سایر موارد.	از حمایت مالی برخوردار هستید؟ (بله یا خیر را با ✓ علامت بزنید). اگر پاسختان "بله" است، سؤال 6c را در زیر پاسخ دهید:
	نوع سند: _____ شماره سند: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	نوع سند: _____ شماره سند: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	نوع سند: _____ شماره سند: _____		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

(لطفاً یک مورد را علامت بزنید)

آیا هیچکدام از افرادی که در بالا از آنها نام برده اید حداقل 10 سال (40 ربح سال) سابقه کار یا حضور در ارتش آمریکا دارند؟
اگر پاسختان "بله" است، این فرد چه کسی است؟ _____

آیا هیچکدام از افرادی که در بالا از آنها نام برده اید، قبلاً برای ویزای T، ویزای U یا وضعیت VAWA اقدام کرده اند یا می خواهند چنین اقدامی انجام دهند؟
اگر پاسختان "بله" است، این فرد چه کسی است؟ _____

6c. اطلاعات مربوط به افراد غیر شهروند با حمایت مالی - برای همه کسانی که در سؤال 6b در بالا نام آنها آورده شده است، شهروند نیستند، از حمایت مالی برخوردارند و برای دریافت کمک اقدام می کنند، این قسمت را پر کنید.

آیا حمایت کننده مالی، فرم 864-ا امضا می کند؟ بله خیر اگر پاسختان "بله" است، به سایر سؤال ها پاسخ دهید. اگر حمایت کننده مالی، فرم 134-ا را امضا می کند، از این سؤال رد شوید.

آیا حمایت کننده مالی مرتباً از نظر مالی حمایت می کند؟ بله خیر اگر پاسختان "بله" است، این مبلغ چقدر است؟ \$ _____

آیا حمایت کننده مالی مرتباً برای هزینه موارد زیر کمک می کند (مواردی که برای آنها به شما کمک می شود را علامت بزنید)؟

کرایه پوشاک غذا سایر موارد

نام حمایت کننده مالی	چه کسی از حمایت مالی برخوردار است؟	شماره تلفن حمایت کننده مالی
نام حمایت کننده مالی	چه کسی از حمایت مالی برخوردار است؟	شماره تلفن حمایت کننده مالی

6d. دانش آموزان

آیا فردی که برای دریافت مزایا اقدام می کند، از جمله خودتان، به کالج یا مدرسه فنی حرفه ای می رود؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

نام این فرد	نام مدرسه/مرکز آموزشی	وضعیت ثبت نام (یک مورد را با ✓ علامت بزنید)	این فرد کار می کند؟
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا مدت زمانی بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	متوسط ساعت های کار در هفته: _____
		<input type="checkbox"/> نیمه وقت یا مدت زمانی بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت تعداد واحدها: _____	متوسط ساعت های کار در هفته: _____

6e.

آیا فرزند خوانده ای با شما در خانه زندگی می کند؟ بله خیر اگر پاسختان "بله" است، چه کسی است؟ _____
(لطفاً به سؤالات زیر درباره این فرزند (فرزندان) پاسخ دهید:

آیا این فرزند (فرزندان) تحت حکم وابستگی دادگاه با شما در خانه زندگی می کنند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)

بله خیر

آیا می خواهید فرزند خوانده (فرزند خوانده ها) در پرونده CalFresh شما لحاظ شوند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)
اگر پاسختان "بله" است، درآمدی که برای مراقبت از فرزند خوانده دریافت می کنید به عنوان درآمد کسب نشده لحاظ خواهد شد.
اگر پاسختان "خیر" است، درآمدی که برای مراقبت از فرزند خوانده دریافت می کنید به عنوان درآمد کسب نشده لحاظ نخواهد شد.

بله خیر

7. درآمد کسب نشده

آیا شما یا هر فرد دیگری که برایش غذا می خرید و تهیه می کنید، درآمدی دارد که از منبعی بجز "شغل" به دست می آید (درآمد کسب نشده)؟
(لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

انواع درآمدهای کسب نشده ای که در زیر عنوان شده و در مورد شما صدق می کند را علامت بزنید (ممکن است مواردی در لیست باشد که مربوط به شما نباشد):

<input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی	<input type="checkbox"/> کمک دولتی/افراد ناتوان شاغل در بخش	<input type="checkbox"/> برنده شدن در قمار/لاتاری
<input type="checkbox"/> SSI/SSP	<input type="checkbox"/> راه آهن یا بازنشستگی	<input type="checkbox"/> دریافت کمک در زمینه پرداخت کرایه/هزینه
<input type="checkbox"/> Cash aid	<input type="checkbox"/> مزایای کارکنان ارتش یا بازنشستگان ارتش	<input type="checkbox"/> خرید غذا و پوشاک
<input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI	<input type="checkbox"/> کمک مالی (وام دانشجویی/ بورسیه	<input type="checkbox"/> بیمه یا توافق نامه حقوقی
<input type="checkbox"/> کرایه اتاق	<input type="checkbox"/> پول به عنوان هدیه	<input type="checkbox"/> حق ناتوانی یا بازنشستگی خصوصی
<input type="checkbox"/> حقوق بازنشستگی	<input type="checkbox"/> بیمه بیکاری/ بیمه ناتوانی ایالتی (SDI)	<input type="checkbox"/> مزایای کارگران در حال اعتصاب
<input type="checkbox"/> حمایت از کودک/همسر	<input type="checkbox"/> جبران خسارت کارگری	<input type="checkbox"/> سایر موارد _____

چه فردی این پول را دریافت می کند؟	از چه منبعی کسب می شود؟	چه مبلغی است	هر چند وقت یک بار دریافت می شود؟ (یک بار، هفتگی، ماهیانه یا دیگر موارد)	انتظار دارید ادامه داشته باشد؟ (بله یا خیر را با ✓ علامت بزنید)
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اگر انتظار ندارید این درآمد ادامه داشته باشد، لطفاً توضیح دهید:

8. درآمد کسب شده

آیا شما یا هر فرد دیگری که برایش غذا می خرید و تهیه می کنید، درآمدی از طریق شغلش کسب می کند (درآمد کسب شده)؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
 اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال 9 بروید.
نکته: اگر خویش فرما هستید، سؤال 8a را پاسخ دهید.

لطفاً همه درآمدها را قبل از کسر مالیات و سایر کسورات (درآمد خالص) عنوان کنید.

نمونه هایی از درآمد کسب شده (این موارد ممکن است شغل های تمام وقت، موقت، فصلی، دوره آموزشی یا هر مورد دیگری باشد که در اینجا فهرست نشده اند):

• درآمدها • حق کمیسیون • انعام • حقوق • کار در حین تحصیل (دانشجو/دانش آموز)

انتظار دارید ادامه داشته باشد؟ (بله یا خیر را با ✓ علامت بزنید)	درآمد کل و خالص دریافت شده در این ماه	هرچند وقت یک بار حقوق دریافت می کنید؟ (یک بار، هفتگی، ماهیانه، سایر موارد)	متوسط ساعت کار در هر هفته	نرخ ساعتی	شماره تلفن کارفرما	نام و آدرس کارفرما	کار شخصی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	\$			\$			
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	\$			\$			
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	\$			\$			
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	\$			\$			

اگر انتظار ندارید این درآمد ادامه داشته باشد، لطفاً توضیح دهید:

آیا فردی در مدت 60 روز گذشته، کارش را از دست داده است، آن را تغییر داده، کارش را ترک کرده یا مدت کارش را کاهش داده است؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

اگر پاسختان بله است، چه کسی این کار را انجام داده است؟	تاریخ از دست دادن، ترک یا تغییر کار	تاریخ آخرین دریافت حقوق
--	-------------------------------------	-------------------------

دلیل؟

آیا فردی اعتصاب کرده است؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

اگر پاسختان بله است، چه کسی این کار را انجام داده است؟	تاریخ شروع اعتصاب	تاریخ آخرین دریافت حقوق
--	-------------------	-------------------------

دلیل؟

8a. خویش فرما

اعضای خانواده که خویش فرما هستند می توانند هزینه های مربوط به کار خویش فرما را کسر کنند یا به صورت استاندارد 40% از درآمد خویش فرما را کم کنند.
 اگر هزینه های مربوط به کارتان را انتخاب کنید، لازم است اسنادی برای اثبات چنین هزینه هایی ارائه کنید.

فرد خویش فرما	تاریخ شروع فعالیت تجاری	نوع و نام فعالیت تجاری	درآمد خالص ماهیانه	هزینه های خویش فرما (لطفاً با ✓ یک مورد را علامت بزنید)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% از درآمد اصلی <input type="checkbox"/> هزینه واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% از درآمد اصلی <input type="checkbox"/> هزینه واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% از درآمد اصلی <input type="checkbox"/> هزینه واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% از درآمد اصلی <input type="checkbox"/> هزینه واقعی \$
			\$	<input type="checkbox"/> 40% از درآمد اصلی <input type="checkbox"/> هزینه واقعی \$

9. هزینه مراقبت از کودک/بزرگسال در خانواده

آیا شما یا هر فرد دیگری که با او غذا می خرید/آماده می کنید، هزینه مراقبت از کودک، بزرگسال ناتوان یا دیگر افراد وابسته را پرداخت می کنید، طوری که شما یا آن فرد بتواند به کار، مدرسه، دوره آموزشی برود یا در جستجوی شغل باشد؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر
اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر موارد)	مقدار پرداخت شده؟	چه کسی خدمات مراقبت ارائه می کند؟ (نام و آدرس ارائه دهنده)	چه کسی خدمات مراقبت دریافت می کند؟
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

آیا فردی به اعضای خانواده شما کمک می کند تا همه یا بخشی از هزینه های مراقبت از کودک/بزرگسال عنوان شده در اگر پاسختان "بله" است، قسمت زیر را تکمیل کنید؟
 بله خیر است، قسمت زیر را تکمیل کنید:

هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر موارد)	مقدار پرداخت شده؟	چه کسی در پرداخت هزینه ها کمک می کند؟	چه کسی خدمات مراقبت دریافت می کند؟
	\$		
	\$		

10. هزینه پرداخت شده برای حمایت از کودکان

آیا شما یا فردی که با او غذا می خرید/آماده می کنید، به صورت قانونی ملزم به پرداخت هزینه حمایت از کودک است، از جمله حمایت مجدد از کودک؟
 بله خیر اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟ (هفتگی/ماهانه، سایر موارد)	مقدار پرداخت شده؟	نام فرزند (فرزندان) که هزینه حمایت از کودک برای او پرداخت می شود:	چه کسی هزینه حمایت از کودک را پرداخت می کند؟
	\$		
	\$		

11. هزینه های خانوار

آیا شما یا هر فرد دیگری که با او غذا می خرید/آماده می کنید، مسئولیت پرداخت هزینه های خانواده را دارد؟ بله خیر اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

نکته: مبلغ پرداخت شده از طریق کمک به خانوار را وارد نکنید، مانند HUD یا بخش 8. هزینه مربوط به گرمایش و سرمایش، قبض تلفن و سایر قبوض، هزینه مربوط به پناهگاه افراد بی خانمان همگی جزء موارد معاف هستند و لازم نیست مبلغ واقعی مربوط به آنها را عنوان کنید.

فواصل زمانی دریافت قبض؟ (هفتگی/ماهانه/سایر موارد)	مبلغ پرداخت شده	چه کسی هزینه را پرداخت می کند؟	هزینه ای دارید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)	نوع هزینه
	\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	پرداخت کرایه یا هزینه مسکن
	\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مالیات بر دارایی و بیمه (اگر قبض آن با قبض کرایه یا رهن متفاوت باشد)
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هزینه گاز، برق و سایر سوخت های مورد استفاده برای گرمایش یا سرمایش، مانند چوب یا پروپان (اگر قبض آنها با قبض کرایه یا رهن متفاوت باشد)
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هزینه تلفن ثابت/تلفن همراه
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هزینه پناهگاه افراد بی خانمان
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هزینه آب، فاضلاب و دفع زباله
هر چند وقت یک بار پرداخت می کنید؟	مبلغ؟ \$	چه کسی در پرداخت هزینه ها کمک می کند؟		آیا فردی در خانه به شما کمک می کند هزینه های عنوان شده در بالا را پرداخت کنید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسختان "بله" است، لطفاً تکمیل کنید.

آیا اعضای خانواده شما از طرف برنامه "کمک به پرداخت هزینه انرژی برای خانواده های کم درآمد" (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) کمکی دریافت می کنند یا در آینده دریافت خواهند کرد؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

12. هزینه های پزشکی:

آیا شما یا فردی که با او غذا می خرید/تهیه می کنید، فردی مسن (60 سال به بالا) یا ناتوان است و هزینه های پزشکی را شخصاً پرداخت می کند؟ بله خیر اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.

نکته: کودکان یا همسران را که پرداخت های غیرمستقل برای SSI دریافت می کنند یا هزینه ای را برای ناتوانی یا نابینایی دریافت می کنند، در اینجا اضافه نکنید. هزینه هایی را عنوان کنید که در آینده نزدیک خواهید داشت.

هزینه های پزشکی مجاز: (همه مواردی را که در مورد شما صدق می کنند علامت بزنید)

- هزینه پزشکی یا دندانپزشکی
 هزینه بستری شدن/درمان سرپایی/پرستاری
 داروهای تجویزی
 حق ویژه در قانون بیمه سلامت و بستری شدن در بیمارستان
 حق ویژه Medicare (سهم Medi-Cal از هزینه ها و سایر موارد)
- روکش و کاشت دندان (و سایر موارد)، سمعک و دیگر دستگاه ها
 نیاز به حضور همراه به دلیل کهولت سن، بیماری یا ناتوانی
 تعداد دفعات و هزینه غذای مصرف شده توسط همراه
 داروهای تجویزی
- هزینه جابجایی (فاصله یا هزینه) و اقامت برای دریافت خدمات پزشکی
 تجویز عینک و لنز چشمی
 تجهیزات و وسایل پزشکی تجویز شده
 هزینه نگهداری حیوانات (غذا، قبض هزینه حیوانات خانگی، سایر موارد)

نام فرد ناتوان/مسن	مبلغ هزینه	هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟ (ماهانه، هفتگی، سایر موارد)	چه نوع هزینه ای است؟ (نسخه، خدمات دندانپزشکی، تعداد دفعات سرو غذای همراه، سایر موارد)	آیا هزینه های پزشکی اعضای خانواده، بازپرداخت می شود؟ (توسط Medi-Cal، بیمه، اعضای خانواده و دیگر منابع)
اگر پاسختان بله است، چه کسی این مبلغ را بازپرداخت می کند؟	\$			مبلغ آن چقدر است
اگر پاسختان بله است، چه کسی این مبلغ را بازپرداخت می کند؟	\$			مبلغ آن چقدر است
اگر پاسختان بله است، چه کسی این مبلغ را بازپرداخت می کند؟	\$			مبلغ آن چقدر است
اگر پاسختان بله است، چه کسی این مبلغ را بازپرداخت می کند؟	\$			مبلغ آن چقدر است

13. آیا فردی که برای دریافت مزایا اقدام می کند، از جمله خودتان، از منابع زیر غذا دریافت می کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

- اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.
- امکانات سرو غذای گروهی برای افراد مسن/ناتوان
 - برنامه توزیع غذا که از طرف "تهیه غذای بومیان آمریکایی" ارائه می شود
 - سایر برنامه های غذایی

اگر پاسختان بله است، چه کسی این کار را انجام می دهد:	این کار در کجا انجام می شود؟
اگر پاسختان بله است، چه کسی این کار را انجام می دهد:	این کار در کجا انجام می شود؟

14. آیا فردی که برای دریافت مزایا اقدام می کند، از جمله خودتان، در مکان های زیر زندگی می کند؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

- اگر پاسختان "بله" است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "خیر" است، به سؤال بعدی بروید.
- پناهگاه افراد بی خانمان
 - پناهگاه زنانی که مورد خشونت واقع شده اند
 - مکان مخصوص بومیان آمریکایی
 - مرکز بازپروری افراد معتاد به مواد مخدر و الکل
 - مراکز اصلاح و تربیت/مؤسسات دارالتأدیب (زندان یا بازداشتگاه)
 - مکان هایی برای زندگی گروهی افراد نابینا/ناتوان
 - خانه هایی با دریافت کمک فدرال
 - بیمارستان های روانی/مؤسسات نگهداری از بیماران ذهنی
 - بیمارستان
 - مراکز نگهداری و مراقبت طولانی مدت

نام فرد مورد نظر	(نام مؤسسه/مرکز، پناهگاه، مؤسسه و سایر موارد)	تاریخ تقریبی ترخیص (اگر اطلاع دارید)

15. آیا شما یا فردی که با شما زندگی می کند، 60 ساله یا مسن تر است و نمی تواند به خاطر ناتوانی اش، شخصاً غذا بخرد یا غذا تهیه کند؟

(لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

اگر پاسختان بله است، چه کسی است:

16. منابع درآمد خانواده

آیا شما یا فردی که با او غذا می خرید/آماده می کنید، منابع درآمد دارد (پول نقد، سپرده بانکی، سند سپرده، سهام و اوراق بهادار و دیگر موارد)؟ بله خیر اگر پاسختان **بله** است، به این سؤال پاسخ دهید. اگر پاسختان "**خیر**" است، به سؤال بعدی بروید.

همه مواردی را که در مورد شما صدق می کند علامت بزنید:

- حساب بانک/اتحادیه اعتباری (جاری) حساب بازار پول سهام
- حساب بانک/اتحادیه اعتباری (پس انداز) شرکت های کارگذار بورس اوراق قرضه
- صندوق پس انداز ایمن گواهی سپرده (CD) سایر موارد: _____
- اوراق سپرده پول نقد

اگر حساب مشترک با فرد دیگری دارید، لطفاً در زیر عنوان کنید.

برای هر کادری که در بالا علامت زده اید، اطلاعات زیر را ارائه کنید.

منبع مالی به نام چه کسی ثبت شده است؟	چه نوع منبع درآمدی است؟	ارزش آن چقدر است؟	محل این منبع مالی کجا است؟ (نام بانک یا مؤسسه ای را بنویسید که پول نزد آن است)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان، منابع مالی را در سه ماه گذشته فروخته اید، به دیگران منتقل کرده اید یا در اختیار سایر افراد قرار داده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر

17. دریافت مکرر مزایا

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان به دلیل دو بار دریافت مزایای SNAP (نام فدرال برای برنامه کمک غذا که در کالیفرنیا به آن CalFresh گفته می شود) در هر ایالتی بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

18. قاچاق مزایا (خرید یا فروش)

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان به دلیل قاچاق مزایای SNAP (خرید یا فروش کارت EBT به دیگران) به ارزش 500 دلار یا بیشتر بعد از 22 سپتامبر 1996 مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

19. فروش مزایا برای تهیه مواد مخدر

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان بعد از 22 سپتامبر 1996 به دلیل فروش مزایای SNAP برای تهیه مواد مخدر مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

20. خرید و فروش مزایا برای خرید سلاح و مواد منفجره

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان بعد از 22 سپتامبر 1996 به دلیل فروش مزایای SNAP برای خرید اسلحه، مهمات یا مواد منفجره، مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

21. فرار از جرم

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان برای اینکه به دلیل خلاف و جرم انجام شده، بازداشت نشوید، به بازداشتگاه یا زندان نروید، فرار کرده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

22. نقض قوانین مربوط به دوره آزادی مشروط

آیا شما یا هرکدام از اعضای خانواده تان به دلیل نقض قوانین مربوط به دوره آزادی مشروط، مجرم شناخته شده اید؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید) بله خیر اگر پاسختان **بله** است، چه کسی مجرم شناخته شده است؟

فضای اضافی برای نوشتن

فضای اضافی برای نوشتن

در این قسمت چیزی ننویسید - فقط برای استفاده کانتی
(DO NOT COMPLETE - 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