



加州補充營養援助計劃 (CALFRESH) 福利申請

如果您身有殘障或需要申請方面的幫助，請告知縣福利所（縣政府），縣政府會安排人員為您提供幫助。

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

我如何申請？

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

- 如果您可以，完整填寫申請表。您必須至少向縣政府提供您的姓名、地址和簽名（第1頁的問題1）才能開始申請程序。
- 親自或以郵件、傳真或網路方式將申請遞交給縣政府。
- 縣政府給予您是否能夠享受福利之答案的起始日期從其收到閣下的已簽署的申請表當日起計。如果您身處院舍，那麼該日期從您離開院舍之日起開始計算。

接下來我該做什麼？

- 在簽署申請前閱讀您的權利和責任（計劃規則第1至5頁）。
- 您必須與縣政府相關人員面談，以討論您的申請。大多數面談採取電話方式，亦可以在縣政府辦公室或與縣政府約定的其他地點進行面談。如果您身有殘障，可作另行安排。
- 如果您沒有完成填寫整份申請表，您可以在面談過程中完成填寫。
- 您將需要提供您的收入、開支和其他事實證明，以決定您是否符合條件。

申請需時多久？

處理您的申請可能需要長達 30 天的時間。若閣下符合下列任何一個加速服務的條件，您有可能在 3 個日曆天內獲得福利：

- 您的家庭每月總收入（扣除前收入）少於 \$150 並且您的手頭現金、或支票、或儲蓄帳戶的餘額不超過 \$100；或者
- 您的家庭住房費用（租金/房屋貸款和水電煤等費用）超過您的每月總收入和手頭現金、或支票、或儲蓄帳戶金額總和；或者
- 您是支票或儲蓄帳戶存款金額少於 \$100 的移徙或季節性農業工人家庭，並且 1) 您的收入已中止，或 2) 您的收入已經開始但您預期在未來的 10 天內不會獲得超過 \$25 的收入。

為了幫助縣政府瞭解您是否能夠在3日內獲得福利，請回答問題 1、6 至 8、11 和 16，並連同本申請提交您的身份證明（如果您有）。

縣政府會發信函通知閣下您的加州補充營養援助計劃申請已獲批准或被否決。

機構會議

申請家庭有權要求與資格審核主管會面進行機構會議（會議可由資格審核員工及授權代表出席），以非正式形式解決任何關於申請家庭是否符合快速服務準則的爭議。

機構會議會在申請家庭提出請求的兩個工作天內作出安排，除非申請家庭要求延後安排，或聲明他們不希望舉行機構會議。

我要為面談準備什麼？

為避免延誤，請將下列項目的證明帶至您的面談。即使您沒有證明，也要參加面談。縣政府或許能幫助閣下獲取證明。在面談過程中，縣政府將審閱申請表所提供的資料並向您提問，以決定您是否可以獲取加州補充營養援助計劃福利以及能夠獲取的福利金額。

獲取福利所需的證明

- 身份證明（駕駛執照、州身份證、護照）。
- 居住地（租約、列有您地址的當期帳單）。
- 社會安全號碼（參見下面關於部分非公民的注釋）。
- 您的家庭所有成員的銀行存款（近期銀行結單）。
- 過去 30 天內您的家庭所有成員的賺得收入（近期工資單、僱主發出的工作聲明）。**注：**如果您是自僱人士，請提供收入和支出或稅務記錄。
- 非賺得收入（失業金、社會安全生活補助金（SSI）、社會保險、退役軍人福利、子女撫養費、工傷賠償金、助學金或貸款、租金收入等）。
- **僅**針對非公民的申請人的合法移民身份（綠卡、簽證）。**注：**因家庭暴力、犯罪起訴或販賣人口而申請移民身份的某些非公民可能不需要此證明。他們也可能不需要社會安全號碼。

獲取更多加州補充營養援助計劃福利所需的證明

- 住房費用（租金收據、房屋貸款帳單、房地產稅單、保險單）。
- 電話和水電煤等費用。
- 家庭中年長者（60 歲或以上）或殘障者的醫療費用。
- 因要工作、尋找工作、參加培訓或上學、或參與規定的工作活動而滋生的托兒和成人照看服務費用。
- 家庭中有成員要支付子女撫養費。

我如何獲得/使用我的加州補充營養援助計劃福利？

- 縣政府將郵寄或給您一張塑膠的電子福利轉帳 (EBT) 卡。您的福利獲得批准後，福利將存入您的卡中。收到卡後請於卡上簽名，使用前要設置一個個人識別號碼 (PIN)。
- 如果您的電子福利轉帳卡丟失、被盜、損毀，或是您認為有別人可能已經知道您的個人識別號碼而您又不想自己的福利被使用，請立即撥打 (877) 328-9677 或致電縣政府報告情況。請確保所有負責此卡的成年人及您的授權代表都知道要如何立即報告上述問題。若您不想讓某人使用您的福利但該人卻知道了您的個人識別號碼，而您又不更改號碼，那麼您被使用的任何福利都不會獲補發。
- 您可以使用您的加州補充營養援助計劃福利購買大部份食物，以及種子和植物用以種植自己的食物。您不得購買煙酒、寵物食品、某類熟食或任何非食品類（如牙膏、香皂或紙巾）。
- 大多數雜貨店和其他出售食品的地方都接受加州補充營養援助計劃福利。如需您附近接受電子福利轉帳卡的地點列表，請訪問 <https://www.ebt.ca.gov>。
- 加州補充營養援助計劃福利僅供您和您的家庭成員使用。為保障你的福利，切勿洩露您的個人識別號碼。請勿將您的個人識別號碼與電子福利轉帳卡放在一起。

如果我無家可歸會怎麼樣？

如果您無家可歸，請立即告知縣政府，縣政府會尋求解決方法，讓閣下可以有地址用以申請福利並收到縣政府就您的個案發出的通知。對於加州補充營養援助計劃，無家可歸即是您身處下列情況：

- A. 居住在監督式庇護所、中途宿舍或類似地方。
- B. 連續居住在其他人或家庭家中不超過 90 天。
- C. 睡覺地點非為睡覺而設計或通常不作睡覺用途（例如：走廊、巴士站、大堂或類似地點）。

權利和責任

您的責任：

- 向縣政府提供判定您資格所需的全部資料。
- 在需要時向縣政府提供您所擁有的資料之證明。
- 如有資料更改需要根據指引報告。縣政府會提供資訊讓您了解什麼需要報告、何時報告及如何報告。若您不遵守報告相關的守則，閣下的個案可能會被終止，或者您的加州補充營養援助計劃福利會被減少或終止。
- 尋找工作、工作、繼續工作或參與其他活動（如果縣政府告知您對閣下的個案有此要求的話）。
- 如果您的個案被選中接受審查或調查以確保您的資格和福利水準計算正確，請全力與縣、州或聯邦政府的工作人員合作。在這些審查中不合作將令您失去福利。
- 歸還任何您沒有資格獲得的加州補充營養援助計劃福利。

您的權利：

- 遞交一份僅提供您的姓名、地址和簽名的加州補充營養援助計劃申請。
- 如果您有需要，可獲政府免費提供口譯員。
- 提供給縣政府的資料獲得保密處理，除非該資料與縣計劃的管理直接相關。
- 在縣政府判定資格前隨時撤銷您的申請。
- 要求協助以填寫您的加州補充營養援助計劃申請，並且獲取規則的解釋。
- 要求協助獲取所需的證明。
- 獲得禮貌、周到和尊重的對待，不受歧視。
- 如果您符合條件獲得加速服務，在 3 日內獲得加州補充營養援助計劃福利。
- 在合理時間內與縣政府進行申請面談，並於 30 天內獲得福利資格的判斷。
- 在向縣政府提供審核資格所需的證明時獲得至少 10 天的期限。
- 在縣政府減少或停止您的加州補充營養援助計劃福利前至少 10 天獲得書面通知。
- 在您要求時與縣政府討論您的個案並審閱您的個案。
- 如果您不同意縣政府對您的加州補充營養援助計劃個案的決定，有權 90 天內要求州聽證。如果您在縣政府就您的加州補充營養援助計劃個案採取行動之前要求聽證，您的加州補充營養援助計劃福利在聽證之前或福利期結束前（已先到者為準）將保持不變。您可以要求縣政府在聽證之前改變您的福利，以避免償還任何多付的福利。如果行政法官判決您勝訴，縣政府將歸還您任何削減的福利。
- 撥打免費電話 **1-800-952-5253** 瞭解您的聽證權利或要求法律援助推薦，聽力或言語障礙人士請撥打 TDD **1-800-952-8349**。您或可從當地的法律援助或福利權辦公室獲得免費的法律援助。
- 如果您不想單獨前往聽證會，帶一位朋友或其他人一同前往。
- 從縣政府獲得投票註冊的協助。
- 縱使不被要求，閣下可報告任何變更，如果這些變更可能會增加您的加州補充營養援助計劃福利的話。
- 提供可能幫助您獲得更多加州補充營養援助計劃福利的家庭開支證明。未向縣政府提供證明將等同於表示您沒有這項開支以致您將無法獲得更多的加州補充營養援助計劃福利。
- 如果您想其他人為您的家庭使用您的加州補充營養援助計劃福利或幫助您的加州補充營養援助計劃個案（授權代表），請告知縣政府。

請取一份存檔

計劃規則和懲罰

如果您為了試圖獲取本來沒有資格獲得的加州補充營養援助計劃福利，或者為了幫助他人獲得其本來沒有資格享用的福利而故意提供虛假或錯誤資料或未提供完整資料，那麼您的行為已觸犯法例。您必須償還您沒有資格享用的所有福利。

<p>違反計劃規則 針對加州補充營養援助計劃而言，我本人明白如果我作出以下任何的舉動便是故意違反計劃規則：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 隱藏資料或作出虛假陳述 • 使用屬於他人的電子福利轉帳（EBT）卡或讓其他人使用我的卡 • 使用加州補充營養援助計劃福利購買酒精或烟草 • 交易、購買、出售、竊取或贈送加州補充營養援助計劃福利或電子福利轉帳卡，或嘗試交易、購買、出售、竊取或贈送加州補充營養援助計劃福利或電子福利轉帳卡。 • 嘗試獲得雙重福利，例如：同時在兩個或多個不同的縣或州申請 • 為不符合資格或不存在的兒童或成年家庭成員提交虛假文件 • 違反緩刑或假釋條件 • 在重罪定罪後逃離 • 使用加州補充營養援助計劃福利採購（購買）有退回押金的產品，有意（故意）丟棄內容物並將容器退回以獲取存押金或嘗試退回容器以獲取押金 • 使用加州補充營養援助計劃福利購買產品，並故意轉售以獲取現金或符合條件的食品以外的任何其他產品 	<p>處罰 我可能會得到下列懲罰：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 因初犯而喪失 12 個月的加州補充營養援助計劃福利，並且必須償還多付給我的所有加州補充營養援助計劃福利 • 因第二次犯規而喪失 24 個月的加州補充營養援助計劃福利，並且必須償還多付給我的所有加州補充營養援助計劃福利 • 因第三次犯規而永久喪失加州補充營養援助計劃福利，並且必須償還多付給我的所有加州補充營養援助計劃福利 • 被罰款最高達 \$250,000，入獄長達 20 年，或兩種處罰同時執行。
<ul style="list-style-type: none"> • 交易加州補充營養援助計劃福利或試圖將加州補充營養援助計劃福利交易為現金、槍支、不符合條件的商品或受管制藥物例如毒品 	<ul style="list-style-type: none"> • 初犯會喪失 24 個月的加州補充營養援助計劃福利 • 第二次犯規會永久喪失加州補充營養援助計劃福利
<ul style="list-style-type: none"> • 提供關於個人和住址的虛假資訊，以便獲得額外的加州補充營養援助計劃福利。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每次犯規會喪失 10 年的加州補充營養援助計劃福利
<ul style="list-style-type: none"> • 曾被判交易、出售或試圖交易價值超過 \$500 的加州補充營養援助計劃福利、或交易或試圖將加州補充營養援助計劃福利交易為槍支、彈藥或爆炸物的罪名。 	<ul style="list-style-type: none"> • 永久喪失加州補充營養援助計劃福利。

請取一份存檔

非公民重要資訊

- 您可以為符合條件的人申請並獲得加州補充營養援助計劃福利，即使您的家庭包含不符合條件的其他人。舉例來說，移民父母可以為其美國公民子女或符合條件的移民子女申請加州補充營養援助計劃福利，即使父母本身並不符合條件。
- 獲得食品福利將不會影響您或您的家庭之移民身份。移民資料是私隱且保密的。
- 符合條件並申請福利之非公民的移民身份將向美國公民及移民服務局 (USCIS) 核查。聯邦法律規定，美國公民及移民服務局不得將此類資料用於欺詐案件以外的任何用途。

選擇不提供

您無需提供不申請加州補充營養援助計劃福利的任何非公民家庭成員的移民資料、社會安全號碼或文件。縣政府需要知道他們的收入和資源相關的資料，以正確地決定您的家庭福利。縣政府不會針對不申請福利的個人去聯絡美國公民及移民服務局。

隱私法案和披露: 您在申請中提供了個人資料。縣政府將利用所提供的資料判定閣下是否符合資格享用福利。如果您不提供必須的資料，縣政府可能會拒絕您的申請。您有權利審閱、更改或修正您提供給縣政府的任何資料。除非得到您的許可，或在聯邦和州法律容許的情況下，否則縣政府不會向他人出示或提供您的資料。根據隱私法案第 273.2 (b) (4) 條，作為一個縣政府機構，我們必須就下列通知所有申請及重新認證加州補充營養援助計劃福利的家庭：

- (i) 這些資料的收集，包括每個家庭成員的社會安全號碼 (SSN)，乃授權於1977年糧食券法案，修訂7 U.S.C. 2011-2036。該資料將用於決定您的家庭是否符合條件參加或繼續參加加州補充營養援助計劃。我們將透過電腦配對程序包括收入和配對驗證系統 (IEVS) 驗證此等資料。這些資料並將用於監察計劃守則的遵守及計劃管理。
- (ii) 這些資料可能會披露給其他聯邦及州府機構作為正式審查之用，並可能會披露給執法人員作為逮捕逃避法律人士之用。
- (iii) 如果加州補充營養援助計劃對您的家庭索賠，在本申請表的資料，包括所有社會安全號碼均可能被轉交給聯邦和州府機構，以及私人債權收集機構用於索賠追討的行動。
- (iv) 提供所要求的資料，包括每個家庭成員的社會安全號碼屬自願性質。然而，不提供社會安全號碼將導致每個沒有提供社會安全號碼的人拿不到加州補充營養援助計劃福利。所提供的所有社會安全號碼之披露和使用守則與合條件家庭成員的社會安全號碼的處理方法相同。

縣政府可能聯絡美國公民及移民服務局以核查申請福利之家庭成員的移民身份。縣政府從此類機構獲得的資料可能會影響您的資格和福利水平。

縣政府將使用國稅局、社會安全局、國土安全部門和/或消費者報告機構的電子數據庫來檢核您的答案。縣政府可能會要求您提出證明。

請取一份存檔

使用社會安全號碼 (SSN)

加州補充營養援助計劃的申請者如果有社會安全號碼均需要在申請時提供號碼，或者提供您申請社會安全號碼的證明（例如：社會安全局發出的信函）。不提供社會安全號碼的申請人或其家庭成員可能不會獲縣政府發放加州補充營養援助計劃福利。有部份人士包括家暴受害者、刑事檢控證人和販賣人口受害人無需提供社會安全號碼仍可獲得援助。

超額發放

意指您獲得的加州補充營養援助計劃福利多於您應得的福利。即使並非蓄意多領或是源於縣政府出錯，您也需要返還多餘的福利。您的福利可能會被減少或停止。您的社會安全號碼可用於透過法庭、其他代收欠款公司或聯邦政府催款行動追討所欠的福利金額。

報告

享用加州補充營養援助計劃福利的家庭必須遵守指引報告任何變更。您的縣政府將告知您哪些變更需要報告以及報告的方式和時間。不報告變更可能導致您的加州補充營養援助計劃福利減少或停止。如果發生可能增加您的福利的事情，例如收入減少，您也可以作出報告。

州聽證

如果您不同意針對您的申請或正在持續的福利所採取的任何行動，您有權利請求州聽證。您可以在縣政府採取行動後的 90 日內請求州聽證，提交請求時您必須說明想要舉行聽證的原因。您從縣政府處獲得的批准或否決通知將包含如何請求州聽證的資訊。如果您在縣政府採取行動前請求聽證，在得出裁決前您或可保有您的加州補充營養援助計劃福利。

非歧視聲明: 聯邦民權法和美國農業部 (USDA) 的民權規條與政策禁止美國農業部、其機構、辦事處和員工，和參與或管理美國農業部計劃的機構因種族、膚色、原國籍、性別、宗教信仰、殘障、年齡、政治理念而歧視；或針對先前在美國農業部負責或資助的任何計劃及活動中的民權活動的報復性行為。

殘疾人士需要不同的通信方式以獲得計劃資料 (例如點字、大字體、錄音帶、美國手語等) 應該聯絡他們申請福利的機構 (州或地方)。失聽、有聽覺障礙或言語障礙的人士可撥打 (800) 877-8339 透過聯邦傳遞訊息服務 (Federal Relay Service) 聯絡美國農業部。英文以外，計劃資料或亦會以別的语言提供。

要提交歧視投訴，請填寫美國農業部計劃歧視投訴表格 (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD3027)，表格可在網上 <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 和在任何美國農業部辦公室找到；或與您縣的民權協調員聯絡；或寫信給美國農業部，並在信中提供所有表格所需的資料或寫信到以下的加州社會服務處 (CDSS) 地址。如需索取一份投訴表格，請打電話到 (866) 632-9992。請以下列渠道提交您已填寫的表格或寫信給美國農業部：

- | | |
|---|---|
| <p>(1) 郵寄: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410</p> <p>(2) 傳真: (202) 690-7442; 或</p> <p>(3) 電子郵件: program.intake@usda.gov</p> | <p>CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (免費電話)</p> |
|---|---|

此機構是平等機會提供者。

請取一份存檔

檔案審閱

您的個案可能會被選中進一步審閱，以確保您的資格獲得正確判定。在任何調查或審閱包括品質控制審閱過程中，閣下必須與縣、州或聯邦政府人員充分合作。在這些審查中不合作將令你喪失福利。

加州補充營養援助計劃工作規則

縣政府可能會將您指派到一個工作計劃。他們會告訴您參加工作計劃是自願性質還是強制性質。不參與強制性工作活動可能會導致福利減少或終止。如果您近期在無適當理由的情況下辭去工作，則您可能不符合加州補充營養援助計劃的資格。

電子福利轉帳卡使用

您或其他家庭成員或授權代表在報告電子福利轉帳卡或個人識別號碼丟失或被盜前，從您的帳戶提取的任何福利都將**不會**補發。

您、您的家庭成員、授權代表或您自願對其提供電子福利轉帳卡和個人識別號碼的任何人對電子福利轉帳卡的使用都將被視為已獲得您的批准，並且從您的帳戶提取的任何福利都**不會**補發。

如果您不希望使用您福利的人獲得了您的個人識別號碼而您並未報告此事，也沒有更改您的個人識別號碼，那麼您被使用的任何福利都**不會**補發。

請取一份存檔

備註

請使用黑色或藍色墨水，因為易於閱讀和復印。請工整書寫您的答案。如果任何預先填寫的資料有誤，請劃掉並寫上正確的資料。如果您需要更多空間來回答問題，請使用第 10 頁“額外的書寫空間”部分，並在需要時附上額外的紙張以提供資料。請務必在額外的空白處或附加的紙張上註明您正在書寫那條問題。

1. 申請者資料

姓名 (名字, 中間名, 姓氏)	其他姓名 (娘家姓, 昵稱等)	社會安全號碼 (如果您有並且正在申請福利)		
家庭地址或您家的方位	城市	州	郵遞區號	
郵寄地址 (如果與上述地址不同)	城市	州	郵遞區號	

授權聯繫

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

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

您是否無家可歸？ 是 否 如果是，請立即告知縣政府您無家可歸，縣政府會尋求解決方法，讓您有地址可以用來申請福利並收到縣政府發出的與您個案相關的通知。

您偏好閱讀何種語言 (如果不是英語) ? _____

您偏好說何種語言 (如果不是英語) ? _____

縣政府將免費為您提供一名口譯員。如果您失聽或有聽覺障礙，請勾選此處

您或您家中成員是否有殘疾 (可選問題) ? (請選其一)
 是 否

您或您家中成員是否因殘疾而需要適應設施 (可選問題) ? 是 否

是否曾發生家庭暴力/虐待 (可選問題) ? 是 否

您是否對申請加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 感興趣? 如果您回答「是」，縣政府將使用您的回答來查看您是否能夠獲取加州醫療補助計劃。 是 否

您的家庭每月總收入是否少於 \$150 及手頭現金、或支票和儲蓄帳戶存款是否少於 \$100 ? 是 否

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

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

我明白作偽證 (作虛假陳述) 會受懲罰，簽署此份申請表即表示：

- 我已閱讀或有人給我閱讀了申請中的資料以及我對本申請中的問題之回答。
- 盡我所知，我對問題的回答是真實而完整的。
- 在申請過程中的任何提問，我將會盡我所知提供真實、完整的答案。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了並且我理解並同意加州補充營養援助計劃 (CalFRESH) 之權利和責任 (計劃規則第 1 頁)。
- 我已閱讀或有人給我閱讀了「加州補充營養援助計劃規則和懲罰」 (計劃規則第 2 頁)。
- 我明白提供虛假、誤導的陳述或扭曲或隱瞞事實企圖獲取加州補充營養援助計劃福利屬欺詐行為。欺詐可能導致本人被控刑事罪並且/或者我可能會在一段時間內 (或終生) 被禁止獲得加州補充營養援助計劃福利。
- 我明白申請福利之家庭成員的社會安全號碼或移民身份可能會依據聯邦法律與適當的政府機構共用。

申請者 (或成人家庭成員/授權代表*/監護人) 簽名	日期
----------------------------	----

*如果您有一位授權代表，請回答下一頁的問題 2。

2. 家庭的授權代表

您可以授權一名 18 歲或以上的人來幫助您的家庭處理加州補充營養援助計劃福利。此人還可代表您在面談中發言、幫助您填寫表格、為您購物並為您報告變化。您將需要償還因此人向縣政府提供的資料而錯誤獲取的任何福利，並且您不想讓此人使用的任何福利都不會補發。如果您是一名授權代表，您將需要向縣政府提供您自己和申請者的身份證明。

您是否希望指派代表來幫助您處理自己的加州補充營養援助計劃個案？(請勾選其一) 是 否

如果是，請填寫以下部分：

授權代表姓名：	授權代表電話號碼：
---------	-----------

您是否希望指派代表來為您的家庭接收和使用加州補充營養援助計劃福利？(請勾選其一) 是 否

如果是，請填寫以下部分：

姓名		電話號碼	
街道地址	城市	州	郵遞區號

3. 種族/族裔

種族和族群資料為選填資料。福利的發放要求確保不因種族、膚色或原國籍而有差異。您的回答將不會影響您的資格或福利金額。請勾選所有適用項。法律規定縣政府必須記錄您的族群和種族。

如果您不想將自己的種族和族裔資料提供給縣政府，請勾選此框。如果您未勾選此框，縣政府將輸入此資料僅作公民權利統計之用。

族裔	您是否西班牙裔或拉丁裔？(請勾選其一)	如果您西班牙裔或拉丁裔，您是否認為自己是：
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他_____

種族/族裔本源

白種人 美國印第安人或阿拉斯加原住民 黑人或非裔美國人 其他或混血_____

亞洲人 (如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項)：

菲律賓人 中國人 日本人 柬埔寨人 韓國人 越南人 印度人 老撾人

其他亞洲人 (請說明) _____

夏威夷原住民或其他太平洋島民 (如果勾選，請從下列內容選擇一項或多項)：

夏威夷原住民 關島人或查莫洛人 薩摩亞人

4. 面談的偏好

您或您家庭另一個成年人成員將需要和縣政府面談，以討論您的申請和接受加州補充營養援助計劃福利。加州補充營養援助計劃的面談通常採取電話方式，除非您在向縣政府提交申請時可進行以面談或您偏向親自面談。親自面談只能在縣政府的正常辦公時間內進行。

如果您偏向親自面談，請勾選此方框。

如果您因殘障而需要其他安排，請勾選此方框。

請勾選下列您首選的面談日期和時間方框：

日期： 今天 下一個方便日期 任何日期 週一 週二 週三 週四 週五

時間： 清早 上午中段時間 下午 下午晚些時候 任何時間

5. 其他計劃

您或家庭中任何成員是否曾接受公共援助 (有需要家庭臨時救助 Temporary Assistance for Needy Families、醫療補助計劃 Medicaid、補充營養援助計劃 Supplemental Nutrition Assistance Program [加州補充營養援助計劃 CalFresh]、一般補助 (GA)/一般救濟

(GR) 等)？(請勾選其一) 是 否

如果是，誰？	何處 (縣/州)？
如果是，誰？	何處 (縣/州)？

6a. 家庭資料

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

社會安全號碼對於不申請福利的成員來說是選填項。您必須為申請福利的每名人士回答下列問題。

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

請列出所有與您共同居住但並不與您一起購買和準備食物之人的姓名：

姓名	姓名
姓名	姓名

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

姓名	進入美國的 日期 (如果知道)	提供以下任何一項資料 (如果知道) : 護照號碼、綠卡號碼等	受擔保? (請勾選是 或否) 如果是, 請回答以下 6C 問題:
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		文件類型: _____ 文件編號: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上述人士之中有否在美國工作至少10年（40個季度）或在美國軍隊服役？

如果是，誰？_____

(請勾選其一)

是 否

上述人士之中是否有或是否已申請或打算申請 T-簽證、U-簽證、或 VAWA（遏止侵害婦女暴力行為法）身份？

如果是，誰？_____

是 否

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

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

擔保人是否定期提供金錢幫助？ 是 否 如果是，金額是多少？ \$_____

擔保人是否定期在下列任何方面提供幫助（勾選所有適用項）？

租金 衣物 食物 其他 _____

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

6d. 學生

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

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

6e. 您的家中是否居住有寄養子女？ 是 否 如果是，誰？_____

請回答下列有關寄養子女的問題：

居住在您家的寄養子女是否依據法院的撫養指令而獲得安置？(請勾選其一) 是 否

您是否希望寄養子女計入您的加州補充營養援助計劃個案？(請勾選其一) 是 否

如果是，那麼您獲得的寄養照顧收入將算作您的非賺得收入。

如果否，那麼您獲得的寄養照顧收入將不算作您的非賺得收入。

7. 非賺得的收入

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

(請勾選其一) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 社會保險 | <input type="checkbox"/> 養老金 | <input type="checkbox"/> 工傷賠償金 |
| <input type="checkbox"/> 社會安全生活補助金 (SSI) / 州補充付款 (SSP) | <input type="checkbox"/> 子女/配偶撫養費 | <input type="checkbox"/> 彩票/賭博獎金 |
| <input type="checkbox"/> 現金補助 | <input type="checkbox"/> 政府/鐵路殘障補貼或退休金 | <input type="checkbox"/> 租金/食物/衣物方面的幫助 |
| <input type="checkbox"/> 加州工作機會並對孩子負責計劃 (CalWORKS)/有需要家庭臨時救助 (TANF)/一般補助 (GA)/一般救援 (GR)/移民現金補助 (CAPI) | <input type="checkbox"/> 退役軍人福利金或軍人養老金 | <input type="checkbox"/> 保險或法定賠償 |
| <input type="checkbox"/> 住宿與膳食 (來自您的租客) | <input type="checkbox"/> 財務補助 (助學金/貸款/獎學金) | <input type="checkbox"/> 私人殘障補貼或退休金 |
| | <input type="checkbox"/> 現金禮物 | <input type="checkbox"/> 罷工福利 |
| | <input type="checkbox"/> 失業保險/州政府殘障保險 (SDI) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

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

如果該收入預計不再繼續獲得，請說明原因：

8. 賺得的收入

您及與您一起購買和準備食物的人中是否有任何人獲得工作收入（賺得的收入）？（請勾選其一） 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至問題 9。

注：如果是自僱，請回答問題 8a。

請列出稅前或其他扣除前的所有收入（總收入）。

賺得收入的示例有（這些示例可以是全職、臨時、季節性工作或培訓，可能還有其他例子並未在此處列出）：

· 工資 · 傭金 · 小費 · 薪水 · 半工讀（學生）

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

如果該收入預計不再繼續獲得，請說明原因：

是否有任何人在過去的 60 天內丟掉工作、更換工作、辭職或減少工作時間？（請勾選其一） 是 否

如果是，誰？	丟掉、辭去或更換工作的日期	上次發薪日期
原因？		

是否有人在罷工？（請勾選其一） 是 否

如果是，誰？	罷工的日期	上次發薪日期
原因？		

8a. 自僱

自僱的家庭成員可以扣除實際的自僱開支或者從自僱收入中扣除標準的 40% 扣除額。如果您選擇實際開支扣除，則將需要向縣政府提供您的開支證明。

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

9. 家庭的兒童/成人照顧費用

您或與您一起購買和準備食物的人中是否有支付托兒、殘障成年人或其他受供養人士的照顧費用，以便您或該人能夠工作、上學、參加培訓或尋找工作？(請勾選其一) 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

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

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

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

10. 子女撫養費

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

是 否 如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

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

11. 家庭開支

您或與您一起購買和準備食物的人中是否要負責任何家庭開支？ 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

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

開支類型	有開支？ (請勾選其一)	誰支付？	所欠金額	多久被發單一次？ (每週/每月/其他)
租金或房款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
財產稅和保險 (如果與租金或房屋貸款分開開立帳單)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
天然氣、電或用於加熱或製冷的其他燃料如柴薪或丙烷 (如果與租金或房屋貸款分開開立帳單)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
電話/手機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
收容所開支	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
水、排污、垃圾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
有否任何不是您家庭裡的人幫助您支付上述開支？ (請勾選其一) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請填寫。		誰幫助支付費用？	多少錢？ \$	支付頻率？

您的家庭是否獲得、或預計獲得來自低收入家庭能源補助計劃 (LIHEAP) 的款項？(請勾選其一) 是 否

12. 醫療費用：

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

列出你預計在不久的將來會有的費用。

在此醫療費用包括：（請勾選所有適用的）

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 醫療或牙科護理 | <input type="checkbox"/> 劃分攤費用等) | <input type="checkbox"/> 獲取治療或醫療服務的交通（里程或費用）和住宿費用 |
| <input type="checkbox"/> 住院/門診治療/護理 | <input type="checkbox"/> 假牙、助聽器和義肢 | <input type="checkbox"/> 處方眼鏡和隱形眼鏡 |
| <input type="checkbox"/> 處方藥 | <input type="checkbox"/> 因年齡、疾病或長期病患而需要有一名護理員 | <input type="checkbox"/> 處方醫療用品和設備 |
| <input type="checkbox"/> 健康和住院保險單保費 | <input type="checkbox"/> 提供給護理員的餐點數量和成本 | <input type="checkbox"/> 服務性動物開支（食物、獸醫診療帳單等） |
| <input type="checkbox"/> 聯邦醫療保險保費（加州醫療補助計 | <input type="checkbox"/> 藥單開出的非處方藥 | |

年長者/殘障者姓名	開支金額	支付頻率？ (每月/每週或其他)	何種開支類型？ (處方藥、假牙和護理員用餐次數等)	家庭會否因這些醫療開支獲得補償？ (由加州醫療補助計劃、保險和家庭成員等)
	\$			如果會，由誰補償： 多少錢：\$
	\$			如果會，由誰補償： 多少錢：\$
	\$			如果會，由誰補償： 多少錢：\$
	\$			如果會，由誰補償： 多少錢：\$

13. 正在申請福利的人中（包括您自己）是否有從下列途徑獲得食物？（請勾選其一） 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- 提供給年長者/殘障者的公共膳食設施
- 由美洲原住民保護區營運的食品分配計劃
- 其他食物計劃

如果是，誰？	何處？
如果是，誰？	何處？

14. 正在申請福利的人中（包括您自己）是否居住在下列地方？（請勾選其一） 是 否

如果是，請回答此問題。如果否，請跳至下一問題。

- 收容所
- 受虐婦女庇護所
- 美洲原住民保護區
- 毒品/酒精復康中心
- 懲教所/刑事機構（監獄或拘留所）
- 盲人/殘障者的集體生活安排
- 聯邦補貼住房
- 精神病院/精神健康機構
- 醫院
- 長期照護或膳宿與照顧機構

此人的姓名	機構名稱（中心、收容所、機構等）	預計離開日期（如適用）

15. 您及與您共同居住的人中是否有人年滿 60 歲或以上，並且因殘障而無法分開購買食物和準備餐點？（請勾選其一） 是 否

如果是，誰？

16. 家庭資產

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

勾選所有適用項目：

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

如果是與其他人共同所有的聯合帳戶，請於下方說明。

針對以上每個勾選的方框，填寫下列資料。

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

您或您家中是否有人曾在過去的三個月內銷售、交易、或轉讓財產？（請勾選其一） 是 否

17. 重複福利

您或您家庭中人是否曾在 1996 年 9 月 22 日後於任何州因欺騙性地獲取重複輔助營養援助計劃（SNAP，糧食補助計劃的聯邦名稱，在加州被稱為加州補充營養援助計劃）福利而被定罪？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

18. 販賣(交易或銷售)福利

您或您家庭中人是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因販賣(與他人交易或向他人售賣電子福利轉賬卡，簡稱 EBT) 價值\$500或以上的輔助營養援助計劃福利而被定罪？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

19. 福利交換毒品

您或您家庭中人是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用輔助營養援助 (SNAP) 福利交換毒品而被認定有罪？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

20. 福利交換槍械或爆炸物

您或您家庭中人是否曾在 1996 年 9 月 22 日後因用輔助營養援助福利交換槍枝、彈藥或爆炸物而被認定有罪？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

21. 潛逃重罪

您或您家庭中人是否因重罪或未遂的重罪潛逃或逃避法律以避免被起訴、被拘押或進入監獄？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

22. 違反緩刑/假釋條例

您或您家庭中人是否曾被法院判定違反緩刑或假釋條例？（請勾選其一）

如果是，誰？_____ 是 否

額外書寫空間

額外書寫空間

請勿填寫 – 縣政府專用

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No