



ĐƠN ĐỀ NGHỊ QUYỀN LỢI CALFRESH

Nếu quý vị mắc khuyết tật hoặc cần trợ giúp với đơn đề nghị này, hãy cho Bộ Xã Hội Quận (Quận) biết và một người nào đó sẽ giúp quý vị.

Nếu quý vị muốn nói, đọc, hoặc viết bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hơn, thì Quận sẽ có một người nào đó giúp quý vị miễn phí.

Tôi nộp đơn như thế nào?

Sử dụng đơn đề nghị này nếu quý vị đang nộp đơn đề nghị chỉ quyền lợi CalFresh. CalFresh là chương trình hỗ trợ thực phẩm, giúp quý vị có một khoản chi phí mua thực phẩm cho hộ gia đình của mình. Nếu quý vị muốn nộp đơn đề nghị các chương trình khác ngoài CalFresh như CalWORKs hoặc Medi-Cal, vui lòng yêu cầu đơn đề nghị tham gia các chương trình khác. Quý vị cũng có thể nộp đơn đề nghị tham gia chương trình CalFresh hoặc những chương trình khác trực tuyến bằng cách vào trang web <http://www.benefitscal.org/>. Quý vị có thể xem mình có thể đủ điều kiện hay không bằng cách truy cập vào trang web <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Điền đầy đủ toàn bộ mẫu đơn đề nghị, nếu có thể. Quý vị phải cung cấp cho Quận ít nhất tên, địa chỉ, và chữ ký (câu hỏi 1 ở trang 1 trong đơn đề nghị này) của quý vị để bắt đầu quy trình nộp đơn đề nghị.
- Gửi trực tiếp đơn đề nghị đến Quận, bằng đường bưu điện, chuyển fax hoặc trực tuyến.
- Ngày mà Quận nhận được đơn đề nghị có ký tên đầy đủ của quý vị sẽ bắt đầu thời gian trả lời cho quý vị về việc quý vị có thể được nhận các quyền lợi hay không. Nếu quý vị đang ở trong viện, thời gian này bắt đầu từ ngày quý vị ra viện.

Tôi sẽ làm gì tiếp theo?

- Đọc các quyền và trách nhiệm của quý vị (Quy Tắc Chương Trình từ trang 1 đến trang 3) trước khi quý vị ký tên đơn đề nghị.
- Quý vị phải thực hiện cuộc phỏng vấn với Quận để thảo luận về đơn đề nghị của quý vị. Hầu hết các cuộc phỏng vấn được thực hiện qua điện thoại, nhưng có thể được tiến hành trực tiếp tại văn phòng Quận hoặc một nơi khác được thu xếp với Quận. Nếu quý vị mắc khuyết tật, quý vị có thể được thu xếp các phương tiện khác.
- Nếu quý vị không điền đầy đủ tất cả các phần trong đơn đề nghị, quý vị có thể hoàn tất trong khi phỏng vấn.
- Quý vị sẽ cần phải cung cấp bằng chứng về khoản thu nhập, các chi phí và những trường hợp khác của quý vị để xem xét xem quý vị có đủ điều kiện hay không.

Sẽ mất bao lâu?

Có thể mất đến 30 ngày để xử lý đơn đề nghị của quý vị. Quý vị có thể được nhận các quyền lợi trong vòng 3 ngày nếu:

- Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị (thu nhập trước khi khấu trừ) thấp hơn \$150 và tiền mặt có sẵn hoặc trong tài khoản chi phiếu hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị không nhiều hơn \$100; hoặc
- Chi phí nhà cửa của hộ gia đình quý vị (tiền thuê nhà/thế chấp và các tiện ích) cao hơn tổng thu nhập hàng tháng và số tiền trong tài khoản chi phiếu hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị; hoặc
- Quý vị là hộ gia đình di cư hoặc công nhân nông trại thời vụ có dưới \$100 trong tài khoản chi phiếu hoặc tiết kiệm và 1) thu nhập của quý vị bị gián đoạn, hoặc 2) thu nhập của quý vị đã bắt đầu nhưng quý vị dự kiến sẽ không nhận được trên \$25 trong 10 ngày tới.

Để giúp Quận xem xét việc quý vị có thể được nhận quyền lợi hay không trong vòng ba ngày, vui lòng trả lời câu hỏi 1, 6 đến 8, 11 và 16, đồng thời cung cấp bằng chứng nhận dạng của quý vị (nếu có) kèm theo đơn đề nghị này cho Quận.

Quận sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết về việc hộ gia đình của quý vị được chấp thuận hay từ chối các quyền lợi CalFresh.

Trang Thông Tin – Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị.

Tôi cần những gì cho cuộc phỏng vấn của tôi?

Để tránh bị trì hoãn, hãy đem theo bằng chứng của các mục sau đây khi đến phỏng vấn. Giữ đúng hẹn phỏng vấn cho dù quý vị không có bằng chứng. Quận có thể giúp nếu quý vị cần hỗ trợ để có bằng chứng. Trong khi phỏng vấn, Quận sẽ kiểm tra thông tin trong đơn đề nghị và sẽ đặt câu hỏi cho quý vị để xem quý vị có thể được nhận quyền lợi CalFresh hay không và khoản tiền quyền lợi mà quý vị có thể nhận được.

Bằng Chứng Cần Thiết để Có Quyền Lợi

- Nhận dạng (Giấy phép lái xe, Thẻ ID của Tiểu Bang, hộ chiếu).
- Bằng chứng về nơi cư trú (hợp đồng thuê nhà, hoá đơn hiện tại có thể hiện địa chỉ của quý vị).
- Số An Sinh Xã Hội (xem lưu ý dưới đây về những người không phải công dân Hoa Kỳ).
- Số tiền trong ngân hàng đối với tất cả những người trong hộ gia đình của quý vị (bản sao kê mới nhất của ngân hàng).
- Thu nhập kiếm được của mỗi người trong hộ gia đình quý vị trong 30 ngày qua (phiếu lương mới nhất, bản trình bày công việc từ người sử dụng lao động).
LƯU Ý: Nếu tự kinh doanh, hồ sơ ghi chép thu nhập và chi phí hoặc thuế.
- Thu nhập không từ việc làm (Quyền lợi thất nghiệp, SSI, An Sinh Xã Hội, quyền lợi cựu chiến binh, trợ cấp nuôi trẻ, bồi thường của công nhân, trợ cấp hoặc khoản vay của trường, thu nhập từ tiền thuê nhà, v.v.).
- Tình trạng nhập cư hợp pháp **CHỈ** đối với những người không phải là công dân Hoa Kỳ hợp pháp nộp đơn xin hưởng quyền lợi (Thẻ Ngoại Kiều, visa).
LƯU Ý: Những người không phải là công dân Hoa Kỳ nộp đơn xin tình trạng nhập cư dựa trên tình trạng bạo hành gia đình, truy tố tội phạm hoặc buôn người có thể không cần bằng chứng này. Họ cũng có thể không cần Số An Sinh Xã Hội.

Bằng Chứng Cần Thiết để Có Thêm Quyền Lợi CalFresh

- Chi phí nhà ở (biên nhận thuê nhà, hoá đơn thế chấp, hoá đơn thuế tài sản, hồ sơ bảo hiểm).
- Chi phí điện thoại và tiện ích.
- Chi phí y tế cho bất kỳ người nào lớn tuổi (trên 60 tuổi) hoặc khuyết tật trong hộ gia đình của quý vị.
- Chi phí chăm sóc trẻ và người trưởng thành do một người nào đó đang đi làm, tìm kiếm việc làm, tham gia đào tạo hoặc đi học, hoặc tham gia vào một hoạt động công việc yêu cầu.
- Trợ cấp nuôi dưỡng trẻ do một người trong hộ gia đình của quý vị thanh toán.

Làm thế nào để tôi có/sử dụng quyền lợi CalFresh của mình?

- Quận sẽ gửi qua đường bưu điện hoặc cung cấp cho quý vị một thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (EBT) bằng nhựa. Quyền lợi sẽ được ghi trên thẻ khi đơn đề nghị của quý vị được chấp thuận. Ký tên vào thẻ khi quý vị nhận được. Quý vị sẽ thiết lập Số Nhận Diện Cá Nhân (PIN) để sử dụng thẻ của mình.
- Nếu thẻ EBT của quý vị bị mất, mất cắp, phá huỷ hoặc quý vị cho rằng một người nào đó có thể biết số PIN của quý vị mà quý vị không muốn sử dụng các quyền lợi của mình, hãy gọi đến số (877) 328-9677 hoặc gọi ngay cho Quận. Chắc chắn rằng tất cả những người lớn có trách nhiệm và người đại diện được uỷ quyền của quý vị cũng biết cách báo cáo ngay lập tức một trong những vấn đề này. Nếu quý vị không báo cáo rằng một người khác mà quý vị không muốn sử dụng quyền lợi của mình có số PIN của quý vị và quý vị không thay đổi số PIN của mình, bất kỳ quyền lợi nào đã được sử dụng sẽ không được thay thế.
- Quý vị có thể sử dụng các quyền lợi CalFresh của mình để mua hầu hết các loại thực phẩm cũng như các loại hạt giống và cây trồng để tự cung cấp thực phẩm cho quý vị. Quý vị không được mua rượu, thuốc lá, thức ăn thú nuôi, một số loại thực phẩm nấu sẵn, hoặc bất kỳ thứ gì không phải thực phẩm (như kem đánh răng, xà phòng, hoặc khăn giấy).
- Quyền lợi CalFresh được chấp nhận ở hầu hết các cửa hàng tạp hoá hoặc những nơi khác có bán thực phẩm. Để biết danh sách các địa điểm gần với quý vị có chấp nhận thẻ EBT, vui lòng truy cập vào trang: <https://www.ebt.ca.gov> hoặc <https://www.snapfresh.org>.
- Quyền lợi CalFresh chỉ dành cho quý vị và các thành viên trong hộ gia đình của quý vị. Giữ an toàn các quyền lợi của quý vị. Không cung cấp số PIN của quý vị. Không giữ số PIN cùng với thẻ EBT của quý vị.

Nếu tôi vô gia cư thì sao?

Vui lòng thông báo cho Quận biết ngay lập tức nếu quý vị vô gia cư để họ có thể giúp quý vị tìm hiểu một địa chỉ để sử dụng và chấp nhận đơn đề nghị của quý vị và để quý vị nhận thông báo từ Quận về trường hợp của quý vị. Đối với chương trình CalFresh, vô gia cư nghĩa là quý vị:

- A. Đang sống ở nơi cư trú có giám sát, nhà khôi phục, hoặc một nơi tương tự.
- B. Đang sống ở nhà của người khác hoặc gia đình không quá 90 ngày.
- C. Ngủ ở nơi không dành, hoặc thường được sử dụng làm nơi để ngủ (nhà khôi phục, trạm xe buýt, hành lang, hoặc những nơi tương tự).

Trang Thông Tin – Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM

Quý vị có trách nhiệm:

- Cung cấp mọi thông tin cần thiết cho Quận để xác định điều kiện hội đủ của quý vị.
- Cung cấp cho Quận bằng chứng thông tin mà quý vị có nếu cần.
- Báo cáo những thay đổi theo yêu cầu. Quận sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về những điều cần báo cáo, khi nào và như thế nào. Nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu báo cáo của hộ gia đình quý vị, vụ việc quý vị có thể bị đóng hoặc quyền lợi CalFresh của quý vị có thể thấp hơn hoặc bị ngưng lại.
- Tìm kiếm, có và giữ việc làm hoặc tham gia vào các hoạt động khác nếu Quận cho quý vị biết rằng điều đó là bắt buộc trong vụ việc của quý vị.
- Hợp tác đầy đủ với nhân viên Quận, Tiểu bang, hoặc Liên bang nếu vụ việc của quý vị được chọn để xem xét hoặc điều tra nhằm đảm bảo rằng điều kiện hội đủ và mức quyền lợi của quý vị được xem xét chính xác. Nếu không hợp tác trong những công việc xem xét này, quý vị có thể bị mất quyền lợi.
- Trả lại bất kỳ khoản quyền lợi CalFresh mà quý vị không đủ điều kiện được nhận.

Quý vị có quyền:

- Nộp lại đơn đề nghị tham gia chương trình CalFresh chỉ cần cung cấp tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị.
- Được Tiểu bang cung cấp thông dịch viên miễn phí nếu quý vị cần.
- Được bảo mật thông tin cung cấp cho Quận, trừ khi có liên quan trực tiếp đến việc quản lý các chương trình của Quận.
- Rút lại đơn đăng ký vào bất kỳ lúc nào trước khi Quận xác định điều kiện hội đủ.
- Đề nghị trợ giúp điền mẫu đơn đề nghị chương trình CalFresh của quý vị và được giải thích về các quy tắc.
- Đề nghị trợ giúp có bằng chứng cần thiết.
- Được đối xử nhã nhặn, tận tâm và tôn trọng, không bị đối xử phân biệt.
- Có quyền lợi CalFresh trong vòng 3 ngày nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng Dịch Vụ Giải Quyết Nhanh.
- Được Quận phỏng vấn trong khoảng thời gian hợp lý khi quý vị nộp đơn và quyết định điều kiện hội đủ của quý vị trong vòng 30 ngày.
- Có ít nhất 10 ngày để cung cấp bằng chứng cần thiết cho Quận để xác định điều kiện hội đủ.
- Nhận được văn bản thông báo ít nhất 10 ngày trước khi Quận giảm hoặc ngưng các quyền lợi CalFresh của quý vị.
- Thảo luận vụ việc của quý vị với Quận và xem xét vụ việc khi quý vị đề nghị điều đó.
- Đề nghị buổi điều trần Tiểu Bang trong vòng 90 ngày nếu quý vị không đồng ý với Quận về vụ việc CalFresh của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần trước khi thực hiện hành động đối với vụ việc của CalFresh quý vị, các quyền lợi CalFresh của quý vị sẽ không thay đổi cho đến buổi điều trần hoặc cuối kỳ xác nhận của quý vị, nếu thời gian nào đến sớm hơn. Quý vị có thể đề nghị Quận thay đổi các quyền lợi của quý vị cho đến sau buổi điều trần để tránh phải trả lại bất kỳ khoản quyền lợi đã trả vượt mức. Nếu Thẩm Phán Tòa Hành Chánh phán quyết có lợi cho quý vị, thì Quận sẽ trả lại cho quý vị bất kỳ khoản quyền lợi nào đã bị cắt.
- Hỏi về quyền điều trần của quý vị hoặc đề nghị giới thiệu hỗ trợ pháp lý theo số điện thoại miễn phí – **1-800-952-5253** hoặc **1-800-952-8349** đối với những người khiếm thính hoặc suy giảm khả năng nói có sử dụng TDD. Quý vị có thể được hỗ trợ pháp lý miễn phí tại văn phòng hỗ trợ pháp lý hoặc văn phòng đảm trách quyền phúc lợi tại địa phương của quý vị.
- Đem theo bạn bè hoặc một người nào đó với quý vị đến buổi điều trần nếu quý vị không muốn đi một mình.
- Được Quận hỗ trợ đăng ký bỏ phiếu.
- Báo cáo những thay đổi mà quý vị không bắt buộc phải báo cáo nếu điều đó có thể làm tăng quyền lợi CalFresh của quý vị.
- Cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí của hộ gia đình quý vị mà có thể giúp quý vị nhận được nhiều quyền lợi CalFresh hơn. Việc không cung cấp bằng chứng cho Quận tương tự như việc nói rằng quý vị không có chi phí đó và quý vị sẽ không thể nhận được thêm các quyền lợi CalFresh.
- Thông báo cho Quận biết nếu quý vị muốn một người nào khác sử dụng các quyền lợi CalFresh của quý vị cho hộ gia đình của quý vị hoặc trợ giúp vụ việc CalFresh của quý vị (Người Đại Diện Có Ủy Quyền).

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Các Quy Tắc Của Chương Trình và Khoản Phạt

Quý vị sẽ được xem là phạm tội nếu quý vị cung cấp thông tin giả hoặc không chính xác, hoặc cố ý không cung cấp mọi thông tin để cố gắng được nhận CalFresh mà quý vị không đủ điều kiện được nhận, hoặc giúp một người nào khác được nhận các quyền lợi mà họ không đủ điều kiện được nhận. Quý vị phải trả lại bất kỳ quyền lợi nào mà quý vị nhận được nhưng quý vị không đủ điều kiện được nhận.

Tôi hiểu rằng nếu tôi...	Tôi có thể...
Cố ý vi phạm quy tắc chương trình bằng việc thực hiện bất kỳ điều nào sau đây: <ul style="list-style-type: none">che đậy thông tin hoặc trình bày không chính xácsử dụng thẻ chuyển khoản phúc lợi điện tử (EBT) thuộc về một người khác hoặc cho phép người khác sử dụng thẻ của tôisử dụng các quyền lợi CalFresh để mua rượu hoặc thuốc lámua, bán hoặc cho quyền lợi CalFresh hoặc thẻ EBT	<ul style="list-style-type: none">mất quyền lợi CalFresh trong vòng 12 tháng đối với lần đầu vi phạm và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôimất quyền lợi CalFresh trong vòng 24 tháng đối với lần vi phạm thứ hai và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôimất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ ba và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôibị phạt tiền đến \$250.000, bị bỏ tù đến 20 năm, hoặc cả hai
<ul style="list-style-type: none">buôn bán quyền lợi CalFresh để mua các chất có kiểm soát như ma túycung cấp thông tin sai lệch về bản thân tôi và nơi cư trú để tôi có thể nhận được nhiều quyền lợi CalFresh hơn	<ul style="list-style-type: none">mất quyền lợi CalFresh trong vòng 24 tháng đối với lần đầu vi phạmmất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ hai.mất quyền lợi CalFresh trong vòng 10 năm đối với từng lần vi phạm
<ul style="list-style-type: none">bị kết án do buôn bán quyền lợi CalFresh trị giá trên \$500, hoặc trao đổi quyền lợi CalFresh để lấy súng, đạn dược, hoặc thuốc nổ	<ul style="list-style-type: none">mất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn

Thông Tin Quan Trọng dành cho Người không phải là công dân Hoa Kỳ

- Quý vị có thể nộp đơn và nhận các quyền lợi CalFresh cho những người đủ điều kiện, cho dù gia đình của quý vị bao gồm những người khác không đủ điều kiện. Ví dụ như cha mẹ nhập cư có thể nộp đơn đề nghị quyền lợi CalFresh cho trẻ là công dân Hoa Kỳ hoặc nhập cư đủ điều kiện, cho dù cha mẹ có thể không đủ điều kiện.
- Việc nhận các quyền lợi về thực phẩm sẽ không ảnh hưởng đến quý vị hoặc tình trạng nhập cư của gia đình quý vị. Thông tin nhập cư là riêng tư và được bảo mật.
- Tình trạng nhập cư của những người không phải là công dân Hoa Kỳ đủ điều kiện nộp đơn đề nghị được hưởng các quyền lợi sẽ được kiểm tra với Cục Dịch Vụ Công Dân và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS). Theo luật pháp liên bang quy định rằng USCIS không thể sử dụng thông tin này cho bất kỳ điều gì khác ngoài các trường hợp gian lận.

Quyết định không tham gia

Quý vị không phải cung cấp thông tin nhập cư, số An Sinh Xã Hội, hoặc hồ sơ của bất kỳ thành viên gia đình không phải công dân Hoa Kỳ nào mà không nộp đơn xin được hưởng quyền lợi CalFresh. Quận sẽ cần phải biết thông tin về thu nhập và nguồn thu nhập của họ để xác định chính xác các quyền lợi của hộ gia đình quý vị. Quận sẽ không liên lạc với USCIS về những người không nộp đơn đề nghị được hưởng quyền lợi CalFresh.

Sử Dụng Số An Sinh Xã Hội (SSN)

Mỗi người nộp đơn đề nghị hưởng quyền lợi CalFresh cần phải cung cấp số SSN, nếu có, hoặc bằng chứng cho thấy quý vị đã nộp đơn xin SSN (như thư từ văn phòng An Sinh Xã Hội). Quận có thể từ chối cung cấp quyền lợi CalFresh cho quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị mà không cung cấp cho chúng tôi số SSN. Một số người không cần phải cung cấp số SSN để được hỗ trợ như nạn nhân của tình trạng bạo hành gia đình, nhân chứng của vụ truy tố tội phạm, và nạn nhân của vụ buôn người.

Hưởng quá mức

Điều này có nghĩa là quý vị đã nhận nhiều quyền lợi CalFresh hơn mức mà quý vị lẽ ra được nhận. Quý vị sẽ phải trả lại cho dù quận có sai sót hoặc điều đó là không cố ý. Các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm xuống hoặc ngưng lại. Số SSN của quý vị có thể được sử dụng để quý vị nhận một khoản quyền lợi phải trả từ toà án, các cơ quan thu tiền khác, hoặc thông qua hành động thu tiền của chính phủ liên bang.

Báo cáo

Mỗi hộ gia đình nhận được quyền lợi phải báo cáo về những thay đổi nào đó. Quận sẽ cho quý vị biết những thay đổi nào cần báo cáo, cách báo cáo chúng và khi nào cần báo cáo. Nếu không báo cáo những thay đổi, quyền lợi của quý vị có thể bị giảm xuống hoặc bị ngưng lại. Quý vị cũng có thể báo cáo nếu có những việc xảy ra có thể làm tăng quyền lợi của quý vị như thu nhập thấp hơn.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Điều Trần Tiểu Bang

Quý vị có quyền tiến hành điều trần Tiểu Bang nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ hành động nào về đơn đề nghị hoặc quyền lợi đang có của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu một buổi điều trần Tiểu Bang trong vòng 90 ngày kể từ ngày Quận có hành động và quý vị phải nêu lý do tại sao quý vị muốn có buổi điều trần. Thông báo chấp thuận hoặc từ chối mà quý vị nhận được từ Quận sẽ cung cấp thông tin về cách yêu cầu điều trần Tiểu Bang. Nếu quý vị yêu cầu điều trần trước khi hành động xảy ra, quý vị có thể giữ nguyên quyền lợi CalFresh của quý vị cho đến khi có quyết định.

Không phân biệt đối xử

Theo chính sách của Tiểu Bang và Quận, tất cả mọi người đều được đối xử công bằng, tôn trọng và tự trọng. Theo luật pháp liên bang và Chính Sách Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), việc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, độ tuổi, tôn giáo, niềm tin chính trị, hoặc tình trạng khuyết tật đều bị nghiêm cấm.

Để nộp đơn khiếu nại về việc phân biệt đối xử, quý vị có thể liên hệ Điều Phối Viên Dân Quyền của Quận quý vị, hoặc viết thư hoặc gọi đến USDA hoặc Bộ Dịch Vụ Xã Hội California (CDSS):

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 (giọng nói và TDD)

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

USDA là nhà tuyển dụng công bằng.

Đạo Luật về Quyền Riêng Tư và Tiết Lộ

Quý vị sẽ cung cấp thông tin cá nhân trong đơn đề nghị. Quận sử dụng thông tin này để xem quý vị có đủ điều kiện được hưởng quyền lợi hay không. Nếu quý vị không cung cấp thông tin, Quận có thể từ chối đơn đề nghị của quý vị. Quý vị có quyền xem xét, thay đổi, hoặc hiệu chỉnh bất kỳ thông tin nào mà quý vị đã cung cấp cho Quận. Quận sẽ không đưa ra hoặc cung cấp thông tin của quý vị cho người khác trừ khi quý vị cho phép họ hoặc luật pháp tiểu bang và liên bang cho phép họ làm như vậy. Quận sẽ xác minh những thông tin này thông qua các chương trình đối chiếu trên máy vi tính, bao gồm Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập và Tiền Lương (IEVS). Những thông tin này sẽ được sử dụng để theo dõi việc tuân theo các quy định của chương trình và quản lý chương trình. Quận có thể chia sẻ những thông tin này với các cơ quan liên bang và tiểu bang khác để tiến hành kiểm tra chính thức, với các viên chức thực thi pháp luật để bắt giữ những người trốn tránh pháp luật, và với các cơ quan tiếp nhận yêu cầu bảo hiểm tư nhân để tiến hành tiếp nhận yêu cầu bảo hiểm. Quận có thể xác minh tình trạng nhập cư của các thành viên trong hộ gia đình nộp đơn đề nghị được hưởng các quyền lợi bằng cách liên hệ USCIS. Những thông tin mà Quận nhận được từ các cơ quan này có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ và mức quyền lợi của quý vị.

Xem xét hồ sơ vụ việc

Vụ việc của quý vị có thể được chọn để xem xét thêm nhằm đảm bảo điều kiện hội đủ của quý vị được giải quyết chính xác. Quý vị phải hoàn toàn hợp tác với nhân viên Quận, Tiểu Bang hoặc Liên bang trong việc điều tra hoặc xem xét, bao gồm xem xét kiểm tra chất lượng. Nếu không hợp tác trong những công việc xem xét này, quý vị có thể bị mất quyền lợi.

Quy Tắc Làm Việc đối với chương trình CalFresh

Quận có thể chỉ định quý vị với một chương trình làm việc. Họ sẽ cho quý vị biết đây là tự nguyện hay quý vị phải thực hiện chương trình làm việc. Nếu quý vị có một hoạt động làm việc bắt buộc và quý vị không thực hiện, thì các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm hoặc bị ngưng lại.

Quý vị có thể không đủ điều kiện được hưởng CalFresh nếu quý vị hiện đã bỏ việc.

Sử Dụng Thẻ EBT

Bất kỳ quyền lợi nào được sử dụng từ tài khoản của quý vị trước khi quý vị, một thành viên khác trong hộ gia đình, hoặc người đại diện được uỷ quyền của quý vị báo cáo rằng thẻ EBT hoặc số PIN bị mất hoặc bị mất cắp sẽ **không** được thay thế.

Bất kỳ trường hợp sử dụng thẻ EBT của quý vị bởi quý vị, thành viên trong hộ gia đình, người đại diện được uỷ quyền của quý vị, hoặc bất kỳ người nào mà quý vị tự nguyện đưa thẻ EBT và số PIN của quý vị sẽ được xem là quý vị đã chấp thuận và bất kỳ quyền lợi nào được sử dụng từ tài khoản của quý vị sẽ **không** được thay thế.

Nếu quý vị không báo cáo rằng một người khác mà quý vị không muốn sử dụng quyền lợi của mình có số PIN của quý vị và quý vị không thay đổi số PIN của mình, bất kỳ quyền lợi nào đã được sử dụng sẽ **không** được thay thế.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

LƯU Ý

Vui lòng sử dụng mực đen hoặc xanh dương để dễ đọc và sao chụp tốt nhất. Vui lòng viết in câu trả lời của quý vị. Nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời (các) câu hỏi, hãy sử dụng trang 10 phần “Thêm Chỗ Trả Lời” và đính kèm thêm giấy nếu cần để cung cấp thông tin. Vui lòng đừng quên nêu rõ câu hỏi nào mà quý vị đang trả lời trong khoảng trống bổ sung hoặc trên giấy kèm thêm.

1. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN

TÊN (TÊN, TÊN ĐEM, HỌ)	TÊN KHÁC (TÊN THỜI CON GÁI, BÍ DANH, V.V.)	SỐ AN SINH XÃ HỘI (NẾU QUÝ VỊ CÓ VÀ ĐANG NỘP ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC HƯỞNG QUYỀN LỢI)	
ĐỊA CHỈ NHÀ HOẶC ĐƯỜNG ĐẾN NHÀ CỦA QUÝ VỊ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN)	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ	ĐỊA CHỈ EMAIL		
SỐ ĐIỆN THOẠI HẰNG LÀM/KHÁC/TIN NHÂN	Tôi muốn nhận tin nhắn về vụ việc của tôi qua email. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

Quý vị có vô gia cư không? Có Không Nếu có, vui lòng thông báo cho Quận biết ngay lập tức nếu quý vị vô gia cư để họ có thể giúp quý vị tìm hiểu một địa chỉ để sử dụng và chấp nhận đơn đề nghị của quý vị và để quý vị nhận thông báo từ quận về trường hợp của quý vị.

Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____

Quý vị thích nói bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____

Quận sẽ cung cấp miễn phí một thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị điếc hoặc lãng tai, vui lòng đánh dấu ở đây

Quý vị có khuyết tật và cần giúp đỡ nộp đơn không? Có Không

Quý vị có quan tâm đến việc nộp đơn đề nghị chương trình Medi-Cal không? Nếu quý vị trả lời là **có**, Quận sẽ sử dụng câu trả lời của quý vị để tìm hiểu xem liệu quý vị có thể có Medi-Cal hay không. Có Không

Tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị có dưới \$150 và tiền mặt có sẵn, tài khoản chi phiếu và tài khoản tiết kiệm có dưới \$100 không? Có Không

Tổng thu nhập hàng tháng và tiền mặt có sẵn hoặc trong tài khoản chi phiếu và tiết kiệm kết hợp của hộ gia đình quý vị có thấp hơn chi phí thuê nhà/thế chấp và tiện ích kết hợp không? Có Không

Hộ gia đình của quý vị có phải là hộ gia đình di cư/công nhân nông trại thời vụ với các nguồn luân chuyển không vượt quá \$100 và thu nhập của quý vị bị ngưng lại hoặc quý vị sẽ không nhận được hơn \$25 trong 10 ngày tới không? Có Không

Tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu phạt nếu khai man (trình bày không chính xác) khi ký tên đơn đề nghị này,

- Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc, những thông tin trong đơn đề nghị này và các câu trả lời của tôi cho những câu hỏi trong đơn đề nghị này.
- Các câu trả lời của tôi đều đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Bất kỳ câu trả lời nào mà tôi có thể cung cấp cho quy trình nộp đơn sẽ đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi đã đọc hoặc đã được đọc và tôi hiểu cũng như đồng ý với các Quyền và Trách Nhiệm (Quy Tắc Chương Trình Trang 1) đối với Chương Trình CalFresh.
- Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc, Các Quy Tắc Của Chương Trình CalFresh và Khoản Phạt (Quy Tắc Chương Trình Trang 2 đến trang 3).
- Tôi hiểu rằng việc trình bày sai lệch hoặc không chính xác hoặc trình bày sai, che giấu sự kiện để thiết lập điều kiện hội đủ tham gia chương trình CalFresh là hành vi gian lận. Hành vi gian lận có thể dẫn đến hành vi phạm tội mà tôi có thể bị khiếu kiện và/hoặc không được nhận các quyền lợi CalFresh trong một khoảng thời gian (hoặc suốt đời).
- Tôi hiểu rằng Số An Sinh Xã Hội hoặc Tình Trạng Nhập Cư đối với các thành viên trong hộ gia đình nộp đơn đề nghị được hưởng quyền lợi có thể được chia sẻ với các cơ quan chính phủ thích hợp mà luật pháp liên bang yêu cầu.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN (HOẶC THÀNH VIÊN TRƯỞNG THÀNH TRONG HỘ GIA ĐÌNH/NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN*/NGƯỜI GIÁM HỘ)

NGÀY

***Nếu quý vị có Người Đại Diện Được Ủy Quyền, vui lòng trả lời đầy đủ câu hỏi 2 ở trang tiếp theo.**

2. NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA HỘ GIA ĐÌNH

Quý vị có thể ủy quyền cho một người nào đó trên 18 tuổi để giúp hộ gia đình của quý vị về quyền lợi CalFresh của quý vị. Người này cũng có thể thay mặt quý vị trao đổi trong buổi phỏng vấn, giúp quý vị điền đầy đủ các biểu mẫu, đi mua sắm cho quý vị, và báo cáo những thay đổi cho quý vị. Quý vị sẽ phải thanh toán lại các quyền lợi mà quý vị có thể có do nhầm lẫn vì những thông tin mà người này cung cấp cho Quận và bất kỳ quyền lợi nào mà quý vị không muốn họ sử dụng sẽ không được thay thế. Nếu quý vị là Người Đại Diện Được Ủy Quyền, quý vị cần cung cấp cho Quận bằng chứng nhận diện quý vị và người làm đơn.

Quý vị có muốn nêu tên của người giúp quý vị trong vụ việc CalFresh không? Có Không

Nếu **có**, hãy điền đầy đủ phần sau đây:

TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:
---------------------------------------	---

Quý vị có muốn nêu tên của người nhận và sử dụng Quyền Lợi CalFresh cho hộ gia đình của quý vị không? Có Không

Nếu **có**, hãy điền đầy đủ phần sau đây:

TÊN:	SỐ ĐIỆN THOẠI:
------	----------------

ĐỊA CHỈ:	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
----------	-----------	-----------	--------

3. CHUNG TỘC/SẮC TỘC

Thông tin về chủng tộc và sắc tộc có tính tùy chọn. Nhưng cần đảm bảo rằng các quyền lợi được cung cấp không phân biệt chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc dân tộc. Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ hoặc số tiền quyền lợi của quý vị. Đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp với quý vị. Luật pháp quy định rằng Quận phải ghi chép nhóm sắc tộc và chủng tộc của quý vị.

Đánh dấu chọn ô này nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin về chủng tộc và sắc tộc của quý vị cho Quận. Nếu quý vị không cung cấp, Quận sẽ nhập thông tin này chỉ để thống kê về dân quyền.

SẮC TỘC	Quý vị có phải là người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc người La-tinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu quý vị là người Mỹ gốc Tây Ban Nha, người Mỹ gốc La tinh, quý vị tự cho mình là: <input type="checkbox"/> Người Mexico <input type="checkbox"/> Người Puerto Rican <input type="checkbox"/> Người Cuba <input type="checkbox"/> Khác _____
----------------	---	--

CHUNG TỘC/NGUỒN GỐC SẮC TỘC

- Người da trắng Người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
- Khác hoặc Hỗn hợp _____
- Người Châu Á (nếu đánh dấu chọn, vui lòng chọn một hoặc nhiều lựa chọn sau đây):
- Người Phillipin Người Trung Quốc Người Nhật Người Campuchia Người Hàn Quốc Người Việt Nam
- Người Ấn Độ (Nam Á) Người Lào Người Châu Á khác (nếu rõ) _____
- Người bản địa Hawaii hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác (nếu đánh dấu chọn, vui lòng chọn một hoặc nhiều lựa chọn sau đây):
- Người bản địa Hawaii Người Guamanian hoặc Chamorro Người Samoa

4. ƯU TIÊN PHỎNG VẤN

Quý vị sẽ phải có một buổi phỏng vấn với Quận để thảo luận về đơn đề nghị của quý vị và để nhận quyền lợi CalFresh. Phỏng vấn để được hưởng quyền lợi CalFresh thường được thực hiện qua điện thoại, trừ khi quý vị gửi đơn đề nghị trực tiếp đến Quận, thì quý vị có thể được phỏng vấn hoặc quý vị thích phỏng vấn trực tiếp hơn. Chỉ phỏng vấn trực tiếp trong giờ làm việc thông thường của Quận.

- Vui lòng đánh dấu chọn ô này nếu quý vị thích phỏng vấn trực tiếp hơn.
- Vui lòng đánh dấu chọn ô này nếu quý vị cần thu xếp khác do tình trạng khuyết tật.

Vui lòng đánh dấu chọn vào các ô dưới đây về ngày và giờ phỏng vấn mà quý vị thích hơn:

Ngày: Hôm nay Ngày sẵn sàng tiếp theo Bất kỳ ngày nào Thứ Hai Thứ Ba Thứ Tư Thứ Năm Thứ Sáu

Giờ: Sáng sớm Giữa buổi sáng Buổi chiều Cuối buổi chiều Bất kỳ lúc nào

5. CÁC CHƯƠNG TRÌNH KHÁC

Có người nào trong hộ gia đình của quý vị đã từng nhận được hỗ trợ cộng đồng (Hỗ Trợ Tạm Thời cho Các Gia Đình Nghèo Khó, Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung [CalFresh], Hỗ Trợ Chung (GA)/Cứu Trợ Chung (GR), v.v.) không? Có Không

NẾU CÓ, AI?	Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)?
NẾU CÓ, AI?	Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)?

6a. THÔNG TIN CỦA HỌ GIA ĐÌNH

Điền đầy đủ thông tin sau đây cho tất cả những người trong gia đình mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn với họ, bao gồm quý vị. **Nếu nộp đơn cho người không phải là công dân Hoa Kỳ, vui lòng trả lời đầy đủ câu hỏi 6b và 6c. Nếu không, chuyển sang câu hỏi 6d.**

Số An Sinh Xã Hội là tùy chọn đối với những thành viên không nộp đơn đề nghị quyền lợi. Quý vị phải trả lời câu hỏi dưới đây cho từng người nộp đơn đề nghị quyền lợi.

NỘP ĐƠN ĐỀ NGHỊ QUYỀN LỢI (✓ đánh dấu chọn Có hay Không)	TÊN (Họ, Tên, Tên Đệm Viết Tắt)	Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	NGÀY SINH	GIỚI TÍNH (NAM HAY NỮ)	CÔNG DÂN HOA KỲ hay KIỀU DÂN (✓ đánh dấu Có hoặc Không) Nếu không, trả lời câu 6b.	SỐ AN SINH XÃ HỘI
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		CÙNG			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Vui lòng liệt kê tên của những người sống cùng với quý vị mà không mua và chuẩn bị thức ăn với quý vị:

TÊN	TÊN
TÊN	TÊN

6b. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI KHÔNG PHẢI CÔNG DÂN HOA KỲ - Điền đầy đủ cho tất cả những người có tên trong câu hỏi 6a ở trên là người không phải công dân Hoa Kỳ và đang nộp đơn đề nghị hỗ trợ.

Tên	Ngày vào Hoa Kỳ (nếu biết)	Trả lời một trong những câu sau đây (nếu biết): Số hộ chiếu, Số đăng ký ngoại kiều, v.v.	Được bảo lãnh? (✓ Đánh dấu chọn Có hoặc Không) Nếu có, trả lời câu hỏi 6c dưới đây:
		LOẠI HỒ SƠ: _____ SỐ HỒ SƠ: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		LOẠI HỒ SƠ: _____ SỐ HỒ SƠ: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		LOẠI HỒ SƠ: _____ SỐ HỒ SƠ: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Có bất kỳ người nào có tên ở trên có quá trình làm việc hoặc phục vụ trong quân đội tại Hoa Kỳ ít nhất 10 năm (40 quý) không? Có Không

Nếu có, ai? _____ Có Không

Có bất kỳ người nào có tên ở trên có hoặc đã nộp đơn xin, hoặc dự kiến nộp đơn xin T-Visa hoặc U-Visa, VAWA không?

Nếu có, ai? _____

6c. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI KHÔNG PHẢI CÔNG DÂN HOA KỲ ĐƯỢC BẢO LÃNH - Điền đầy đủ cho tất cả những người có tên trong câu hỏi 6b ở trên là người không phải công dân Hoa Kỳ được bảo lãnh và đang nộp đơn đề nghị hỗ trợ.

Người bảo lãnh có ký tên mẫu I-864 không? Có Không Nếu có, vui lòng trả lời phần câu hỏi còn lại. Nếu người bảo lãnh đã ký tên mẫu I-134, bỏ qua câu hỏi này.

Người bảo lãnh có thường xuyên hỗ trợ tiền không? Có Không Nếu có, bao nhiêu? \$ _____

Người bảo lãnh có thường trợ giúp bất kỳ điều nào sau đây không (đánh dấu chọn nếu thích hợp)?

tiền thuê nhà áo quần thực phẩm khác _____

TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH	AI ĐƯỢC BẢO LÃNH?	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH
TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH	AI ĐƯỢC BẢO LÃNH?	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH

6d. Học sinh

Có người nào đang nộp đơn đề nghị quyền lợi đang học cao đẳng hoặc trường dạy nghề không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Tên của cá nhân	Tên Trường/Cơ sở đào tạo	Tình trạng ghi danh (✓ đánh dấu chọn một)	Họ có đang làm việc không?
		<input type="checkbox"/> Bán thời gian hoặc hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn bán thời gian Số đơn vị: _____	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần: _____
		<input type="checkbox"/> Bán thời gian hoặc hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn bán thời gian Số đơn vị: _____	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần: _____

6e. Trong gia đình của quý vị có con nuôi không? Có Không Nếu **có**, ai? _____

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây về (các) con:

(Những) đứa trẻ này được bố trí vào nhà của quý vị theo lệnh phụ thuộc của toà án phải không? Có Không

Quý vị có muốn (những) đứa trẻ nhận nuôi được tính trong hồ sơ CalFresh của quý vị không? Có Không

Nếu **có**, thu nhập chăm sóc nhận nuôi mà quý vị nhận được sẽ được tính là thu nhập không do việc làm.

Nếu **không**, thu nhập chăm sóc nhận nuôi sẽ không được tính là thu nhập không do việc làm.

7. Thu Nhập Không Do Việc Làm

Có người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn với họ có thu nhập không từ công việc (không do việc làm) không? Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Đánh dấu chọn tất cả các loại thu nhập không do việc làm áp dụng từ những ví dụ này (có thể có những loại khác không được liệt kê ở đây):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội | <input type="checkbox"/> Phúc lợi cựu chiến binh hoặc Hưu trí của quân nhân | <input type="checkbox"/> Thắng xổ số/đánh bạc |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Trợ giúp tài chính (trợ cấp học đường/vay vốn/học bổng) | <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền thuê nhà/thực phẩm/áo quần |
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ tiền mặt | <input type="checkbox"/> Tiền quà | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm hoặc các khoản thanh toán hợp pháp |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Thất Nghiệp/Bảo Hiểm Khuyết Tật của Tiểu Bang (SDI) | <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật cá nhân hoặc nghỉ hưu |
| <input type="checkbox"/> Tiền phòng và tiền cơm tháng (từ người thuê) | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Thường của Công Nhân | <input type="checkbox"/> Trợ cấp đình công |
| <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp nuôi con/Trợ cấp cho người phối ngẫu | | |
| <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật hoặc hưu trí từ chính phủ/đường sắt | | |

Người nhận tiền?	Từ đâu?	Bao nhiêu?	Cách bao lâu? (một lần, hàng tuần, hàng tháng, hoặc khác)	Dự kiến tiếp tục? (✓ Đánh dấu chọn Có hoặc Không)
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu khoản thu nhập này không dự kiến sẽ tiếp tục, vui lòng giải thích:

8. Thu nhập từ việc làm

Có người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn có thu nhập từ công việc (thu nhập từ việc làm) không? Có Không
 Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi 9.

LƯU Ý: Nếu tự kinh doanh, trả lời đầy đủ câu hỏi 8a.

Vui lòng liệt kê mọi khoản thu nhập **trước** thuế hoặc các khoản khấu trừ khác được trích ra (thu nhập tổng cộng).

Ví dụ như thu nhập từ công việc là (những ví dụ này có thể là công việc toàn thời gian, tạm thời, theo thời vụ, hoặc đào tạo, và có thể có những loại công việc khác không được liệt kê ở đây):

- Tiền công
- Tiền hoa hồng
- Tiền quà
- Tiền lương
- Vừa học vừa làm (học sinh)

Người đang làm việc	Tên và địa chỉ của người sử dụng lao động	Số điện thoại của người sử dụng lao động	Tiền công theo giờ	Số giờ trung bình mỗi tuần	Được thanh toán cách bao lâu? (Mỗi tuần một lần, hàng tháng, khác)	Tổng thu nhập từ việc làm nhận được trong tháng này	Dự kiến tiếp tục? (<input checked="" type="checkbox"/> Đánh dấu chọn Có hoặc Không)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu khoản thu nhập này không dự kiến sẽ tiếp tục, vui lòng giải thích:

Có người nào mất việc làm, thay đổi việc làm, bỏ việc, hoặc giảm giờ làm việc trong vòng 60 ngày qua không? Có Không

NẾU CÓ, AI?

NGÀY BỊ MẤT VIỆC, BỎ VIỆC, HOẶC THAY ĐỔI VIỆC LÀM

NGÀY TRẢ LƯƠNG CUỐI CÙNG

LÝ DO?

Có người nào đang đình công không? Có Không

NẾU CÓ, AI?

NGÀY THAM GIA ĐÌNH CÔNG

NGÀY TRẢ LƯƠNG CUỐI CÙNG

LÝ DO?

8a. Tự Kinh Doanh

Các thành viên trong hộ gia đình tự kinh doanh có thể khấu trừ các chi phí tự kinh doanh thực tế hoặc trích khấu trừ 40% tiêu chuẩn từ thu nhập tự kinh doanh. Nếu quý vị chọn các chi phí thực tế, quý vị sẽ cần cung cấp bằng chứng chi phí cho Quận.

Người tự kinh doanh	Ngày bắt đầu kinh doanh	Loại doanh nghiệp và tên	Tổng thu nhập hàng tháng	Chi phí tự kinh doanh (<input checked="" type="checkbox"/> vui lòng chọn một)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____

9. Chi phí chăm sóc trẻ/người lớn của hộ gia đình

Quý vị hoặc bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn thanh toán chi phí chăm sóc trẻ, người lớn khuyết tật, hoặc người phụ thuộc khác để quý vị hoặc người khác có thể đi làm, đi học, đào tạo, hoặc tìm việc làm không? Có Không
 Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Ai được chăm sóc?	Ai chăm sóc? (tên và địa chỉ của người chăm sóc)	Số tiền phải trả?	Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Có người nào giúp hộ gia đình của quý vị thanh toán tất cả hoặc một phần chi phí chăm sóc trẻ/người lớn được nêu trên không?

Có Không Nếu **có**, trả lời đầy đủ dưới đây:

Ai được chăm sóc?	Ai giúp thanh toán?	Số tiền phải trả?	Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác)
		\$	
		\$	

10. Các Khoản Thanh Toán Trợ Cấp Nuôi Con

Quý vị hay bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn phải trả tiền trợ cấp nuôi con theo quy định pháp luật, bao gồm trợ cấp nuôi con trả sau không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Ai trả tiền trợ cấp nuôi con?	Tên của trẻ được trợ cấp nuôi con:	Số tiền phải trả?	Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác)
		\$	
		\$	

11. Chi Phí Hộ Gia Đình

Quý vị hoặc bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn chịu trách nhiệm về bất kỳ chi phí nào trong hộ gia đình không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

LƯU Ý: Không điền các khoản tiền đã trả bởi chương trình hỗ trợ nhà ở như HUD hoặc Phần 8. Các khoản chi phí sửa và làm mát, điện thoại, các tiện ích khác và nơi trú ngụ dành cho người vô gia cư được ấn định là các khoản trợ cấp và quý vị không cần điền vào số tiền thực tế phải trả.

Loại Chi Phí	Có chi phí không?	Ai thanh toán?	Số tiền phải trả	Xuất hoá đơn cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng)
Thanh toán tiền thuê hoặc tiền nhà	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Thuế tài sản và bảo hiểm (nếu được xuất hoá đơn riêng biệt với tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Gas, điện, hoặc nhiên liệu khác được sử dụng để sưởi ấm hoặc làm mát như củi hoặc propane (nếu tách biệt với tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Điện thoại/điện thoại di động	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Chi Phí Nơi Trú Ngụ Dành Cho Người Vô Gia Cư	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nước, chất thải, rác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Có người nào <u>không</u> có trong hộ gia đình của quý vị giúp quý vị thanh toán các chi phí được liệt kê ở trên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , vui lòng điền đầy đủ.		Ai giúp thanh toán?	Bao nhiêu? \$	Được thanh toán cách bao lâu?

Hộ gia đình của quý vị có nhận được, hoặc dự kiến nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (LIHEAP) không? Có Không

12. Chi Phí Y Tế:

Quý vị hay bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn có phải là người lớn tuổi (trên 60 tuổi) hoặc là người khuyết tật có bất kỳ khoản chi phí y tế xuất túi không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.
LƯU Ý: Không liệt kê vợ/chồng hoặc trẻ em được nhận khoản tiền phụ thuộc đối với người nhận SSI hoặc người nhận khuyết tật và bị mù. Liệt kê các chi phí mà quý vị dự kiến sẽ có trong tương lai gần.

Chi phí y tế được trả là:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc y tế hoặc nha khoa | <input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm Medicare (chia sẻ chi phí Medi-Cal, v.v.) | <input type="checkbox"/> Chi phí chuyên chở (số dặm hoặc chi phí) và ăn ở để được điều trị y tế hoặc nhận dịch vụ y tế |
| <input type="checkbox"/> Nhập viện/điều trị ngoại trú/chăm sóc điều dưỡng | <input type="checkbox"/> Răng giả, thiết bị trợ thính và bộ phận giả | <input type="checkbox"/> Mắt kính và kính áp tròng được kê toa |
| <input type="checkbox"/> Thuốc kê toa | <input type="checkbox"/> Giữ người phục vụ cần thiết do tuổi tác, bệnh tật hoặc tình trạng ốm yếu | <input type="checkbox"/> Nguồn tiếp liệu và thiết bị y tế được kê toa |
| <input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm đơn bảo hiểm sức khỏe và nhập viện | <input type="checkbox"/> Số lượng và chi phí các bữa ăn dành cho người phục vụ | <input type="checkbox"/> Chi phí dịch vụ động vật (thức ăn, thuốc thú y, v.v.) |
| | <input type="checkbox"/> Thuốc mua tự do không cần toa được kê | |

Tên của người lớn tuổi/Người khuyết tật	Khoản chi phí	Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần, hàng tháng, khác)	Loại chi phí? (toa thuốc, răng giả, số bữa ăn cho người phục vụ, v.v.)	Hộ gia đình có được hoàn trả các khoản chi phí y tế không? (bởi Medi-Cal, bảo hiểm, thành viên gia đình, v.v.)
	\$			NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$
	\$			NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$
	\$			NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$
	\$			NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$

13. Có bất kỳ người nào được nhận thực phẩm từ bất kỳ nơi nào sau đây không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

- Nhà ăn cộng đồng phục vụ người lớn tuổi/khuyết tật
- Chương trình phân phối thực phẩm do khu
- Chương trình thực phẩm khác dành riêng cho người bản địa Mỹ hoạt động

NẾU CÓ, AI?	Ở ĐÂU?
NẾU CÓ, AI?	Ở ĐÂU?

14. Có người nào sống ở bất kỳ nơi nào sau đây không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

- Nhà trú ngụ dành cho người vô gia cư
- Nhà trú ngụ cho phụ nữ bị ngược đãi
- Khu vực dành riêng cho người bản địa Mỹ
- Trung tâm cai thuốc/rượu
- Cơ sở cải huấn/Cơ sở giam giữ (Nhà tù hoặc nhà giam)
- Chỗ ở theo nhóm dành cho người mù/khuyết tật
- Nhà ở do liên bang trợ cấp
- Bệnh viện tâm thần/viện thần kinh
- Bệnh viện
- Cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc Cơ sở cung cấp các dịch vụ ăn ở và chăm sóc

Tên của cá nhân	Tên của viện (trung tâm, nơi trú ngụ, cơ sở, v.v.)	Ngày dự kiến được về (nếu có thể)

15. Có người nào đang sống với quý vị trên 60 tuổi và không thể mua thực phẩm và dọn bữa ăn riêng biệt do tình trạng khuyết tật không? Có Không

NẾU CÓ, AI?

16. Nguồn Thu Nhập của Hộ Gia Đình

Quý vị hay bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn có bất kỳ nguồn thu nhập nào (tiền mặt, tiền trong ngân hàng, Chứng Chỉ Tiền Gửi, cổ phần và tín phiếu, v.v.) không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Đánh dấu chọn từng nguồn thu nhập được liệt kê dưới đây:

- Tài khoản ngân hàng/Hội Tín Dụng (Chi phiếu) Tài khoản thị trường tiền tệ Cổ phiếu
 Tài khoản ngân hàng/Hội Tín Dụng (Tiết kiệm) Công ty đầu tư tín thác Tín phiếu
 Hộp két sắt Chứng chỉ tiền gửi (CD) Khác: _____
 Tín phiếu tiết kiệm Tiền mặt có sẵn

Nếu đồng tài khoản với người khác, vui lòng trình bày như vậy dưới đây.

Đối với từng ô được đánh dấu chọn nói trên, hoàn tất thông tin sau đây.

Nguồn thu nhập được liệt kê dưới tên của ai?	Loại nguồn thu nhập là gì?	Trị giá bao nhiêu?	Nguồn thu nhập này ở đâu? (bao gồm tên ngân hàng hoặc công ty giữ tiền)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Quý vị hay bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị có bán, giao dịch, trao tặng, hoặc chuyển nguồn thu nhập trong ba tháng qua không? Có Không

17. Phúc lợi trùng lặp

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị kết tội nhận gian lận phúc lợi SNAP (tên gọi của chương trình hỗ trợ thực phẩm của liên bang, được biết đến là CalFresh tại California) trùng lặp tại bất kỳ tiểu bang nào sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

18. Buôn bán bất hợp pháp phúc lợi

Quý vị, hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị, có từng bị kết tội buôn bán bất hợp pháp (cho phép sử dụng hoặc bán thẻ EBT cho người khác) quyền lợi SNAP trên \$500 sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

19. Buôn bán phúc lợi để mua thuốc

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị phát hiện phạm tội buôn bán phúc lợi SNAP để mua thuốc sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

20. Buôn bán phúc lợi để mua súng hoặc thuốc nổ

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị phát hiện phạm tội buôn bán phúc lợi SNAP để mua súng, đạn dược hoặc thuốc nổ sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

21. Tội phạm đang chạy trốn

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có đang che giấu hoặc trốn tránh pháp luật, bị bắt giam, hoặc sẽ đi tù do phạm trọng tội hoặc mưu toan phạm trọng tội không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

22. Vi phạm thời gian hưởng án treo/tạm tha

Quý vị hay bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị bị tòa án phát hiện là vi phạm thời gian hưởng án treo hoặc tạm tha không? Có Không

Nếu **có**, ai? _____

Chỗ viết thêm

Chỗ viết thêm DO

KHÔNG ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY – PHẦN DÀNH CHO QUÂN

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