

# CALFRESH 災難申請書

災害受益期限：從 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

## COUNTY USE ONLY

CASE NUMBER

WORKER

DATE RECEIVED

重要聲明 – 請仔細閱讀

### 你作為申請人或領取者的權利：

- 接受服務不因為種族，膚色，國籍，宗教，政治傾向，性別，殘疾，年齡，並且有權利去申訴如果你覺得你受到了歧視。
- 如果你符合資格，你可以在提交申請後一至三個日曆天之內獲得 CalFresh 災難福利。
- 與郡政府福利部討論有關你案件的任何行動，並在被批准或拒絕申請後的 90 天內要求州聽證會。
- 如果你的申請被拒絕，立即要求主管審查。
- 以書面形式向你的郡福利部要求申訴或州聽證會，或撥打免費電話 1-800-952-5253，失聰人士 (TDD) 的免費電話號碼是 1-800-952-8349。
- 你可以在州聽證會代表自己或由家庭成員，朋友，律師或任何其他他人代表你。
- 你可由你家庭的其他成員或其他認識你的成年人填寫此申請表。如果此申請表是由一個不是你家庭成員的成年人填寫，請附上由戶主或其他成年家庭成員簽署的書面批准。

### 你作為申請人或領取者的責任：

- 真實地，完整地，並盡你所能去回答問題。如果你拒絕提供任何所需要的資料，你不會獲得 CalFresh 災難福利。
- 在你的面談中，你必須核實戶主的身分並填寫申請人的身分，如可能的話，在災難發生時家庭的居處和/或工作地址的證明。
- 如果你被選中災害時期後的審查，你必須與郡，州和聯邦政府的工作人員合作。

- 你可以授權他人領取，或使用你的 CalFresh 災難福利。如果你想授權某人，請填寫以下資料：

授權代表姓名

電話號碼

地址 (包括所在城市和郵政編碼)

只提取 EBT 卡

提取 EBT 卡為家庭購買糧食

### 處罰警告!!

如果你的家庭領取災難 CALFRESH 福利，你必須遵循下面列出的規定。未有申報資料或失實陳述事實可能會導致被法律起訴與罰款，監禁或兩者皆是。懲罰可導致被取消計劃的資格，被罰款最高可達 \$250,000 或入獄長達 20 年。首次違規的懲罰是取消資格 12 個月，第二次違規則是 24 個月，第三次違規將是永久取消資格。

- 切勿提供虛假資料或隱瞞信息以圖獲取你的 CalFresh 災難福利。
- 切勿交易或出售你的 CalFresh 災難福利，或任何其他發行裝置。
- 切勿修改你的 EBT 卡或其它發放裝置以圖獲得你無權獲得之 CalFresh 災難福利。
- 切勿使用你的 CalFresh 災難福利購買不符合資格的物品如酒精類飲品和煙草。
- 切勿為你的家庭而使用別人的 EBT 卡或任何其他發放裝置。

**說明：** 請填寫顯示在此表格上的災難福利期間你所期望的情況的問題。

姓名 (戶主)

在災難時期的永久住址

電話號碼

臨時地址

電話號碼

通訊地址

電話號碼

災難時的工作地址

電話號碼

### A 部分 – 家庭狀況。(每一個問題你必須勾劃是或否)

- 在災難期間你家中每個人是否正在居住  工作  或同時  在災區 (請勾選適當方格)
- 你是否無法獲得你家庭的收入或現金資源?  是  否
- 你的收入或現金資源有否因為災難而被降低，延遲或停止?  是  否
- 在災難福利期間你會否購買食物和準備膳食?  是  否
- 你家中是否有人受僱於 \_\_\_\_\_ ?  是  否  
填寫郡/州 CalFresh 代理機構名稱

## COUNTY USE ONLY

Disaster Application

Can the identify of the authorized representative be verified?

YES  NO

Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?

YES  NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

YES  NO

Type of verification:

Is work address in the disaster area?

YES  NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

YES  NO

Type of verification:

**B 部分 - 家庭成員**

5. 列出申請 CalFresh 災難福利的所有人的名字。只包括在災難期間跟你生活的人。如果你是因為災難而臨時居住在另一個家庭，切勿列出這家庭的成員。\* 提供你的社會安全號碼 (SSN) 屬於自願性質。這只用作於識別目的。

姓名 (戶主) (HH) a.		SSN*	出生日期
姓名 b.	與戶主的關係	SSN*	出生日期
姓名 c.	與戶主的關係	SSN*	出生日期
姓名 d.	與戶主的關係	SSN*	出生日期
姓名 e.	與戶主的關係	SSN*	出生日期
姓名 f.	與戶主的關係	SSN*	出生日期
姓名 g.	與戶主的關係	SSN*	出生日期

**C 部分 - 收入/來源/花費**

6. a. 上面列出所有人實得的報酬或其他收入或在災難福利期內會得到的金額是多少?  
\$ \_\_\_\_\_

b. 列出你所有的收入來源:

7. 列出上面名單的人士在災難福利期間將能獲取的所有現金來源。請勿包括在第6題中列出的任何金額。

手頭現金 \$	儲蓄賬戶 \$	支票帳戶 \$	其它 \$

8. 請申報在災難期間你已支付或預期支付的損失或損壞的費用金額。切勿列出沒有在上面列出的人士支付的金額，或將在災難期間予以償還的金額。符合條件的費用可能包括以下的情況:

- a. 修復受損住戶的家，或一個家庭成員的其他財產對其就業或自僱是必需的支出。 \$ \_\_\_\_\_
- b. 臨時庇護所的費用 - 如果居所是無法居住或住戶無法達到它; \$ \_\_\_\_\_
- c. 由於要撤離災區而須要外遷的費用; \$ \_\_\_\_\_
- d. 需要保護居所或生意避免災難損失的費用; \$ \_\_\_\_\_
- e. 個人受傷的醫療費用。 \$ \_\_\_\_\_
- f. 與災難有關的殮葬費。。 \$ \_\_\_\_\_
- g. 與災害有關的寵物寄宿費。 \$ \_\_\_\_\_
- h. 更換必要的個人和家庭用品，如衣服，器具，工具和教育材料有關費用。 \$ \_\_\_\_\_
- i. 主要的熱能燃料。 \$ \_\_\_\_\_
- j. 清理項目的費用。 \$ \_\_\_\_\_
- k. 因災難受損車輛的費用。 \$ \_\_\_\_\_
- l. 儲存費用。 \$ \_\_\_\_\_

9. a. 上述列舉的人士有否目前正在領取 CalFresh 福利?  是  否  
如果是，何人? \_\_\_\_\_ 郡 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 每月撥款 \$ \_\_\_\_\_

b. 他們本月份有沒有要求或獲得替換 CalFresh 福利?  
如果是，他們已領取或將領取多少錢? \_\_\_\_\_  是  否

**你的認證**

我證明，我瞭解在申請表上的問題而且我的家庭是需要 CalFresh 災難福利。我已閱讀上述懲罰警告（或已由他人讀給我聽）。本人授權公布任何決定我資格所需的資料。如果我被選中，在災難福利期後進行的檢查，我將全力和郡，州和聯邦政府的工作人員合作。我也明白，因為我其他成年家庭成員，或授權代表報告不正確或不完整的資料，我可能需要退回任何超額福利。

我在美利堅合眾國和加利福尼亞州的法律對偽證懲罰下聲明在此申請表上所呈報之資訊是真實，準確和完整的。

簽名 (家庭成人成員或授權代表) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

見證人 (如果你用一個 "X" 簽名) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

**Computation**

A. Anticipated Income (from 6)	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from 7)	\$ _____
C. Total disaster period income = (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8)	\$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	\$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO

**Allotment**

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	\$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	\$ _____

**EBT Card Number issued**

# \_\_\_\_\_  
 YES  NO

WORKER'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SUPERVISOR'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_