

加州補充營養援助計劃 (CALFRESH) 老年人簡化申請

此 CalFresh 申請僅用於當每個申請者都符合以下條件：

- 至少 60 歲或以上和/或殘疾。
- 沒有任何工作收入。
- 一起購買和準備食物。

當您向縣府提供您的姓名、地址和簽名時，申請流程就開始了。您的申請日期是縣辦事處收到您簽署的申請之日。這將開始您是否可以獲得福利的處理時間。

有疑問？請參閱第 6 頁和第 7 頁以瞭解更多資訊。

告訴我們關於您的家庭

申請人姓名 (名字、中間名首字母、姓氏)

實際地址 (街道地址、城市、州份、郵遞區號) ☐ 家庭住址 ☐ 機構 ☐ 無家可歸

郵寄地址 (街道地址或郵政信箱、城市、州份、郵遞區號，如果與實際地址不同)

電子郵件地址

我們能聯絡您的電話號碼

最佳通話時間

您可以選擇一名至少 18 歲的人來幫助您獲取 CalFresh 福利。

- 此人稱為“授權代表”(Authorized Representative (AR))。AR 可以在面談時幫助您發言、幫助填寫您的表格、為您購買食品 and/或為您報告變化情況。AR 不得是與 CalFresh 申請人一起購買和準備飯菜的家庭成員。
- 您必須償還由於此人向縣府提供的資訊而誤領的任何補助金，而且您不想讓此等人花掉的任何補助金將不予補發。
- 你需要向縣府提供身份證明才能成為 AR。

我想讓下述的人士幫我處理我的 CalFresh 案例。

☐ 是 ☐ 否

我希望下述的人士被允許為我的家庭獲取和使用 CalFresh 福利。

☐ 是 ☐ 否

授權代表 (名字、中間名首字母、姓氏)

電話號碼

地址 (街道地址、城市、州份、郵遞區號)

在下面簽署表示本人證明並同意：

- 我已閱讀並瞭解第 6 頁和第 7 頁的資訊。
- 我已閱讀、理解並同意第 8 至第 10 頁的權利和責任/計劃規則。
- 根據作偽證受處罰的法規，本人盡我所知和所信作出聲明，本申請中所寫的內容屬正確和完整。

申請人/授權代表簽名

日期

您不一定需要回答以下兩個問題，但它們可能有助於您獲得其他服務。

1. 您的家庭是否有殘疾人士？ ☐ 是 ☐ 否

提示：這包括任何從殘疾或重大疾病中恢復的人。

如果是，請填寫姓名：_____

2. 您的家庭有人因殘疾而需要幫助嗎？ ☐ 是 ☐ 否

提示：這包括任何需要幫助完成資格審核過程或任何與福利事宜相關的人。

如果是，請填寫姓名：_____

加快服務

讓我們看看您的家庭能否在 3 天內獲得福利。為每個申請 CalFresh 的人士回答以下問題。

3. 有人是移民/季節性農場工人嗎？是否有人的收入已終止？ ☐ 是 ☐ 否

4. 您家庭本月的總收入（扣除前）是否低於 \$150？ ☐ 是 ☐ 否

5. 您家庭包括銀行存款是否有 \$100 或更少的現款？ ☐ 是 ☐ 否

6. 您家庭的月租金/房貸和公用事業費用是否超過您家庭本月的總收入和現款？ ☐ 是 ☐ 否

對於以下問題，如有必要，請使用第 5 頁的空白處或附上另一張紙以提供資料。

家庭成員

告訴我們您家庭中每個人的情況。

申請人（自第 1 頁）		出生日期（月月/日日/年年年）	
社會安全號碼	美國公民？ ☐ 是 ☐ 否	與申請人的關係 本人	有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否
族裔（選填）： ☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/拉丁裔	種族（選填）： ☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 亞洲人 ☐ 黑人/非裔美國人 ☐ 夏威夷原住民/其他太平洋島民 ☐ 白人 ☐ 其他	性別認同（選填）： ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別女性 ☐ 跨性別男性 ☐ 非二元性別（既不是男性也不是女性） ☐ 另一種性別認同 ☐ 拒絕說明	

家庭成員 (繼續)

姓名 (名字、中間名、姓氏)		出生日期 (月月/日日/年年年年)	
社會安全號碼	美國公民? ☐ 是 ☐ 否	與申請人的關係	有工作嗎? ☐ 是 ☐ 否
族裔 (選填): ☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/拉丁裔	種族 (選填): ☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 亞洲人 ☐ 黑人/非裔美國人 ☐ 夏威夷原住民/其他太平洋島民 ☐ 白人 ☐ 其他	性別認同 (選填): ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別女性 ☐ 跨性別男性 ☐ 非二元性別 (既不是男性也不是女性) ☐ 另一種性別認同 ☐ 拒絕說明	

如果超過 2 名家庭成員，請將他們的資料填寫在本申請表的第 5 頁

收入

7. 家庭中是否有人有收入? ☐ 是 ☐ 否

如果是，請告訴我們您家庭中每個人的收入。收入可能包括社會保障；子女撫養費；贍養費；失業或工傷補償；殘障津貼；朋友或親戚的錢；養老金；退休金，社會安全生活補助金/州補充付款 (SSI/SSP)；退伍軍人福利。

有收入的人員	收入類型	多少	多久一次	收到日期
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

資源

8. 家庭中是否有人擁有任何資源 (現金、銀行存款、存單、股票、債券等)? ☐ 是 ☐ 否

開支

9. 您的家庭是否有人支付法院判決的子女撫養費? ☐ 是 ☐ 否

支付者	多少	多久一次
	\$	

10. 誰支付受撫養人/托兒費用? _____
 為受撫養人/托兒支付的金額 \$ _____
 受撫養人/子女的姓名: _____

11. 您的家庭是否有人每月支付超過 \$35 的自費醫療費用？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請告訴我們您家庭中的任何個人所支付的自費醫療費用。費用可能包括藥物、就診、醫院帳單、交通費用（包括哩程）、醫療用品、家庭健康助理、服務性動物費用、精神健康費用和醫療保險費。（向您所在縣索取一份可允許的費用清單。）

支付者	醫療費用類型	每月支付金額
		\$
		\$
		\$
		\$

告訴我們您家庭的住房和公用事業開支。

12. 您的家庭支付房租或房貸嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，付款是多少？ \$ _____ ☐ 每週 ☐ 每月 ☐ 其他

如果您無家可歸，您需要支付庇護費用嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，您的費用是多少？ \$ _____ ☐ 每週 ☐ 每月 ☐ 其他

13. 您的家庭是否支付以下任何費用？請勾選所有適用的選項，並註明是按週、按月還是按其他方式支付（如果該費用已包含在您的房租或房貸中，請勿在此列出）：

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 電話（包括手機） | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 電和/或燃氣 | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 水 | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 垃圾 | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 房產稅：\$ _____ | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 房屋或承租人保險：\$ _____ | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 業主協會 (HOA) 費：\$ _____ | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 移動房屋地塊租金：\$ _____ | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |
| ☐ 其他（請註明）：\$ _____ | ☐ 每週 | ☐ 每月 | ☐ 其他 |

請回答以下有關家庭中每個人的問題。

14. 您家庭中是否有人在單式投注彩票/賭博中贏得大筆金額，金額等於或超過老年人/殘障家庭成員的最高資源限額？ ☐ 是 ☐ 否

15. 在任何一個州，是否有人因福利欺詐或濫用福利而被定罪？ ☐ 是 ☐ 否

16. 是否有逃犯或違反假釋或緩刑規定的人？ ☐ 是 ☐ 否

17. 您或您家庭中的任何成員是否在 2014 年 2 月 7 日之後作為成年人被判犯有嚴重性虐待、謀殺、性剝削和/或其他虐待兒童罪、涉及性侵犯的聯邦或州罪行，或根據州法律由檢察總長認定為與所列任何罪行相似的罪行，且未遵守其判決條款？ ☐ 是 ☐ 否

額外書寫空間 (如果需要) :

您需要瞭解的重要資訊

申請流程

- 完成第 1 頁至第 5 頁。
- 請務必閱讀第 6 頁至第 10 頁，然後**在第 1 頁簽名**。
- 複印任何需要作為證明的文件（如收入證明、您本人身分證明、自付醫療費用證明或委託書）。您可以將任何文件連同您的申請表一起提交。
- 提交您的申請：
 - 親自、電話、郵寄、傳真：至您居住的縣社會服務辦事處。
 - 在線：您也可以透過造訪以下網站在線申請 CalFresh 或其他計劃
<http://www.benefitscal.com/>。
- 完成與縣府的面談，討論您的申請。您可以選擇透過電話、親自到縣辦事處或與縣府安排的其他地點完成面談。

有疑問嗎？需要幫助申請嗎？請致電 CalFresh 福利熱線 1-877-847-3663 或聯絡您所在縣的社會服務辦事處。如果您的英語能力有限，可要求免費口譯服務。如果您因殘疾而需要幫助，請撥打 7-1-1 或向您所在縣的社會服務辦事處諮詢。

非公民

- 即使您的家庭包括不合資格的人員，您也可以為合資格的人員申請和獲取 CalFresh 福利。
- 申請或獲取 CalFresh 福利不會影響您或您家人的移民身份。**CalFresh 不屬於“公共負擔”**。移民資訊是非公開的保密資訊。
- 申請福利的非公民的移民身份將受到美國公民及移民服務局 (U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)) 的核查。聯邦法律規定 USCIS 不能將此資訊用於除欺詐案件以外的事情。

例外選擇

您不必提供未申請 CalFresh 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。縣府將需要知道他們的收入和資源資料以便正確決定您家庭的福利。該縣府不會針對未申請 CalFresh 福利的人聯絡 USCIS。

美國農業部非歧視聲明（請勿將申請表發送至此處）

根據聯邦民權法和美國農業部 (U.S. Department of Agriculture (USDA)) 的民權法規及政策，USDA、其機構、辦事處、員工以及參與或管理 USDA 計劃的機構嚴禁基於種族、膚色、國籍、性別（包括性別認同和性取向）、宗教信仰、殘疾、年齡、或政治信仰歧視他人，或對由 USDA 執行或資助的任何計劃或活動之以往民權活動進行報復或打擊報復。

計劃資訊可能有提供除英語之外的其他語言。需要以替代性通訊方式來獲取計劃資訊（例如盲文、大字體、錄音帶、美國手語等）的殘疾人士應與他們申請福利的機構（州或地方）聯絡。耳聾、聽力障礙或有語言障礙的人士可以透過聯邦中繼服務（800）877-8339 與 USDA 聯繫。

欲提交有關計劃的歧視投訴，投訴人可在線 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 和 USDA 的任何一家辦事處填寫《美國農業部計劃歧視投訴表》(AD-3027)、致電 (833) 620-1071 或寫信給 USDA 並在信中提供該表格所要求的所有信息，以告知民權事務助理部長 (Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR)) 有關指稱侵犯民權的性質和日期。透過以下選項向

USDA 提交您填妥的表格或信件：

- | | | | | |
|----------|---|---|---|----------------|
| 1. 郵寄： | Food and Nutrition Service
U.S. Department of Agriculture
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314 | 或 | Civil Rights Unit
P.O. Box 944243
M.S. 9-7-041
Sacramento, CA 94244-2430 | |
| 2. 傳真： | (833) 256-1665 | | 傳真： | (202) 690-7442 |
| 3. 電子郵件： | FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov | | | |

本機構是平等機會提供者。

請勿將申請表發送至此處

隱私權法案聲明

- (i) 收集這些信息，包括每個家庭成員的社會安全號碼 (Social Security number (SSN))，是根據 1977 年修訂的糧食券法案 7 U.S.C. 2011-2036。這些信息將用於確定您的家庭是否符合資格或繼續有資格參加輔助營養援助計劃 (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP))。我們將透過電腦匹配程式驗證此信息。此信息也將用於監測是否合乎計劃規定及用於計劃管理。
- (ii) 這些信息可能會透露給其他聯邦和州機構進行官方檢查，也可能會透露給執法官員以逮捕逃避法律的人。
- (iii) 如果 SNAP 對您的家庭聲稱索賠，則本申請中的信息 (包括所有 SSN 號碼) 可能會被轉交給聯邦和州政府機構以及私人索賠追討機構，用於索賠追討行動。
- (iv) 提供所要求的每個家庭成員信息包括 SSN 是自願的。然而，未能提供 SSN 將導致拒絕向未提供 SSN 的每個人發放 SNAP 福利。任何所提供的 SSN 將以與合格家庭成員的 SSN 相同的方式使用和披露。

您的縣辦事處可以通過聯絡 USCIS 來驗證申請福利的家庭成員的移民身份。縣府從這些機構獲得的信息可能會影響您的資格和福利水平。

您的縣辦事處將使用州和聯邦電子數據庫中的信息檢查您的答案。這包括國稅局 (Internal Revenue Service (IRS))、社會安全局、國土安全部門和/或消費者報告機構。如果信息不匹配，縣府可能會要求您發送證明。

權利與責任/計劃規則

請致電您的縣辦事處以幫助瞭解您的權利和責任。

如果您不同意有關福利的決定，您可以要求舉行公平聽證會。您可以：

- 致電 (800) 952-5253。對於聽證權利或語言障礙人士，請使用聽障專線 TDD (800) 952-8349 或
- 在線造訪 acms.dss.ca.gov 或
- 將聽證申請表傳真至 (833) 281-0905
- 您可以在當地的法律援助或福利權利辦公室獲得免費法律幫助。您縣通知的背面列出了您當地的免費幫助或撥打以上所列的電話號碼。

你有權得到這份申請表。向您的縣辦事處索取一份表格。

您有權獲得及時的決定。除非出現延誤、緊急情況或縣府無法控制的行政問題，否則您應在申請後 30 天內獲得決定。對於緊急福利，您將在 3 天內獲得縣府的決定。

如果您有殘疾，您可以獲得免費的援助和服務來幫助您參與。這是所謂的“合理便利”。如有需要，請致電您的縣辦事處索要該等服務。

您有隱私和保密的權利。只有當您的案件與計劃管理相關、法律/法院命令允許或在您同意的情況下，我們才會分享您的案件信息。這也是對所有與我們合作的機構的要求。

提供可能有助於您獲得更多補助的家庭開支證明。不向縣府提供證明相當於您表明沒有此項開支。其結果是您將無法獲得更多福利。

您需要報告可能影響您福利的情況變化。對需要報告哪些內容、何時報告及如何報告，縣辦事處將會提供相關資訊。若您未履行報告要求，您的 CalFresh 福利可能會被降低或停止。

您必須在此申請表中提供社會安全號碼 (SSN) 或您已為每個人申請 SSN 的證明。聯邦和州法律要求將其作為資格條件。但也有一些例外。如果您需要有關這些例外的更多資訊，請向您的縣辦事處諮詢。

如果您從其他州領取福利，您必須立即告知縣府。您還必須報告是否有人在過去 10 年中因謊報住址以從多個州獲得福利而被定罪。

如果您的申請被選中進行品質控制審查，您必須與縣和州府合作。這包括提供信息證明，並在您無法提供證明的情況下讓我們獲取該證明。

您需要提供準確的信息。如果信息不準確，福利可能會減少，並且可能會要求您償還福利。如果您被發現故意提供虛假或誤導性信息，您可能會被禁止獲得福利。您也可能被指控犯罪。

您不得：

- 出售您的 CalFresh 福利。
- 使用 CalFresh 購買不符合條件的商品（例如，非食品、酒精或煙草產品）。
- 用 CalFresh 換取非法毒品、槍支、彈藥或爆炸物。
- 允許任何人使用您的 EBT 卡，除非他們為您的家庭購買食物。
- 使用或擁有他人的 EBT 卡，除非您為他們的家庭購買食物。
- 同一個月在多個州獲得糧食補助福利。

任何被發現犯有上述任何濫用行為的人都將面臨懲罰。這包括在一段時間內禁止參加 CalFresh 計劃、罰款和監禁。具體禁止期限可以是一年、兩年或永久。

計劃規則和處罰

若您故意提供虛假或不真實的信息以試圖獲得您沒有資格獲得的 CalFresh 福利，您就是在犯罪。故意幫助他人獲得他們沒有資格獲得的福利也是犯罪。您必須退還您沒有資格獲取的任何福利。

計劃的違規

CalFresh 計劃：我瞭解，如果我從事以下任何行為，將構成故意違反計劃：

- 隱藏信息或作出虛假陳述
- 使用他人的電子福利轉賬卡 (Electronic Benefit Transfer (EBT)) 或讓他人使用我的卡
- 使用 CalFresh 福利購買煙或酒
- 交易，出售或送贈 CalFresh 福利或 EBT 卡，或試圖去交易，購買，銷售，竊取或送贈 CalFresh 福利或 EBT 卡
- 嘗試獲得雙重福利，例如，同時申請於兩個或更多不同的縣或州
- 替不合資格或不存在的孩童或成人家庭成員提供虛假的文件
- 違反我的緩刑或假釋條件
- 重罪定罪後逃走
- 使用 CalFresh 福利購買 (買入) 具有退回訂金的產品，故意 (有目的地) 丟棄內容物並退回容器去取回訂金，或企圖退回容器並取回訂金
- 使用 CalFresh 的福利購買一個產品並企圖轉售以獲取現金或合格食品以外的任何東西

處罰

我可能會失去 CalFresh 福利：

- 第一次違規將導致 12 個月失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利
- 第二次違規將導致 24 個月失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利
- 第三次違規將導致永遠失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利
- 被處罰款最高可達 \$250,000，判處監禁高至 20 年或兩者兼施

計劃的違規 CalFresh 計劃：我瞭解，如果我從事以下任何行為，將構成故意違反計劃： • 交易 CalFresh 福利或企圖交易福利以換取現金、槍械和不符合條件的貨物或受管制物質，如毒品等	處罰 我可能會失去 CalFresh 福利： • 每次違規將導致 10 年失去 CalFresh 福利 • 永遠失去 CalFresh 福利
• 提供個人身份和住處虛假信息以便能得到額外的 CalFresh 福利	• 第一次違規將導致 24 個月失去 CalFresh 福利
• 因交易、銷售或企圖交易價值超過 \$500 的 CalFresh 福利，或交易或企圖用 CalFresh 福利交換槍械、軍火或爆炸品而被定罪	• 第二次違規將導致永遠失去 CalFresh 福利