

CALFRESH(캘프레쉬) 노인 간이 신청서

이 CalFresh 신청서는 신청하는 모든 사람이 다음과 같은 경우에만 사용됩니다:

- 최소 60세 이상 및/또는 장애인인 경우.
- 근로 수입이 없는 경우.
- 음식의 구입과 조리를 함께하는 경우.

신청 절차는 귀하가 카운티에 이름, 주소, 서명을 제출하면 시작됩니다. 신청 날짜는 카운티 사무소에서 귀하가 서명한 신청서를 접수한 날입니다. 그러면 귀하가 혜택을 받을 수 있는지 여부에 대한 답변을 제공하기 위한 처리 시간이 시작됩니다.

질문이 있으세요? 자세한 정보는 6페이지와 7페이지를 참조하세요.

귀하의 가구에 대해 알려주세요

신청인 성명(이름, 중간 이름, 성)		
거주지 주소(거리 주소, 시, 주, 우편 번호) ☐ 집 주소 ☐ 기관 ☐ 노숙자		
우편 주소(거리 주소 또는 사서함, 시, 주, 우편 번호, 거주지 주소와 다른 경우)		
이메일 주소	연락 가능한 전화번호	연락하기 가장 좋은 시간

귀하는 CalFresh 혜택을 도와줄 수 있는 18세 이상의 사람을 선택할 수 있습니다.

- 이 사람을 "수권 대리인"(AR)이라고 합니다. AR은 인터뷰에서 귀하를 대변하고, 양식을 작성하고, 음식을 구입하고, 변경 사항을 보고하는 데 도움을 줄 수 있습니다. AR은 CalFresh 신청자와 함께 식재료를 구입하고 조리하는 가구원이 아니어야 합니다.
- 이 사람이 카운티에 제공한 정보로 인해 귀하가 실수로 받은 모든 혜택은 모두 상환해야 하며, 이 사람이 귀하가 원하지 않는 혜택에 지출한 것은 대체되지 않습니다.
- AR 역할을 하려면 카운티에 신원 증명서를 제공해야 합니다.

본인은 본인의 CalFresh 사례와 관련하여 아래 사람의 도움을 받고자 합니다. ☐ 예 ☐ 아니요

본인은 아래 사람이 본인의 가구를 위해 CalFresh 혜택을 수령하고 지출할 수 있도록 허용하고자 합니다. ☐ 예 ☐ 아니요

수권 대리인(이름, 중간 이름, 성)	전화 번호
주소(거리 주소, 시, 주, 우편 번호)	

아래에 서명함으로써, 본인은 다음 사항을 확인하고 이에 동의합니다:

- 본인은 6페이지와 7페이지의 정보를 읽고 이해했습니다.
- 본인은 8~10 페이지의 권리 및 책임/프로그램 규칙을 읽고 이해했으며 이에 동의합니다.
- 본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 이 신청서에 기재한 내용이 본인이 알고 믿는 한도 내에서 정확하고 완전함을 약속합니다.

신청인/수권 대리인의 서명	날짜
----------------	----

다음 두 질문에 답할 필요는 없지만, 귀하가 다른 서비스를 받는 데 도움이 될 수 있습니다.

1. 귀하의 가구에 장애가 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

팁: 여기에는 장애나 중증 질환에서 회복 중인 사람이 포함됩니다.

예인 경우, 사람(들) 이름: _____

2. 귀하의 가구에 장애로 인해 도움이 필요한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

팁: 여기에는 자격 절차를 완료하는 데 도움이 필요한 사람이나 혜택과 관련된 모든 것들이 포함됩니다.

예인 경우, 사람(들) 이름: _____

신속 서비스

귀하의 가구가 3일 이내에 혜택을 받을 수 있는지 알아보겠습니다. CalFresh를 신청하는 모든 사람에 대해 아래 질문에 답하세요.

3. 이주/계절 농장 노동자로서 소득이 중단된 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

4. 이번 달 귀하 가구의 총 소득(공제 전)이 \$150 미만입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

5. 귀하의 가구는 은행 계좌에 있는 금액을 포함하여 보유 현금이 \$100 이하입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

6. 귀하 가구의 월 임대료/모기지 및 유틸리티 비용이 귀하 가구의 이번 달 총 소득 및 사용 가능한 현금보다 높습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

아래 질문에 대해서는 5페이지의 추가 공간을 사용하거나 필요한 경우 추가 용지를 사용하세요.

가구 구성원

가구에 있는 모든 사람에 대해 알려주세요.

신청인(1페이지에서)			생년월일(월월/일일/년년년년)
사회보장 번호	미국 시민권자인가요? ☐ 예 ☐ 아니요	신청인과의 관계 본인	일을 하고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
민족(선택 사항): ☐ 히스패닉/라티노 ☐ 비히스패닉/라티노	인종(선택 사항): ☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ☐ 아시아인 ☐ 흑인/아프리카계 미국인 ☐ 하와이 원주민/기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인 ☐ 기타	성 정체성(선택 사항): ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 논바이너리(남성도 여성도 아님) ☐ 또 다른 성 정체성 ☐ 진술 거부	

가구원(계속)

성명(이름, 중간 이름, 성)		생년월일(월월/일일/년년년년)	
사회보장 번호	미국 시민권자인가요? ☐ 예 ☐ 아니요	신청인과의 관계	일을 하고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
민족(선택 사항): ☐ 히스패틱/라티노 ☐ 비히스패닉/라티노	인종(선택 사항): ☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ☐ 아시아인 ☐ 흑인/아프리카계 미국인 ☐ 하와이 원주민/기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인 ☐ 기타	성 정체성(선택 사항): ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 논바이너리(남성도 여성도 아님) ☐ 또 다른 성 정체성 ☐ 진술 거부	

가구원이 2명 이상인 경우, 본 신청서 5페이지에 그들에 대한 정보를 기재하세요

소득7. 가구원 중에 소득이 있는 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 귀하의 가구원 모두가 얻는 모든 소득에 대해 알려주세요. 소득에는 다음이 포함될 수 있습니다 사회보장, 자녀 양육비, 위자료, 실업 또는 산재 보상, 장애 혜택, 친구 또는 친척으로부터 받은 돈, 연금, 퇴직금, SSI/SSP, 재향군인 혜택.

소득이 있는 사람	소득 유형	금액	빈도	받은 날짜
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

재원:8. 가구원 중에 재원(현금, 은행 예금, 예금 증서, 주식, 채권 등)을 갖고 있는 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요**경비**9. 귀하의 가구원 중에 법원이 명령한 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요

지불하는 사람	금액	빈도
	\$	

10. 누가 부양가족/자녀 돌봄 비용을 지불했나요? _____
 부양가족/자녀 돌봄 비용으로 지불한 금액(\$) _____
 부양 가족/자녀의 이름: _____

11. 귀하의 가구원 중 본인 부담 의료비로 월 \$35를 지불하는 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 예인 경우, 귀하의 가구원이 지불한 본인 부담 의료비에 대해 알려주세요. 비용에는 약품, 의사 방문, 병원비, 교통비(마일리지 포함), 의료 용품, 재택 의료 보조원, 장애인 보조 동물 경비, 정신 건강 경비 및 건강보험료가 포함될 수 있습니다. (허용되는 경비 목록은 해당 카운티에 문의하세요.)

지불하는 사람	의료 경비 유형	월 지불 금액
		\$
		\$
		\$
		\$

귀하 가구의 주거비 및 공공요금에 대해 알려주세요.

12. 귀하의 가구는 임대료 또는 모기지를 지불하나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 예인 경우, 지불 금액은 얼마인가요? \$ _____ ☐ 매주 ☐ 매월 ☐ 기타
 귀하가 노숙자인 경우, 주거 경비가 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 예인 경우, 비용은 얼마인가요? \$ _____ ☐ 매주 ☐ 매월 ☐ 기타

13. 귀하의 가구에서 다음 비용 중 어느 하나라도 지불하나요? 해당되는 모든 항목을 선택하고 주 단위, 월 단위 또는 기타로 지불하는지 명시하세요(해당 경비가 임대료 또는 모기지 지불에 포함되어 있는 경우, 여기에 기재하지 마세요):

전화 (휴대폰 포함)	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
전기 및/또는 가스	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
수도	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
쓰레기	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
재산세: \$ _____	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
주택 또는 임차인 보험: \$ _____	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
주택소유자 협회(HOA) 회비: \$ _____	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
모빌홈 부지 임대료: \$ _____	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타
기타(명시하세요): \$ _____	☐ 매주	☐ 매월	☐ 기타

가구에 있는 모든 사람에 대해 아래 질문에 답하세요.

14. 귀하의 가구원 중 복권/도박에서 단일 베팅 또는 핸드에서 노인/장애인 가구원의 최대 한도액과 같거나 그 이상의 상당한 금액을 획득한 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 15. 어느 주에서든 복지 사기 또는 혜택 오용으로 유죄 판결을 받은 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 16. 도주 중인 중범죄자이거나 가석방 또는 보호관찰을 위반한 사실이 확인된 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
 17. 귀하 또는 귀하의 가구원 중 2014년 2월 7일 이후에 가중 성적 학대, 살인, 성적 착취 및/또는 기타 아동 학대, 성폭행과 관련된 연방법 또는 주법 위반, 또는 주법에 따라 법무장관이 목록에 나와 있는 범죄와 유사하다고 판단한 범죄로 유죄 판결을 받고 형의 조건을 준수하지 않은 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요

추가 쓰기 공간(필요한 경우):

귀하가 알아야 할 중요 정보

신청 절차

- 1~5페이지를 작성하세요.
- 6 ~10페이지를 읽고 **페이지 1에 서명하세요.**
- 증거로 필요한 서류(예: 소득, 본인의 신원 증명서, 본인 부담 의료비 증명서 또는 위임장)의 사본을 만드세요. 신청서와 함께 모든 서류를 제출할 수 있습니다.
- 신청서 제출 방식:
직접, 전화, 우편, 팩스: 귀하가 거주하는 카운티 사회서비스국 사무실에 제출.
온라인: 또한 <http://www.benefitscal.com/>을 방문하여 CalFresh 또는 기타 프로그램을 온라인으로 신청할 수 있습니다.
- 귀하의 신청서에 대해 논의하기 위해 카운티와의 인터뷰를 완료하세요. 전화로 인터뷰를 완료하거나, 카운티 사무소를 직접 방문하거나, 카운티가 정한 다른 장소에서 인터뷰를 완료할 수 있습니다.

질문이 있으세요? 신청하는 데 도움이 필요하세요? CalFresh 혜택 헬프라인에 1-877-847-3663으로 전화하거나 거주지 카운티 사회서비스국 사무실에 문의하세요. 영어가 서툰 경우 무료 통역 서비스를 요청하세요. 장애로 인해 도움이 필요한 경우 7-1-1번으로 전화하거나 거주지 카운티 사회서비스국 사무실에 문의하세요.

비시민권자

- 귀하의 가족 중에 자격이 없는 사람이 포함되어 있더라도 자격을 갖춘 사람을 위해 CalFresh 혜택을 신청하고 받을 수 있습니다.
- CalFresh 혜택을 신청하거나 받는 것은 귀하나 귀하의 가족의 이민 신분에 영향을 미치지 않습니다. CalFresh는 “공적 부조가 아닙니다.” 이민 정보는 비공개이며 기밀입니다.
- 혜택을 신청하는 비시민권자의 이민 신분은 미국 시민권 및 이민 서비스국(USCIS)에서 확인합니다. 연방법에 따르면 USCIS는 사기 사건 이외의 다른 용도로 해당 정보를 사용할 수 없습니다.

오프 아웃

CalFresh 혜택을 신청하지 않는 비시민권자 가구원에 대해서는 이민 정보, 사회보장번호 또는 서류를 제공할 필요가 없습니다. 카운티는 귀하 가구의 혜택을 정확하게 결정하기 위해 소득 및 자원 정보를 알아야 합니다. 카운티는 CalFresh 혜택을 신청하지 않는 사람들에 대해 USCIS에 연락하지 않습니다.

USDA 차별 금지 성명 (여기로 신청서를 보내지 마세요)

연방 민권법 및 미국 농무부(USDA)의 민권 규정 및 정책에 따라 USDA, 그 기관, 사무실, 직원 및 USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관은 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 프로그램이나 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전 민권 활동에 대한 보복이나 앙갚음에 근거한 차별을 금지합니다.

프로그램 정보는 영어 이외의 언어로도 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보에 대한 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자체, 오디오 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각 장애가 있거나 난청이 있거나 언어장애가 있는 개인은 (800) 877-8339번으로 연방 중계 서비스를 통해 USDA에 문의할 수 있습니다.

1. 우편: Food and Nutrition Service
U.S. Department of Agriculture
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314
또는
Civil Rights Unit
P.O. Box 944243
M.S. 9-7-041
Sacramento, CA 94244-2430
2. 팩스: (833) 256-1665
팩스: (202) 690-7442
3. 이메일: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

여기로 신청서를 보내지 마세요

- (i) 각 가구원의 사회보장번호(SSN)를 포함한 이 정보 수집은 1977년 푸드 스탬프법(개정된, 7 U.S.C. 2011-2036)에 따라 승인되었습니다. 이 정보는 귀하의 가구가 SNAP에 참여할 자격이 있는지 또는 계속 참여할 자격이 있는지 여부를 결정하는 데 사용됩니다. 저희는 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 이 정보를 확인합니다. 이 정보는 프로그램 규정 준수 여부를 모니터링하고 프로그램 관리를 위해서도 사용됩니다.
- (ii) 이 정보는 공식 조사를 위해 다른 연방 및 주 정부 기관에 공개될 수 있으며, 법을 피해 도주하는 사람을 체포하기 위한 목적으로 법 집행 공무원에게 공개될 수 있습니다.
- (iii) 귀하의 가구에 대해 SNAP 클레임이 제기되는 경우, 모든 SSN을 포함하여 이 신청서의 정보는 클레임 징수 조치를 위해 연방 및 주 정부 기관과 민간 클레임 징수 기관에 회부될 수 있습니다.
- (iv) 각 가구원의 사회보장번호(SSN)를 포함하여 요청된 정보를 제공하는 것은 자발적인 선택입니다. 그러나 SSN을 제공하지 않으면 SSN을 제공하지 않은 각 개인에 대한 SNAP 혜택이 거부될 수 있습니다. 제공된 모든 SSN은 적격 가구원의 SSN과 동일한 방식으로 사용 및 공개됩니다.

귀하 거주 카운티 사무실에서는 주 및 연방 전자 데이터베이스를 사용하여 귀하의 답변을 확인할 것입니다. 여기에는 국세청(IRS), 사회보장국, 국토안보부 및/또는 소비자 신고 기관이 포함됩니다. 정보가 일치하지 않는 경우 카운티는 귀하에게 증거를 보내달라고 요청할 수 있습니다.

권리 및 책임/프로그램 규칙

귀하의 권리와 책임을 이해하는 데 도움을 받으려면 카운티 사무소에 전화하세요.

혜택에 관한 결정에 동의하지 않는 경우 공정한 청문회를 요청할 수 있습니다. 그렇게 하려면:

- (800) 952-5253에 전화하세요. TDD를 사용하는 청각 권리 또는 언어 장애가 있는 사람의 경우는 (800) 952-8349를 이용하거나 또는
- acms.dss.ca.gov에서 온라인에 접속 또는
- 청문회 요청 양식을 (833) 281-0905로 보내주세요.
- 지역 법률 구조 또는 복지 권리 사무소에서 법률 지원을 무료로 받을 수 있습니다. 카운티 통신문 뒷면에 무료 지역 목록이 나와 있거나 위에 나열된 전화번호로 전화하세요.

귀하는 이 신청서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 카운티 사무실에 사본을 요청하세요.

귀하는 적시에 결정을 받을 권리가 있습니다. 지연, 긴급 상황 또는 카운티 통제 범위를 벗어난 행정적 문제가 발생하지 않는 한, 신청 후 30일 이내에 결정이 내려질 것으로 예상됩니다. 긴급 혜택의 경우, 3일 이내에 카운티의 결정을 받게 됩니다.

장애가 있는 경우 참여하는 데 도움이 되는 무료 지원 및 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 “합리적인 편의 제공”이라고 합니다. 필요한 경우 카운티 사무소에 전화하여 요청하세요.

귀하는 개인정보 보호 및 기밀 유지에 대한 권리가 있습니다. 귀하의 사례에 대한 정보는 프로그램 관리와 관련되거나, 법률/법원 명령에 의해 허용되거나, 귀하가 허락한 경우에만 공유됩니다. 이는 저희와 협력하는 모든 기관에게도 요구됩니다.

더 많은 혜택을 받는 데 도움이 될 수 있는 가구 경비에 대한 증거를 제공하세요. 카운티에 증거를 제출하지 않는 것은 해당 경비가 없다고 말하는 것과 같습니다. 그러면 더 많은 혜택을 받을 수 없습니다.

귀하의 혜택에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항을 보고해야 합니다. 카운티 사무소에서는 무엇을, 언제, 어떻게 신고해야 하는지에 대한 정보를 제공해 드릴 것입니다. 요구 시 보고하지 않으면 CalFresh 혜택에 줄어들거나 중단될 수 있습니다.

본 신청서에서는 사회보장번호(SSN) 또는 각 개인의 SSN을 신청했다는 증거를 제공해야 합니다. 연방법과 주법에서는 이를 자격 조건으로 요구합니다. 몇 가지 예외가 있습니다. 이러한 예외 사항에 대한 자세한 정보가 필요한 경우, 카운티 사무소에 문의하세요.

귀하가 다른 주에서 혜택을 받는 경우 즉시 카운티에 알려야 합니다. 또한 지난 10년 동안 한 개 이상의 주에서 혜택을 받기 위해 거주지에 대해 거짓말을 한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있는 경우에도 보고해야 합니다.

귀하의 신청서가 품질 관리 검토 대상으로 선정된 경우 카운티 및 주정부에 협조해야 합니다. 여기에는 정보에 대한 증거를 제공하는 것과 해당 정보를 제공할 수 없는 경우 저희가 그 증거를 입수하도록 허용하는 것이 포함됩니다.

귀하는 정확한 정보를 제공해야 합니다. 정보가 정확하지 않을 경우, 혜택이 줄어들 수 있으며, 혜택 반환을 요청받을 수 있습니다. 고의로 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공한 것으로 밝혀지면 혜택을 받을 수 없게될 수 있습니다. 범죄 혐의로 기소될 수도 있습니다.

다음과 같은 행위를 해서는 안 됩니다:

- CalFresh 혜택을 판매하는 행위
- CalFresh를 사용하여 부적격 품목(예: 비식품, 주류 또는 담배 제품)을 구매하는 행위
- CalFresh를 불법 약물, 총기, 탄약 또는 폭발물과 교환하는 행위
- 귀하의 가구를 위해 다른 사람이 음식을 구매하는 것을 제외하고 다른 사람이 귀하의 EBT 카드를 사용하도록 허용하는 행위
- 귀하가 다른 사람의 가구를 위해 식품을 구입하는 경우를 제외하고 다른 사람의 EBT 카드를 사용하거나 보유하는 행위
- 같은 달에 두개 이상의 주에서 식품 혜택을 받는 행위

위와 같은 오용으로 유죄 판결을 받은 사람은 처벌을 받게 됩니다. 여기에는 특정 기간 동안 CalFresh 프로그램 참여 금지, 벌금 및 징역형이 포함됩니다. 특정 금지 기간은 1년, 2년 또는 영구적일 수 있습니다.

프로그램 규칙 및 처벌

귀하기 받을 자격이 없는 CalFresh 혜택을 받으려고 고의로 허위 또는 사실이 아닌 정보를 제공하는 경우 범죄를 저지르는 것입니다. 고의로 다른 사람이 받을 자격이 없는데도 혜택을 받도록 돕는 것도 범죄입니다. 귀하가 받을 자격이 없는데도 혜택을 받은 경우 혜택을 모두 상환해야 합니다.

프로그램 위반

CalFresh의 경우: 본인은 다음 중 어느 하나에 해당하는 행위를 할 경우 의도적인 프로그램을 위반을 했을 수 있다는 것을 이해합니다.

- 정보를 숨기거나 허위 진술을 하는 행위
- 다른 사람의 전자 급여 이체(EBT) 카드를 사용하거나 다른 사람이 본인의 카드를 사용하도록 허용하는 행위
- CalFresh 혜택을 사용하여 주류 또는 담배를 구입하는 행위
- CalFresh 혜택 또는 EBT 카드를 거래, 구매, 판매 또는 양도하거나, CalFresh 혜택 또는 EBT 카드를 거래, 구매, 판매, 도용 또는 양도하려고 시도하는 행위
- 예를 들어, 두 개 이상의 다른 카운티 또는 주에서 동시에 신청하는 등 이중 혜택을 받으려고 시도하는 행위
- 자격이 없거나 존재하지 않는 아동 또는 성인 가구원에 대해 허위 서류를 제출하는 행위
- 보호 관찰 또는 가석방 조건을 위반하는 행위
- 중범죄 유죄 판결 후 도주하는 행위
- 반환 예치금이 있는 CalFresh 혜택 제품을 구매(구입)하고, 예치금을 반환받기 위해 고의적으로(의도적으로) 그 내용물을 버리고 용기를 반납하거나 예치금을 반환받기 위해 용기를 반납하려고 시도하는 행위
- CalFresh 혜택 제품을 구입하고 의도적으로 현금 또는 적격 식품이 아닌 다른 것을 사기 위해 재판매하는 행위

벌칙

본인은:

- 첫 번째 위반 시 12개월 동안 CalFresh 혜택을 상실할 수 있으며, 본인에게 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 할 수 있습니다
- 두 번째 위반 시 24개월 동안 CalFresh 혜택을 상실할 수 있으며, 본인에게 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 할 수 있습니다
- 세 번째 위반 시 CalFresh 영구적으로 상실할 수 있으며, 본인에게 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 할 수 있습니다
- 최대 25만 달러의 벌금 또는 20년 이하의 징역 또는 벌금 및 징역 형 모두에 처해질 수 있습니다.

프로그램 위반 CalFresh의 경우: 본인은 다음 중 어느 하나에 해당하는 행위를 할 경우 의도적인 프로그램을 위반을 했을 수 있다는 것을 이해합니다. • CalFresh 혜택을 거래하거나 <u>시도하는</u> 행위	벌칙 본인은: • 매 위반에 대해 10년 간 CalFresh 혜택을 상실할 수 있습니다 • CalFresh 혜택을 영구적으로 상실할 수 있습니다.
• 본인이 추가 CalFresh 혜택을 받기 위해, 본인이 누구인지, 어디에 사는지에 대한 허위 정보를 제공할 수 있습니다	• 첫 번째 위반 시 24개월 동안 CalFresh 혜택을 상실할 수 있습니다
• 500달러 이상의 CalFresh 혜택을 거래, 판매 또는 시도한 혐의, 또는 총기, 탄약 또는 폭발물을 위해 CalFresh 혜택을 거래 또는 <u>시도한</u>	• 두 번째 위반 시 CalFresh 혜택을 영구적으로 상실할 수 있습니다.