

## 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 11 至第 15 頁以瞭解更多資訊。

### 告訴我們有關您家庭的資料

|                                                                                                                   |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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)<br><input type="checkbox"/> 家庭住址 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 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)<br>(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」(AR)。AR 可以在面談時幫助您發言、幫助填寫您的表格、為您購買食品和/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，而且您不想讓此人花掉的任何補助金將不予補發。
- 您需要向縣府提供身份證明才能成為 AR。

我想讓下述人士幫助我處理我的 CalFresh 個案。

☐ 是 ☐ 否

我希望下述人士被允許為我的家庭領取和使用 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 11 至第 15 頁的資訊。
- 我已閱讀、理解並同意第 15 至第 20 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，但這些問題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：這包括任何從殘障或嚴重疾病中恢復的人。

如果是，請填寫姓名：

\_\_\_\_\_

2. 您的家庭是否有人因殘疾而需要幫助？

☐ 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. 是否有人是遷徙/季節性農場工人並且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. 您家庭的每月租金/房貸和公用事業費用是否超過您家庭本月的總收入和可用現款？ ☐ 是 ☐ 否

對於以下問題，如有必要，請使用第 10 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<br>年年)                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
| 社會安全號碼                                                                                   | 美國公民?<br><input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                              | 與申請人的關係<br><br>本人                                                                                                                                                                                                                                                       | 在工作嗎?<br><input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 族裔 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔<br><input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔 | 種族 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿<br>拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> 亞洲人<br><input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人<br><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其<br>他太平洋島民<br><input type="checkbox"/> 白人<br><input type="checkbox"/> 其他 | 性別認同 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 跨性別女性<br><input type="checkbox"/> 跨性別男性<br><input type="checkbox"/> 非二元性別 (既非<br>男性亦非女性)<br><input type="checkbox"/> 另一種性別認同<br><input type="checkbox"/> 拒絕說明 |                                                                   |

## 家庭成員 (續)

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 姓名 (名字、中間名、姓氏)                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        | 出生日期 (月月/日日/年年<br>年年)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |
| 社會安全號碼                                                                                   | 美國公民?<br><input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                      | 與申請人的關係                                                                                                                                                                                                                                                             | 在工作嗎?<br><input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 族裔 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔<br><input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔 | 種族 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> 亞洲人<br><input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人<br><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋島民<br><input type="checkbox"/> 白人<br><input type="checkbox"/> 其他 | 性別認同 (選填) :<br><br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 跨性別女性<br><input type="checkbox"/> 跨性別男性<br><input type="checkbox"/> 非二元性別 (既非男性亦非女性)<br><input type="checkbox"/> 另一種性別認同<br><input type="checkbox"/> 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 10 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、來自朋友或親戚的錢、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 | 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、存款證、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. 誰支付受撫養人照護/托兒費用？ \_\_\_\_\_  
為受撫養人照護/托兒支付的金額 \$ \_\_\_\_\_  
受撫養人/兒童姓名： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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、家庭保健助理、服務性動物支出、精神健康支出和醫療保險費。(向您所在縣索取一份可允許的開支清單。)

| 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**，付款額為多少？ \$ \_\_\_\_\_

☐ 每週 ☐ 每月 ☐ 其他

如果您無家可歸，您是否需要支付庇護所費用？ ☐ 是 ☐ 否

如果**是**，付款額為多少？ \$ \_\_\_\_\_

☐ 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而該金額等於或超過老年/殘障家庭成員的最高資源限額？  
☐ 是 ☐ 否
15. 是否有人在任何一個州因福利欺詐或濫用福利而被定罪？  
☐ 是 ☐ 否
16. 是否有人是逃犯或違反假釋或緩刑條款？  
☐ 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為與所列任何罪行相似的罪行，且未遵守其判刑條款？  
☐ 是 ☐ 否

額外書寫空間 (如需要) :

## **您需要知道的重要資訊**

### **申請流程**

- 完成第 1 頁至第 10 頁。
- 請務必閱讀第 11 頁至第 20 頁，然後**在第 2 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/>。
- 完成與縣府的面談以討論您的申請。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符合條件的人，您也可以為合資格的人申請和取得 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 並非「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會與美國公民及移民服務局 (USCIS) 查核。聯邦法律規定 USCIS 不能將此資訊用於除欺詐案件以外的任何用途。

### **選擇不提供資料**

您不必提供沒有申請 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。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 (USDA) 民權法規及政策，USDA、其代理機構、辦事處、員工以及參與或管理 USDA 計劃的機構被禁止基於種族、膚色、原國籍、性別 (包括性別認同和性取向)、宗教信仰、殘疾、年齡、政治信仰進行歧視，或針對以往對由 USDA 執行或資助的任何計劃或活動所展開的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。失聰、聽

力困難或有語言障礙的人士可撥打 (800) 877-8339 透過聯邦中繼服務 (Federal Relay Service) 與 USDA 聯絡。

如欲提交有關計劃的歧視投訴，投訴人應填寫 USDA 計劃歧視投訴表格 (USDA Program Discrimination Complaint Form) (表格 AD-3027)，此表格可在網址：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 獲取，也可在任何 USDA 辦事處或透過致電 (833) 620-1071 獲取，亦可寫信寄至 USDA 地址投訴。投訴信函需提供該表格所要求的所有信息，以告知民權事務助理部長 (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](mailto: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 (SSN)，是根據 1977 年修訂的糧食券法案 (美國法典 (U.S.C.) 第 7 篇第 2011 至 2036 條)。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 (SNAP)。我們將透過電腦匹配程式驗證此信息。此信息也將用於監察是否合乎計劃規則及用於計劃管理。
- (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緝捕逃避法律的人。
- (iii) 如果 SNAP 向您的家庭索賠，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) 提供所要求的信息包括每個家庭成員的 SSN 屬自願性質。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 將以與合資格家庭成員的 SSN 相同的方式使用和披露。

您的縣辦事處可以透過聯絡 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查核您的答案。

這包括國稅局 (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](https://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。您的縣通知書的背面列出了您當地的免費援助，您亦可撥打以上所列的電話號碼。

**您有權得到這份申請表。**向您的縣辦事處索取一份副本。

**您有權得到及時的決定。**除非出現延誤、緊急情況或縣府無法控制的行政問題，否則您會在申請後 30 天內得到決定。對於緊急福利，您將在 3 天內得到縣府的決定。

**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。這稱為「合理便利」。**如有需要，請致電您的縣辦事處要求該等服務。

**您有隱私和保密的權利。**只有當您的個案與計劃管理相關、法律/法

院命令允許或在您同意的情況下，我們才會分享您的個案信息。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每個人的社會安全號碼 (SSN) 或已申請 SSN 的證明。**聯邦和州法律要求將這資料作為資格條件。當中也有一些例外。如果您需要有關這些例外的更多資訊，請向您的縣辦事處查詢。

**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於一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、酒或煙草產品)。
- 用 CalFresh 換取毒品、槍支、彈藥或爆炸品。
- 允許任何人使用您的電子福利轉賬 (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。
- 同一個月在多於一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被禁止參加 CalFresh 計劃、罰款和監禁。具體被禁期限可以是一年、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。

**違反計劃規則**

**CalFresh 計劃：我瞭解  
如果我作出任何以下所列的行  
爲，將構成故意違反計劃規則：**

- 隱藏信息或作出虛假陳述
- 使用他人的電子福利轉賬 (EBT) 卡或讓他人使用我的卡
- 使用 CalFresh 福利購買煙或酒
- 交易、購買、銷售、竊取或送贈 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，同時於兩個或更多不同的縣或州申請
- 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

**懲罰**

**我可能會受到以下懲罰：**

- 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久失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利
- 被罰款高達 \$250,000、判處監禁高至 20 年或兩者兼施

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>違反計劃規則</b></p> <p><b>CalFresh 計劃：我瞭解如果我作出任何以下所列的行為，將構成故意違反計劃規則：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 重罪定罪後逃走</li> <li>• 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<u>企圖</u>退回容器並取回訂金</li> <li>• 使用 CalFresh 的福利購買一個產品並故意轉售以獲取現金或合條件食品以外的任何物品</li> </ul> | <p><b>懲罰</b></p> <p><b>我可能會受到以下懲罰：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• 第三次違規將導致永久失去 CalFresh 福利，並且必須償還所有多付給我的 CalFresh 福利</li> <li>• 被罰款高達 \$250,000、判處監禁高至 20 年或兩者兼施</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 交易 CalFresh 福利或<u>企圖</u>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</li> </ul>                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次違規將導致 10 年失去 CalFresh 福利</li> <li>• 永久失去 CalFresh 福利</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>違反計劃規則</b></p> <p><b>CalFresh 計劃：我瞭解</b><br/><b>如果我作出任何以下所列的行</b><br/><b>爲，將構成故意違反計劃規則：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•提供虛假的個人身份和住處信息<br/>以便能得到額外的 CalFresh 福利</li></ul> | <p><b>懲罰</b></p> <p><b>我可能會受到以下懲罰：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>•第一次違規將導致 24 個月失去<br/>CalFresh 福利</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>•因交易、銷售或企圖交易價值超過 \$500 的 CalFresh 福利，或<br/>交易或企圖用 CalFresh 福利交換<br/>槍械、彈藥或爆炸品而被定罪</li></ul>                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>•第二次違規將導致永久失去<br/>CalFresh 福利</li></ul>                                                |