

برنامه ساده شده CALFRESH برای سالمندان

این برنامه CalFresh فقط در صورتی استفاده می شود که همه متقاضیان:

- حداقل 60 سال یا بیشتر و/یا معلول.
- عدم کسب درآمد از کار
- خرید و تهیه غذا با هم.

فرآیند درخواست زمانی شروع می شود که نام، آدرس و امضای خود را به شهرستان بدهید. تاریخ درخواست شما روزی است که دفتر شهرستان درخواست امضا شده شما را دریافت می کند. این زمان پردازش را شروع می کند تا به شما پاسخ دهد که آیا می توانید مزایایی دریافت کنید.

سوالات؟ برای اطلاعات بیشتر به صفحات 11-15 مراجعه کنید.

از خانواده خود برای ما بگویید

نام متقاضی (اول، حرف اول وسط، آخر)	
آدرس فیزیکی (آدرس خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)	
☐ آدرس خانه ☐ موسسه، نهاد ☐ بی خانمان	
آدرس پستی (آدرس خیابان یا صندوق پستی، شهر، ایالت، کد پستی، اگر با آدرس فیزیکی متفاوت باشد)	
آدرس ایمیل	
شماره تلفنی که می توانیم با شما تماس بگیریم	بهترین زمان برای تماس با شما

شما می توانید فردی حداقل 18 ساله را برای کمک به مزایای CalFresh انتخاب کنید.

- این شخص "نماینده مجاز" (AR) نامیده می شود. AR می تواند در مصاحبه به جای شما صحبت کند، به تکمیل فرم های شما کمک کند، برای شما غذا بخرد، و/یا تغییرات را برای شما گزارش کند. AR ها نباید اعضای خانواده باشند که با متقاضی CalFresh غذا می خردند و آماده می کنند.
 - به دلیل اطلاعاتی که این شخص به شهرستان می دهد، باید هر گونه مزایایی را که به اشتباه دریافت می کنید، بازپرداخت کنید و هر گونه مزایایی که نمی خواستید آنها را خرج کنند جایگزین نمی شوند.
 - برای اینکه به عنوان AR عمل کند، باید مدرک هویت استان را ارائه دهید.
- من از شخص زیر می خواهم که در مورد پرونده CalFresh به من کمک کند.
- ☐ بله ☐ خیر

من می خواهم که شخص زیر اجازه داشته باشد مزایای CalFresh را برای خانواده من دریافت کرده و خرج کند.

☐ بله ☐ خیر

شماره تلفن	نماینده مجاز (اول، اول وسط، آخرین)
آدرس (آدرس خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)	

با امضای زیر، گواهی و موافقت می کنم که:

- من اطلاعات صفحات 11 تا 15 را خوانده و درک کرده ام.
- حقوق و مسئولیت ها/قوانین برنامه در صفحات 15-20 را خوانده ام، درک کرده ام و با آن موافقم.
- من قول خود را به مجازات شهادت دروغ می گویم که آنچه در این برنامه می نویسم در حد دانش و اعتقاد من صحیح و کامل است.

امضای متقاضی/نماینده مجاز	تاریخ
---------------------------	-------

شما مجبور نیستید به دو سوال زیر پاسخ دهید، اما ممکن است به شما در دریافت خدمات دیگر کمک کنند.

1. آیا کسی در خانواده شما معلولیت دارد؟

☐ بله ☐ خیر

نکته: این شامل هر کسی است که از یک ناتوانی یا بیماری بزرگ بهبود می یابد.
اگر بله، نام شخص(ها):

2. آیا کسی در خانواده شما به دلیل ناتوانی به کمک نیاز دارد؟

☐ بله ☐ خیر

نکته: این شامل هر کسی می شود که برای تکمیل فرآیند واجد شرایط بودن یا هر مزیت دیگری به کمک نیاز دارد.
اگر بله، نام شخص(ها):

سرویس تسریع شده

بیاپید ببینیم که آیا خانواده شما می توانند در عرض 3 روز از مزایای استفاده کنند. برای همه متقاضیان CalFresh به سوالات زیر پاسخ دهید.

3. آیا کسی مهاجر/کارگر فصلی مزرعه است و آیا درآمد کسی متوقف شده است؟

☐ بله ☐ خیر

4. آیا درآمد ناخالص خانوار شما (قبل از کسر) کمتر از 150 دلار در این ماه است؟

☐ بله ☐ خیر

5. آیا خانواده شما 100 دلار یا کمتر پول نقد، از جمله مبالغ در حساب های بانکی، دارند؟

☐ بله ☐ خیر

6. آیا اجاره ماهانه / رهن و هزینه های آب و برق خانوار شما بیشتر از درآمد ناخالص

خانوار و پول نقد موجود در این ماه است؟ ☐ بله ☐ خیر

برای سوالات زیر، از فضای اضافی در صفحه 10 یا در صورت نیاز از کاغذ اضافی استفاده کنید.

اعضای خانوار

از همه افراد خانواده برایمان بگویید.

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		متقاضی (از صفحه 1)	
شماره تامین اجتماعی شهر و ایالت متحده؟ ☐ بله ☐ خیر	ارتباط با متقاضی خود ☐ بله ☐ خیر	کار می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر	
قومیت (اختیاری): ☐ اسپانیایی/لاتینو ☐ غیر اسپانیایی/لاتینو	مسابقه (اختیاری): ☐ سرخپوست آمریکایی/ بومی آلاسکا ☐ آسیایی ☐ سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی ☐ بومی هاوایی/سایر جزایر اقیانوس آرام ☐ سفیدپوست ☐ دیگر	هویت جنسیتی (اختیاری): ☐ مونث ☐ مرد ☐ زن ترنسجندر ☐ مرد ترنسجندر ☐ غیر باینری (نه مرد و نه زن) ☐ هویت جنسیتی دیگر ☐ امتناع از بیان	

اعضای خانواده (ادامه)

نام (اول، وسط، آخر)		تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	
شماره تامین اجتماعی	شهر و ایالات متحدہ؟	ارتباط با متقاضی	کار می کنید؟
	☐ بله ☐ خیر		☐ بله ☐ خیر
قومیت (اختیاری):	مسابقه (اختیاری):	هویت جنسیتی (اختیاری):	
☐ اسپانیایی/لاتینو	☐ سرخپوست آمریکایی/	☐ مونث	
☐ غیر اسپانیایی/لاتینو	بومی آلاسکا	☐ مرد	
	☐ آسیایی	☐ زن ترنسجندر	
	☐ سیاه پوست/آفریقایی	☐ مرد ترنسجندر	
	آمریکایی	☐ غیر باینری	
	☐ بومی هاوایی/سایر	(نه مرد و نه زن)	
	جزایر اقیانوس آرام	☐ هویت جنسیتی دیگر	
	☐ سفیدپوست	☐ امتناع از بیان	
	☐ دیگر		

اگر اعضای خانواده بیش از 2 نفر هستند، لطفا اطلاعات خود را در صفحه 10 این برنامه قرار دهید

درآمد

7. آیا کسی در خانواده درآمد دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، در مورد تمام درآمدی که همه افراد خانواده شما دریافت می کنند به ما بگویید. درآمد ممکن است شامل تامین اجتماعی باشد. حمایت از کودک؛ نفقه؛ بیکاری یا غرامت کارگری؛ مزایای معلولیت؛

پول از دوستان یا اقوام؛ حقوق بازنشستگی؛ مزایای بازنشستگی، SSI/SSP؛ مزایای جانبازی

فرد با درآمد	نوع درآمد	چقدر	چند وقت	تاریخ دریافت
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

منابع

8. آیا کسی در خانواده منابعی (پول نقد، پول در بانک، گواهی سپرده، سهام، اوراق قرضه و غیره) دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

مخارج

9. آیا کسی در خانواده شما نفقه کودک را که به حکم دادگاه صادر شده است پرداخت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

شخصی که پرداخت می کند	چقدر	چند وقت
	\$	

10. چه کسی هزینه مراقبت از افراد وابسته/کودک را پرداخت کرد؟

مبلغ پرداختی برای مراقبت از افراد وابسته/کودک به دلار _____
نام افراد تحت تکفل/فرزند: _____

11. آیا کسی در خانواده شما بیش از 35 دلار در ماه به عنوان هزینه های پزشکی از جیب شما پرداخت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر **بله**، در مورد هر گونه هزینه پزشکی که توسط هر فردی در خانواده شما پرداخت می شود به ما بگویید. هزینه ها ممکن است شامل داروها، ویزیت پزشک، صورتحساب های بیمارستان، هزینه های حمل و نقل (از جمله مسافت پیموده شده)، لوازم پزشکی، کمک های بهداشتی در خانه، هزینه های خدمات حیوانات، هزینه های سلامت روان، و حق بیمه سلامت باشد. (از شهرستان خود لیستی از هزینه های مجاز بخواهید.)

شخصی که پرداخت می کند	نوع هزینه های پزشکی	مبلغ پرداختی ماهانه
		\$
		\$
		\$
		\$

در مورد سرپناه و هزینه های آب و برق خانواده خود به ما بگویید.

12. آیا خانواده شما اجاره یا رهن می پردازد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، این پرداخت چقدر است؟ \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

اگر بی خانمان هستید، آیا هزینه سرپناه دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، این پرداخت چقدر است؟ \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

13. آیا خانواده شما برای هر یک از هزینه های زیر پرداخت می کند؟ همه موارد مربوط را

بررسی کنید و مشخص کنید که آیا این مبلغ به صورت هفتگی، ماهانه یا غیره پرداخت می شود (اگر هزینه در پرداخت اجاره یا وام مسکن شما لحاظ شده است، آن را در اینجا فهرست نکنید):

☐ تلفن (شامل همراه) ☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ برق و/یا گاز ☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ آب ☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ زباله ها ☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ مالیات بر املاک: \$ _____ ☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ بیمه خانه یا مستاجر: \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ هزینه های انجمن مالکان خانه (HOA): \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ اجاره خانه سیار: \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

☐ دیگر (لطفا مشخص کنید): \$ _____

☐ هفتگی ☐ ماهانه ☐ دیگر

به سوالات زیر در مورد همه افراد خانواده پاسخ دهید.

14. آیا کسی در خانواده شما مبلغ قابل توجهی را در یک شرط یا دست از قرعه کشی/قمار برنده شده است که برابر یا بیشتر از حداکثر محدودیت منابع برای اعضای سالمند/معلول خانواده است؟ ☐ بله ☐ خیر
15. آیا کسی در هیچ ایالتی به اتهام کلاهبرداری رفاهی یا سوء استفاده از مزایا محکوم شده است؟ ☐ بله ☐ خیر
16. آیا کسی مجرم فراری است یا مشخص شده است که آزادی مشروط یا مشروط خود را نقض کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
17. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به عنوان یک بزرگسال پس از 7 فوریه 2014، به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، استثمار جنسی، و/یا سایر سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل تجاوز جنسی، یا یک جرم محکوم شده اید. طبق قوانین ایالتی که توسط دادستان کل تشخیص داده شده است که مشابه هر یک از جرایم ذکر شده است و با شرایط مجازات آنها مطابقت ندارد؟ ☐ بله ☐ خیر

فضای اضافی برای نوشتن (در صورت نیاز):

اطلاعات مهمی که باید بدانید

فرآیند برنامه

- صفحات 1 تا 10 را کامل کنید.
 - مطمئن شوید که صفحات 11 تا 20 را خوانده اید و سپس **در صفحه 2 وارد شوید**.
 - از هر مدرکی که به عنوان مدرک مورد نیاز است کپی تهیه کنید (مانند درآمد، مدرک هویت برای خودتان، مدرکی مبنی بر هزینه های پزشکی از جیب خود یا وکالتنامه). شما می توانید هر مدرکی را همراه با درخواست خود ارسال کنید.
 - درخواست خود را ارسال کنید:
 - حضوری، تلفنی، پستی، فکس: به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان محل زندگی شما.
 - برخط: همچنین می توانید برای CalFresh یا سایر برنامه ها به صورت آنلاین با مراجعه به این آدرس درخواست دهید <http://www.benefitscal.com/>.
 - برای بحث در مورد درخواست خود مصاحبه ای را با شهرستان انجام دهید. شما می توانید مصاحبه خود را از طریق تلفن، شخصاً در دفتر شهرستان یا مکان دیگری که با شهرستان هماهنگ شده است تکمیل کنید.
- سوالی دارید؟ برای درخواست کمک نیاز دارید؟ با خط کمک CalFresh Benefits به شماره 1-877-847-3663 تماس بگیرید یا با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید. اگر زبان انگلیسی محدودی دارید، یک مترجم رایگان بخواهید. اگر به دلیل ناتوانی به کمک نیاز دارید، 1-7-1 را شماره گیری کنید یا با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود صحبت کنید.**

غیر شهروندی ها

- شما می توانید برای افراد واجد شرایط درخواست کنید و از مزایای CalFresh بهره مند شوید، حتی اگر خانواده شما شامل افراد غیر واجد شرایط باشد.

• درخواست یا دریافت مزایای CalFresh بر وضعیت مهاجرت شما یا خانواده شما تأثیری ندارد. CalFresh یک "هزینه عمومی" نیست. اطلاعات مهاجرت خصوصی و محرمانه است.

• وضعیت مهاجرت افراد غیرشهروندی که درخواست مزایا می کنند با خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) بررسی می شود. قانون فدرال می گوید USCIS نمی تواند از اطلاعات برای چیز دیگری به جز موارد کلاهبرداری استفاده کند.

انصراف دادن

شما مجبور نیستید اطلاعات مهاجرت، شماره های تامین اجتماعی، یا مدارک را برای هیچ یک از اعضای خانواده غیر شهروندی که برای مزایای CalFresh درخواست نمی کنند، بدهید. شهرستان باید اطلاعات درآمد و منابع خود را بداند تا مزایای خانوار شما را به درستی تعیین کند. شهرستان در مورد افرادی که برای مزایای CalFresh درخواست نمی کنند با USCIS تماس نخواهد گرفت.

بیانیه عدم تبعیض USDA (برنامه های کاربردی را اینجا ارسال نکنید)

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، وزارت کشاورزی ایالات متحده، آژانس ها، دفاتر، کارمندان، و مؤسساتی که در برنامه های USDA شرکت می کنند یا اجرا می کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت منع شده اند. منشاء، جنس (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، عقیده مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی یا تلافی برای فعالیت های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تامین شده است.

اطلاعات برنامه ممکن است به زبان هایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیت که به ابزارهای ارتباطی جایگزین برای اطلاعات برنامه نیاز دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره)، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که

در آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می‌توانند از طریق خدمات رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت تبعیض برنامه، یک شاکی باید فرم شکایت تبعیض برنامه USDA را تکمیل کند، (AD-3027) که به صورت آنلاین در آدرس زیر موجود است:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>

از هر دفتر USDA، از طریق تماس با 620-1071 (833)، یا نامه ای به آدرس USDA بنویسید و در نامه تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را ارائه دهید تا به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ اطلاع دهید. نقض ادعایی حقوق مدنی فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق گزینه های زیر به USDA ارسال کنید:

1. پست: Food and Nutrition Service
U.S. Department of Agriculture
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314

یا

Civil Rights Unit
P.O. Box 944243
M.S. 9-7-041
Sacramento, CA 94244-2430

2. فکس: (833) 256-1665 فکس: (202) 690-7442

3. پست الکترونیک: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

این موسسه، یک ارائه کننده فرصت‌های مساوی است.

برنامه های کاربردی را اینجا ارسال نکنید

بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی

- (i) جمع‌آوری این اطلاعات، از جمله شماره تأمین اجتماعی (SSN) هر یک از اعضای خانواده، تحت قانون تمپر مواد غذایی سال 1977، با اصلاحیه، 7 U.S.C. 2011-2036 مجاز است. این اطلاعات برای تعیین اینکه آیا خانواده شما واجد شرایط است یا همچنان واجد شرایط شرکت در SNAP است استفاده خواهد شد. ما این اطلاعات را از طریق برنامه های تطبیق رایانه ای تأیید خواهیم کرد. این اطلاعات همچنین برای نظارت بر انطباق با مقررات برنامه و مدیریت برنامه استفاده خواهد شد.
- (ii) این اطلاعات ممکن است برای بررسی رسمی به سایر سازمان های فدرال و ایالتی و به منظور دستگیری افرادی که برای فرار از قانون فرار می کنند، به مقامات مجری قانون افشا شود.
- (iii) اگر یک ادعای SNAP علیه خانواده شما ایجاد شود، اطلاعات موجود در این برنامه، از جمله همه SSN ها، ممکن است به سازمان های فدرال و ایالتی، و همچنین آژانس های جمع آوری ادعاهای خصوصی، برای اقدام وصول مطالبات ارجاع شود.
- (iv) ارائه اطلاعات درخواستی، از جمله SSN هر یک از اعضای خانواده، داوطلبانه است. با این حال، عدم ارائه یک SSN منجر به انکار مزایای SNAP برای هر فردی در ارائه SSN خواهد شد. هر گونه SSN ارائه شده به همان روشی که SSN های اعضای واجد شرایط خانواده استفاده و افشا می شود.
- دفتر شهرستان شما ممکن است وضعیت مهاجرت اعضای خانواده متقاضی مزایا را تأیید کند. این کار با تماس با USCIS انجام می شود. اطلاعاتی که شهرستان از این آژانس ها دریافت می کند ممکن است بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای شما تأثیر بگذارد.
- دفتر شهرستان شما پاسخ های شما را با استفاده از پایگاه های داده الکترونیکی ایالتی و فدرال بررسی می کند. این شامل خدمات درآمد داخلی (IRS)، اداره تأمین اجتماعی، وزارت امنیت داخلی، و/یا یک آژانس گزارش مصرف کننده است. در صورت عدم تطابق اطلاعات، استان ممکن است از شما بخواهد که مدرک ارسال کنید.

حقوق و مسئولیت ها/قوانین برنامه

برای کمک به درک حقوق و مسئولیت های خود با دفتر شهرستان خود تماس بگیرید.

اگر با تصمیمی در مورد مزایا مخالف هستید، ممکن است درخواست رسیدگی عادلانه کنید.
برای انجام این کار:

• با 952-5253 (800) تماس بگیرید. برای حق شنوایی یا افراد دارای اختلال گفتار که از TDD (800) 952-8349 استفاده می کنند یا

• آنلاین شوید در acms.dss.ca.gov یا

• فرم درخواست شنوایی را به شماره 281-0905 (833) فکس کنید

• می توانید از دفتر کمک حقوقی محلی یا حقوق رفاهی خود کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. پشت اعلان شهرستان شما لیست کمک محلی رایگان شما را نشان می دهد یا با شماره های ذکر شده در بالا تماس بگیرید.

شما حق دریافت یک کپی از این برنامه را دارید. از دفتر شهرستان خود یک نسخه بخواهید.

شما حق دارید تصمیم به موقع بگیرید. در صورتی که تاخیر، وضعیت اضطراری یا مشکل اداری خارج از کنترل شهرستان وجود داشته باشد، انتظار داشته باشید ظرف 30 روز پس از درخواست تصمیم گیری شود. برای مزایای اضطراری، تصمیم شهرستان را ظرف 3 روز دریافت خواهید کرد.

اگر معلولیت دارید، می توانید کمک ها و خدمات رایگان دریافت کنید. به اینها « محلات معقول » می گویند " در صورت نیاز با دفتر شهرستان خود تماس بگیرید تا آنها را بخواهید.

شما حق حفظ حریم خصوصی و رازداری دارید. ما فقط زمانی اطلاعات مربوط به پرونده شما را به اشتراک می گذاریم که به مدیریت برنامه متصل باشد، با حکم قانونی/دادگاهی مجاز باشد، یا شما اجازه دهید. این امر برای همه آژانس هایی که با ما همکاری می کنند نیز لازم است.

هزینه های خانوار خود را اثبات کنید که ممکن است به شما کمک کند مزایای بیشتری دریافت کنید. عدم ارائه مدرک به شهرستان مانند این است که بگوییم آن هزینه را ندارید. در این صورت نمی توانید از مزایای بیشتری بهره مند شوید.

باید تغییراتی را گزارش دهید که می تواند بر مزایای شما تأثیر بگذارد. دفتر شهرستان اطلاعاتی در مورد اینکه چه چیزی، چه زمانی و چگونه گزارش دهید به شما می دهد. اگر در صورت لزوم گزارش ندهید، ممکن است مزایای CalFresh شما کاهش یا متوقف شود.

شما باید یک شماره تامین اجتماعی (SSN) یا مدرکی ارائه دهید که نشان دهد برای هر فرد در این برنامه برای SSN درخواست داده اید. قانون فدرال و ایالتی آن را به عنوان شرط واجد شرایط بودن ایجاب می کند. برخی استثنایا وجود دارد. اگر به اطلاعات بیشتری در مورد آن استثنایا نیاز دارید، لطفاً از دفتر شهرستان خود بپرسید.

اگر از ایالت دیگری مزایا دریافت کردید، باید فوراً به استان اطلاع دهید. همچنین باید گزارش دهید که در 10 سال گذشته کسی به دلیل دروغ گفتن در مورد محل زندگی خود برای دریافت مزایای بیش از یک ایالت محکوم شده است.

اگر درخواست شما برای بررسی کنترل کیفیت انتخاب شد، باید با استان و ایالت همکاری کنید. این شامل ارائه مدرک برای اطلاعات و اجازه دادن به ما در دریافت آن مدرک در صورت عدم امکان است.

باید اطلاعات دقیق بدهید. اگر اطلاعات دقیق نباشد، ممکن است مزایا کاهش یابد و ممکن است از شما خواسته شود که مزایا را بازپرداخت کنید. اگر معلوم شود که عمداً اطلاعات نادرست یا گمراه کننده داده اید، ممکن است از دریافت مزایا منع شوید. همچنین ممکن است به جرمی متهم شوید.

شما نباید:

- مزایای CalFresh خود را بفروشید.
 - از CalFresh برای خرید اقلام نامناسب (مثلاً محصولات غیر غذایی، الکل یا تنباکو) استفاده کنید.
 - CalFresh را برای مواد مخدر، سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره غیرقانونی معامله کنید.
 - اجازه دهید هر کسی از کارت EBT شما استفاده کند مگر اینکه برای خانواده شما غذا بخرد.
 - از کارت EBT شخص دیگری استفاده کنید یا داشته باشید، مگر اینکه در حال خرید غذا برای خانواده آنها باشید.
 - مزایای غذایی را در بیش از یک ایالت برای یک ماه دریافت کنید.
- هر کس در هر یک از سوء استفاده های فوق مقصر شناخته شود با مجازات روبرو خواهد شد. این شامل ممنوعیت از برنامه CalFresh برای یک دوره خاص، جریمه نقدی و حبس می شود. دوره خاص ممنوعیت می تواند یک سال، دو سال یا به طور دائم باشد.

قوانین و مجازات های برنامه

اگر اطلاعات نادرست یا نادرست را عمداً برای دریافت مزایای CalFresh که واجد شرایط دریافت آنها نیستید، ارائه دهید، مرتکب جرم می شوید. کمک عمدی به دیگری برای دریافت مزایایی که واجد شرایط دریافت آن نیستند نیز جرم است. شما باید تمام مزایایی را که دریافت می کنید و واجد شرایط دریافت آن نبودید، پس بدهید.

نقض برنامه	برای CalFresh می‌دانم در صورت انجام هر یک از موارد زیر ممکن است یک نقض عمدی برنامه مرتکب شده باشم: • مخفی کردن اطلاعات یا اظهارات نادرست • از کارت‌های انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) استفاده کنید که متعلق به شخص دیگری است یا به شخص دیگری اجازه دهید از کارت من استفاده کند. • از مزایای CalFresh برای خرید الکل یا تنباکو استفاده کنید • تجارت، خرید، فروش، سرقت، یا دادن مزایای CalFresh یا کارت های EBT، یا تلاش برای تجارت، خرید، فروش، سرقت، یا دادن مزایای CalFresh یا کارت های EBT • سعی کنید از مزایای دوگانه بهره مند شوید، برای مثال در دو یا چند شهرستان یا ایالت مختلف به طور همزمان درخواست دهید. • مدارک جعلی را برای کودکان یا اعضای بزرگسال خانواده که واجد شرایط نیستند یا وجود ندارند ارائه دهید • شرایط آزادی مشروط یا مشروط من را نقض کنید	جریمه ها من ممکن است: • از دست دادن مزایای CalFresh به مدت 12 ماه برای اولین تخلف و ملزم به بازپرداخت تمام مزایای CalFresh بیش از حد به من • از دست دادن مزایای CalFresh به مدت 24 ماه برای دومین تخلف و ملزم به بازپرداخت تمام مزایای CalFresh بیش از حد به من • از دست دادن دائمی مزایای CalFresh برای تخلف سوم • تا 250000 دلار جریمه نقدی تا 20 سال یا هر دو
------------	--	--

جریمه ها من ممکن است: • از دست دادن مزایای CalFresh به مدت 12 ماه برای اولین تخلف و ملزم به بازپرداخت تمام مزایای CalFresh اضافی به من • از دست دادن مزایای CalFresh به مدت 24 ماه برای دومین تخلف و ملزم به بازپرداخت تمام مزایای CalFresh اضافی به من • از دست دادن دائمی مزایای CalFresh برای تخلف سوم و مجبور به بازپرداخت مزایای دریافتی اضافی CalFresh. • تا 250000 دلار جریمه نقدی تا 20 سال یا هر دو	نقض برنامه برای CalFresh می‌دانم در صورت انجام هر یک از موارد زیر ممکن است یک نقض عمدی برنامه مرتکب شده باشم: • فرار پس از محکومیت جنایی • خریداری (خرید) محصولی با مزایای CalFresh که دارای سپرده برگشتی است، عمداً (از قصد) محتویات را دور بیندازید و ظرف را با مبلغ سپرده برگردانید یا <u>سعی کنید</u> ظرف را با مبلغ سپرده برگردانید. • محصولی با مزایای CalFresh بخرید و عمداً آن را به صورت نقدی یا هر چیزی غیر از غذای واجد شرایط بفروشید.
• مزایای CalFresh را به مدت 10 سال برای هر تخلف از دست بدهید • مزایای CalFresh را برای همیشه از دست بدهید	• تجارت مزایای CalFresh یا <u>تلاش</u> برای مبادله مزایای CalFresh برای: پول نقد، سلاح گرم، کالاهای غیر واجد شرایط یا مواد کنترل شده مانند مواد مخدر

جریمه ها من ممکن است: • مزایای CalFresh را به مدت 24 ماه برای اولین تخلف از دست بدهید	نقض برنامه برای CalFresh: میدانم در صورت انجام هر یک از موارد زیر ممکن است یک نقض عمدی برنامه مرتکب شده باشم: • اطلاعات نادرست در مورد اینکه من کی هستم و کجا زندگی می کنم ارائه دهید تا بتوانم از مزایای اضافی CalFresh بهره مند شوم
• به تجارت، فروش یا <u>تلاش</u> برای تجارت مزایای CalFresh به ارزش بیش از 500 دلار، یا مبادله یا <u>تلاش</u> برای مبادله مزایای CalFresh با سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده باشید.	• برای تخلف دوم، مزایای CalFresh را برای همیشه از دست بدهید