

證實獲准親屬看護人(ARC)服務經費選項計畫資格之事實根據陳述書 (第一部份)		COUNTY USE ONLY(僅供縣府填寫)
<p><b>方法說明：</b> 請用墨水筆填寫黑色粗線左側的全部問題。若需更多填寫欄位，請另附紙頁填寫。需要為每一名符合資格的兒童/青少年填妥此表格。如果您在填寫此表格時需要幫助，請聯絡該名兒童/青少年的社會工作人員或資格審定人員。</p>		<b>CASE NAME</b> <b>CASE NUMBER</b> <b>WORKER NAME AND NUMBER</b> <b>DATE RECEIVED</b>
1. 獲准親屬看護人姓名	電話號碼 ( )	
2. 請向本處提供相關該名兒童/青少年的全部實際情況。		Verification
該名兒童/青少年的姓名(姓, 名, 中間名)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> California Residency
地址		
出生日期(月/日/年)	出生地點(城市/州/國家)	Verification of Dependency Status
社會安全號碼		<input type="checkbox"/> Dependency Order <input type="checkbox"/> Voluntary Placement Agreement _____ (end date)
是否為美國公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非公民身份	<input type="checkbox"/> SOC 158A <input type="checkbox"/> FC 3
是否具有加州居民身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		Verification of Federal Funding Status
該名兒童/青少年與親屬看護人的關係		<input type="checkbox"/> Eligible for federal AFDC-FC <input type="checkbox"/> Ineligible for federal AFDC-FC <input type="checkbox"/> SOC 158A <input type="checkbox"/> FC 3
3. 該名兒童/青少年目前是否領取CalWORKs計畫福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若做「肯定」回答, 則請列明其CalWORKs個案號碼: _____ 然後簽名(第二頁)。 若做「否定」回答, 則須填寫第二部份(從下面問題#4開始填寫)。		Verification <input type="checkbox"/> CalWORKS eligibility confirmed
證實CALWORKS資格之事實根據陳述書 (第二部份, ARC計畫之事實根據陳述) 請注意: 如果您在填寫此表格時需要幫助, 請聯絡該名兒童/青少年的社會工作人員或資格審定人員。		Verification <input type="checkbox"/> FC 2
4. 該名兒童/青少年是否有健康保險, 包括Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 若做「肯定」回答, 則請列出保單號碼、保險公司名稱及保單持有人姓名:  若為Medi-Cal, 則請列明Medi-Cal個案號碼:		<input type="checkbox"/> Verification provided For Medi-Cal, Relative Caregiver chooses: <input type="checkbox"/> Managed Care <input type="checkbox"/> Fee for Service <input type="checkbox"/> FC 2

**5. 該名兒童/青少年是否有或者預計將會有任何收入，**  是  否  
 例如：  
 工資收入、社會安全收入津貼/州輔助津貼付款(SSI/SSP)、社會安全保險福利金、兒童贍養費、退伍軍人福利金等。  
 若做「肯定」回答，則請填寫以下內容：

收入類別	金額 (若有扣減項，則請填寫扣減之前的金額)	何時獲得此收入	此收入每隔多久可獲得一次
	\$		

是否將繼續獲得此收入？  是  否  
 若做「否定」回答，則請說明已知的任何變化：  
 不詳

Verification provided  
 Income:  
 Earned \_\_\_\_\_  
 Unearned \_\_\_\_\_  
 Exempt \_\_\_\_\_  
 FC 2 \_\_\_\_\_

**6. 該名兒童/青少年是否擁有任何財產或有任何收入來源**  是  否  
 或有任何收入來源，例如：  
 現金、土地、機動車輛、摩托車、銀行賬戶、信託基金、儲蓄債券、對美國本土居民的人均付款或信託基金付款，或者其他收入項？  
 若做「肯定」回答，則請填寫以下內容：

收入來源類別	賬戶/付款保單號碼：	銀行名稱與地址等	目前價值
			\$
			\$

Verification provided  
 Restricted account  
 Exempt  
 FC 2

**確認聲明**

本人明白：

- 本人明白，提供虛假或誤導性陳述或者掩蓋或隱瞞事實以圖確立福利資格屬於欺詐行為；本人也明白，若提供虛假或不實資訊，我會受到州與聯邦法律之處罰。欺詐行為可導致對本人提起刑事訴訟；而且（或者）會在一段時期內（或者終生）禁止本人領取ARC福利。
- 本人明白，可能會依聯邦法律要求而向有關政府部門透露申請福利之家庭成員的社會安全號碼或移民身份。

本人特此鄭重聲明：據我所知，此事實根據陳述書中所含的資訊屬實、正確且完整；其中若有不實之詞，願依照加利福尼亞州法律而接受偽證罪處罰。

獲准親屬看護人之簽名	日期
------------	----

**COUNTY USE ONLY(僅供縣府填寫)**

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason) <input type="checkbox"/> ELIGIBLE Date Eligibility Conditions Met: _____ Authorization Date: _____ <input type="checkbox"/> ARC Eligible <input type="checkbox"/> CalWORKs Eligible <input type="checkbox"/> ARC-only Eligible	NOTES:
Signature of County Worker _____ Date _____	
Signature of Supervisor _____ Date _____	