



CalFresh福利再認證

若您是殘障人士或在申請再認證方面需要幫助，請聯絡縣福利部，將有人會幫助您。

若您希望交談、閱讀或書寫的語言是非英語，縣福利部會派相關人員免費為您提供幫助。

如何獲得CalFresh？

要繼續獲得CalFresh福利，您應在本次認證期結束之前提交此再認證申請並接受面試。許多縣都可以在線上進行再認證申請。請訪問<http://www.benefitscal.org/> 查看您所在的縣區是否可以進行線上申請。

備註：若您目前沒有健康保險並希望縣福利部用您的CalFresh申請資訊核查Medi-Cal資格，請勾選再認證申請第3頁第12個問題。

如何完成再認證申請？

回答再認證申請表上的所有問題（如果可能的話）。至少您應提供名字、住址和簽名來開始您的再認證。在簽署本申請之前，請閱讀您的權利和責任。可將簽過字的申請表親自交給縣福利部，或透過郵寄、傳真或線上提交。

下一步做什麼？

縣福利部將向您發送一封面試預約信函，屆時將討論您的申請。許多面試是透過電話訪談進行的，但也可以親自到縣福利部辦公室或其安排的其他地方接受面試。若您因殘障需要其他安排，請告知縣福利部。面試期間，若您此前沒有將申請表所有部分填寫完整或需要作出更改，工作人員可以協助您填好申請。

再認證面試時會做什麼？

面試期間，縣福利部會審查申請表上的資訊並詢問有關問題，以再次認證您是否可以獲得CalFresh並確定相關福利。為避免再認證延期，請在面試時提供各種情況變化的證明。比如收入變化；一起購買/食用食物的人數發生變化，住房成本變化等等。即便沒有這些證明，也請參加面試。縣福利部也許能夠為您獲得再認證所需證明提供幫助。

若忘記提交再認證申請會怎麼樣？

您必須在本次認證期結束之前提交本申請，才能進行CalFresh再認證。若有延誤，您的福利可能中斷。若您在本次認證期結束後30天以上才提交本申請，您將不得不進行全套、重新申請。

CalFresh計劃規則第1頁——請做記錄並保存。

再認證批准後將會怎樣？

若您在本次認證期結束之前及時再申請並獲得了認證，您將繼續在您的電子福利轉帳(EBT)卡上收到福利。繼續使用 EBT 卡和同樣的個人識別號(PIN)購買食物。若您的 EBT 卡丟失、被竊或毀壞，請立即致電 (877) 328-9677 或縣福利部。如需獲取您附近接受 EBT 卡的地點清單，請訪問：<https://www.ebt.ca.gov> 或 <https://www.snapfresh.org>。

權利和責任

您有責任：

- 向縣福利部提供所需的全部資訊，以便確定您的資格。
- 必要時向縣福利部提供資訊證明。
- 按要求報告變化情況。對需要報告哪些內容，何時報告及如何報告，縣福利部會提供相關資訊。若您未履行家庭報告要求，您的 CalFresh 福利可能降低或停止。
- 若縣福利部告知您的個案要求您找一份工作並堅持做下去，或是參與其他與工作相關的活動，請照辦。
- 若您的個案被選中進行審查或調查以確保您的資格和福利水準計算正確，請全面配合縣、州或聯邦人員。不配合這些審查可能導致您失去福利。
- 償還您無資格獲得的任何福利。

您有權：

- 提交僅填寫了您的名字、住址和簽名的 CalFresh 申請表。
- 需要時請求縣福利部免費提供口譯人員。
- 向縣福利部提供資訊並要求這些資訊予以保密，除非與縣福利部計劃管理直接相關。
- 在縣福利部確定資格前隨時撤銷您的申請。
- 填寫 CalFresh 申請時請求說明，並獲得對規則的解釋。
- 請求協助獲得必要證明。
- 獲得禮貌、周到和尊重對待，不受歧視。
- 申請時接受縣福利部合理時長的面試，30 天內確定是否合乎資格。
- 若您符合獲得加急服務的資格，可在 3 天內獲得 CalFresh 福利。
- 縣福利部為確定資格要求提供所需證明時，應給您至少 10 天的時間。
- 縣福利部降低或停止您的 CalFresh 福利應至少提前 10 天給出書面通知。
- 與縣福利部人員討論您的個案，並在提出請求時查看您的個案。
- 若您不同意縣福利部對您的 CalFresh 個案所做的任何決定，可在 90 天內要求州聽證。
- 若您在您的 CalFresh 個案決定實施前要求州聽證，您的 CalFresh 福利將在聽證前或本次認證期結束前（以日期較早者為準）保持不變。

- 請撥打免費電話1-800-952-5253諮詢您的聽證權利或尋求法律援助轉介，使用聾者電信裝置(TDD)的聽力或語言障礙人士可撥打1-800-952-8349諮詢。您可在當地法律援助或福利權利辦公室獲得免費法律幫助。
- 若您不想隻身一人去聽證，可帶上朋友或他人陪同。
- 從縣福利部獲得登記投票的幫助。
- 對沒有要求您必須要報告的或許會提高您的CalFresh福利的情況變化也予以報告。
- 提供可能會有助於您獲得更多CalFresh福利的家庭開支證明。不向縣福利部提供證明相當於您表明沒有此項開支，其結果是您可能得不到更多CalFresh福利。
- 若您希望他人為您的家人使用您的CalFresh福利或協助處理您的CalFresh個案（授權代表），請告知縣福利部。

計劃規則和處罰

若您提供虛假或錯誤資訊或有意不提供全部資訊以試圖獲得自己沒有資格得到的CalFresh福利或幫助他人獲得他們沒有資格獲得的福利，您就是在犯罪。您必須償還自己沒有資格獲取的任何福利。

我明白如果我.....	我可能.....
<p>以下行為是蓄意違反計劃規則：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 隱藏資訊或作出虛假陳述 ● 使用他人的EBT卡或讓他人使用您的卡 ● 使用CalFresh福利購買煙或酒 ● 交換、出售或贈送CalFresh福利或EBT卡 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 被處罰金最高可達250,000.00美元，判處監禁高至20年或兩者兼有。
<ul style="list-style-type: none"> ● 用CalFresh福利交換管制藥物，如毒品 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第一次違規將導致24個月失去CalFresh福利 ● 第二次違規將導致永遠失去CalFresh福利
<ul style="list-style-type: none"> ● 提供個人身份和住處虛假資訊以便能得到額外的CalFresh福利 	<ul style="list-style-type: none"> ● 每次違規將導致十年失去CalFresh福利
<ul style="list-style-type: none"> ● 已被定罪為交換或出售價值\$500美元以上的CalFresh福利或用CalFresh福利交換槍支彈藥或炸藥 	<ul style="list-style-type: none"> ● 永遠失去 CalFresh福利

對非公民的重要資訊：即使您的家庭包括不合資格人員，您也可以為合資格人員申請和獲取CalFresh福利。獲得食品福利不會影響您或家人的移民身份。移民資訊是非公開的保密資訊。合資格並申請福利的非公民，其移民身份將受到美國公民及移民服務局(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訊、社會保障號或檔。但是，縣福利部將需要知道他們的收入和資源資訊以便正確決定您家庭的CalFresh的福利。縣福利部不會針對未申請CalFresh福利的人聯絡USCIS。

使用社會保障號(SSN)：申請CalFresh福利的每個人都需要提供一個SSN（如果有的話）或已申請SSN的證明（比如社會保障局發出的信函）。您或家庭任何成員未提供SSN的話，縣福利部可拒絕相應人員的CalFresh福利。有些人不必提供SSN便可獲得幫助，如家庭暴力受害者、犯罪控方證人和人口販賣受害者。

超額發放：這是指您獲得的CalFresh福利超過自己本應得到的。即便是縣福利部的失誤或並非有意，您也將必須予以償還。您的福利可能被降低或停止。您的SSN可用於透過法庭或其他催款機構或聯邦政府催繳訴訟收取所欠的福利金額。

報告：您的家庭必須持續將縣福利部告知您應當彙報的情況變化予以報告。如果您不報告，您的福利可能降低或停止。同時您也可以將可能提高您福利的情況變化予以報告，比如收入減少。

州聽證：若您不同意對您再認證繼續申請福利的任何決定，您有權要求州聽證。您可以在縣福利部實施決定的90天內要求州聽證，並應告知您希望聽證的理由。您從縣福利部收到的批准或拒絕通知上具有關於如何請求州聽證的資訊。

非歧視：州和縣福利部的政策均規定所有人都應被尊重、平等、有尊嚴地對待。聯邦法律和美國農業部(USDA)政策規定，嚴禁基於種族、膚色、民族血統、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障歧視他人。提請歧視投訴請聯絡縣福利部人權協調員，或聯絡USDA或加利福尼亞社會服務局(CDSS)：

USDA Director, Office of Civil Rights Room
326-W, Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964（語音電話和TDD）

CDSS Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241（免費）

USDA是堅持人人機會平等的雇主。

隱私法和披露：您在申請中提供了個人資訊。縣福利部用此資訊查看您是否有資格獲得福利。若您未提供所要求的資訊，縣福利部可拒絕您的申請。您有權查看、更改或更正向縣福利部提供的任何資訊。除非經您同意或聯邦和州立法法律容許，縣福利部不會公開您的資訊或向他人提供。縣福利部將透過包括收入和盈利驗證系統(IEVS)在內的電腦匹配程式來驗證您的資訊。此資訊將用於監測是否合乎計劃規定及用於計劃管理。縣福利部可將此資訊與其他聯邦和州立機構分享以便官方審查，向執法官員提供以便逮捕規避法律的潛逃人員，以及向私人索賠催款機構提供以便索賠催款。縣福利部從這些機構獲得的資訊可影響您的福利資格及福利水準。

案例卷宗審查：您的個案可能被選出做額外審查，以確保您的資格計算正確。您必須充分配合縣、州或聯邦人員做一切調查或審查，包括品質控制審查。不配合這些審查可能導致您失去福利。

CalFresh工作規則：縣福利部可能派您參與一項強制性工作計劃。若您不按照縣福利部要求參與的話，您的福利可能被降低或停止。同時，若您最近辭職的話，您可能沒有資格獲得CalFresh。

EBT使用：您本人、您的家庭成員或授權代表或任何您自願將您的EBT卡和PIN給予的物件使用您的EBT卡，均被視為獲得您的許可，他們從您的帳戶上取走的福利**不會**被彌補。

備註



再認證申請——僅針對家庭申請CALFRESH

為保持您的福利不間斷地及時獲得，請在本次認證期結束之前將此表格填寫、簽署後交回至縣福利部並提供您的情況證明。我們需要您在此日期之前提供資訊是因為我們需要對您面試後才能結束再認證。我們僅希望獲知從上次您向縣福利部提交資訊後您的家庭發生的變化。我們至少需要您的申請表提供姓名、簽名、住址和日期以便開始您的CalFresh再認證。

個案名稱：_____ 個案編號：_____

1. 您的家庭有沒有搬入或搬出的人員（包括新生嬰兒）？ 是 否 （如果選擇是，請填寫以下內容）

搬入日期 (年月日)	姓名 (名，中間名，姓氏)	出生日期	與您的關係	經常在一起購買和 準備食物嗎？
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 搬入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

2. 您還可以授權一位年滿18周歲的人士幫助您的家庭管理CalFresh福利。該人士可在面談時代您發言，幫助您填寫表格，為您購物並替您申報更改。您必須返還因該人士向縣福利部提交的錯誤信息而獲得的任何福利，且您無法重新獲得您不希望花費的任何福利如果您是授權代表，您需要向縣福利部提交您個人和申請人的身份證明。

您是否需要指定某人幫助您申請CalFresh福利？ 是 否
如果是，請填寫以下內容：

授權代表姓名	授權代表電話號碼
--------	----------

您是否需要他人代表您的家庭接收和花費CalFresh福利？ 是的 否
如果是，請填寫以下內容：

姓名	電話號碼
地址	城市 州 郵政編碼

3. 您的住址有沒有發生變化？ 是 否 （如果選擇是，請填寫以下內容）

新住址：_____ 搬入日期：_____

郵寄位址（如與上述不同）_____

4. 若您已搬家或住房成本更新/發生變化，請填寫以下資訊：

您目前每月的房租或房貸是多少？ \$ _____

如果是另外支付，您目前每月的房產稅和住房保險是多少？ \$ _____

4a. 您有沒有不包括在住房成本中的公用事業服務費用？如果是的話，請勾選：

電話費 垃圾費 水費 電費/燃氣費 其他暖氣或降溫費用

5. 您是無家可歸者嗎？ 是 否 如果是，您需要支付庇護所費用嗎？ 是 否

個案名稱：_____

個案編號：_____

6. 學生：是否有人（包括您自己）在上大學或職業學校？ 是 否

如果是，請在下面說明。如果否，請跳轉至下一個問題。

人員名字	學校/培訓學校名字	入學狀況 (<input checked="" type="checkbox"/> 勾選一項)	此人工作嗎？
		<input type="checkbox"/> 一半時間或以上 <input type="checkbox"/> 少於一半時間 <input type="checkbox"/> 單位數量：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，每週平均工作小時數： _____
		<input type="checkbox"/> 一半時間或以上 <input type="checkbox"/> 少於一半時間 <input type="checkbox"/> 單位數量：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，每週平均工作小時數： _____

7. 是否有人目前有工作收入？ 是 否

如果是，填寫以下部分並附上證明。請列出每個人的工作。如果需要更多空間，請附上獨立紙張並注明您回答的是哪個問題。例子包括看孩子、工資、個體經營、病假工資、小費等。

	工作 #1	工作 #2	工作 #3
有收入人員的名字：			
雇主名字：	個體經營，請勾選 <input type="checkbox"/>	個體經營，請勾選 <input type="checkbox"/>	個體經營，請勾選 <input type="checkbox"/>
支付週期：	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次
每月總收入：	\$	\$	\$
每月工作小時數：			
該收入會持續下去嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

7a. 近期內有人的工作或收入會變化嗎？ 是 否

示例：收入中止、開始、增加或減少，小時數改變，辭職，參加罷工，支付週期改變。

如果是，請在此說明並附上證明：_____

8. 目前是否有人具有其他金錢來源？ 是 否

如果是，請填寫以下部分並附上證明。例子包括：社會保障、失業補償、退伍軍人福利、州殘障保險 (SDI)，子女撫養費/配偶贍養費，工人賠償、貸款/禮物、房貸滿期房屋/房貸未滿期房屋，公用事業服務費用，食物等等。

名字	收入來源	一次性或持續款項	金額/支付週期

8a. 此收入近期會有變化嗎？ 是 否

如果是，請在此說明：_____

個案名稱：_____ 個案編號：_____

9. 醫療費用：是否有領取CalFresh的家庭成員現在已60歲或超過60歲，或是殘障人士，其醫療費用已增加或開始產生醫療費用？

是 否 （如果是，請填寫以下部分 此為新開支或如果變更超過25美元。）

誰產生了此費用？_____ 費用類型 _____

支付金額？_____ 多久支付一次？_____

10. 子女撫養費：獲取CalFresh的人中是否有需要支付子女撫養費的？ 是 否

(如果此為新的子女撫養義務或法定子女撫養費義務的更改或已支付的子女撫養費增加部分，請填寫以下部分並附上證明。)

子女姓名 _____

他們當前必須支付的金額是多少？美元 _____ 支付撫養費的是誰？_____

11. 無法獨立生活人士或兒童看護：是否有人得支付兒童看護、殘障成年人或其他無法獨立生活人士的費用以便您或其他人可以去工作、上學或找工作？ 是 否

(如果是，請僅列出您或家庭成員支付的金額。如果提供人或現金支付金額有所變更，請附上證明。)

金額：美元 _____ 支付人：_____ 無法獨立生活人士/兒童：_____

12. 您有興趣申請Medi-Cal嗎？ 是 否

如果回答「是」，縣福利部將用您的資訊查明您是否可以獲得。

13. 雙重福利

您或家庭任何成員是否在1996年9月22日之後因欺詐獲取雙重SNAP（聯邦所稱呼的食物援助計劃，在加利福尼亞州則稱為CalFresh）福利被定罪，不管是在哪個州？ 是 否

如果是，請說明是哪位 _____

14. 非法變賣福利

您或家庭任何成員是否在1996年9月22日之後因非法變賣（允許他人使用EBT卡或向他人出售EBT卡）價值達\$500美元或以上的SNAP福利而被定罪？

是 否

如果是，請說明是哪位 _____

15. 用福利換取毒品

您或家庭任何成員是否在1996年9月22日之後因用SNAP福利換取毒品而被判有罪？ 是 否

如果是，請說明是哪位 _____

16. 用福利換取槍支或炸藥

您或家庭任何成員是否在1996年9月22日之後因用SNAP福利換取槍支、彈藥或炸藥而被判有罪？ 是 否

如果是，請說明是哪位 _____

17. 潛逃罪犯

您或家庭任何成員是否因犯重罪或重罪未遂而躲避或逃避法律以免被訴訟、拘留或監禁 是 否

如果是，請說明是哪位 _____

18. 緩刑/假釋違規

您或家庭任何成員是否被法庭發現有違緩刑或假釋規定？ 是 否

如果是，請說明是哪位 _____

個案名稱：_____ 個案編號：_____

認證

請仔細閱讀，簽字並注明日期。簽署本申請表即表示：

我在願意承擔作偽證責任（作虛假陳述時）的前提下簽署此再認證申請，簽署即表明我明白：

- 我已閱讀或請人向我讀過此再認證申請中的資訊以及我對問題的回答。
- 我對問題的回答盡我所知是真實、完整的。
- 我在再認證過程中提供的所有回答盡本人所知都是真實完整的。
- 我已閱讀或請人向我讀過CalFresh計劃的權利和責任（計劃規則第1頁）以及 CalFresh計劃規則和處罰（計劃規則第2-3頁）。
- 我明白為獲得CalFresh資格而提供虛假或誤導性陳述或歪曲、隱瞞或保留事實屬於欺詐。欺詐可能構成對我提起訴訟的刑事案件和/或我可能在一定時期內（或終生）無法獲得CalFresh福利。
- 我明白申請福利的家庭成員的社會保障號或移民身份可以根據聯邦法律要求提供給有關政府機構。

為繼續獲得福利，您必須簽署本申請並注明日期，並在上次認證期最後一天前接受面試。

必須簽字的人員：成年家庭成員/授權代表/監護人

申請人簽字或簽章

日期

聯絡電郵/電話