فقط برای استفاده کانتی
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

درخواست برای
مزایای فجایع و بلایای CALFRESH

دوره مزایای فجایع و بلایا:_____ تا_____

اطلاعات مهم - با دقت مطالعه کنید

حقوق شما بعنوان متقاضی یا دریافت کننده:

- خدمات بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، دین، وابستگی سیاسی، جنسیت، ناتوانی و معلولیت، یا سن شما در اختیارتان گذاشته شود و بتوانید هروقت احساس کردید مورد تبعیض واقع شدید شکایت کنید.
- مزایای فجایع و بلایای CalFresh را در صورتی که واجد شرایط بودید ظرف مدت یک تا سه ماه تقویمی بعد از تاریخ تسلیم درخواست دریافت کنید.
- درباره کلیه اقدامات مربوط به پرونده خود با سازمان امور رفاهی کانتی صحبت کرده و ظرف مدت 90 روز از تأیید یا رد درخواست خود تقاضای رسیدگی ایالتی بنمائید.
- اگر درخواست شما رد گردید، یک مدیر فوراً آنرا بررسی نماید.
- تسلیم شکایت یا درخواست رسیدگی ایالتی از طریق ارسال نامه برای سازمان امور رفاهی کانتی خود یا تماس با شماره تلفن رایگان 1-800-952-5253. شماره تلفن رایگان مخصوص ناشنوایان 1-800-952-8349 (TDD).
- نمایندگی خود را در رسیدگی ایالتی بر عهده داشته یا از یک عضو خانوار، دوست، وکیل یا هر شخص دیگری بخواهید نمایندگی شما را بر عهده بگیرند.
- یکی دیگر از اعضای خانوار شما یا یک شخص بزرگسالی که شما را می شناسد این درخواست را برایتان تکمیل کند. اگر درخواست توسط شخص بزرگسالی تکمیل شده که عضو خانوار شما نیست، اجازه نامه کتبی امضاء شده توسط سرپرست خانوار یا یکی از اعضای بزرگسال خانوار را ضمیمه کنید.

مسئولیت های شما بعنوان متقاضی یا دریافت کننده:

- صادقانه و بطور کامل به بهترین نحوی که می توانید به سؤالات پاسخ بدهید. اگر از ارائه اطلاعات خواسته شده خودداری ورزید، مزایای فجایع و بلایای CalFresh را دریافت نخواهید کرد.
- در مصاحبه باید مدارک ثابت کننده هویت سرپرست خانوار، هویت شخصی تکمیل کننده درخواست و در صورت امکان، مدارک ثابت کننده آدرس محل سکونت و کار خانوار را در زمان وقوع فجایع و بلایا ارائه کنید.
- اگر بعد از دوره فجایع و بلایا برای بررسی انتخاب شدید باید با کارکنان کانتی، ایالت و فدرال نهایت همکاری را داشته باشید.
- شما می توانید به یک نفر اجازه دهید تا مزایای فجایع و بلایای CalFresh شما را دریافت یا استفاده کند. اگر می خواهید به یک نفر اجازه دهید، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل نمائید:

شماره تلفن	نام نماینده رسمی

آدرس شامل شهر و کدپستی

☐ فقط دریافت کارت EBT ☐ دریافت کارت EBT جهت خرید مواد غذائی برای خانوار

هشدار مجازات!!

اگر خانوار شما مزایای فجایع و بلایای CALFRESH دریافت می کند، باید قوانین ذکر شده زیر را رعایت کنید. اگر اطلاعات را گزارش نکنید و یا واقعیات را طور دیگری بیان کنید ممکن است مورد پیگرد قانونی قرار بگیرید و با جریمه نقدی، زندان یا هر دو مجازات شوید. مجازات شامل لغو صلاحیت استفاده از برنامه، جریمه نقدی تا سقف 250000 دلار و یا تا 20 سال زندان خواهد بود. مجازات لغو صلاحیت برای نخستین بار تخطی 12 ماه، دومین تخطی 24 ماه و لغو دائمی صلاحیت در سومین تخطی و تخلف خواهد بود.

- برای گرفتن مزایای فجایع و بلایای CalFresh اطلاعات نادرست ندهید و یا از دادن اطلاعات خودداری نکنید.
- مزایای فجایع و بلایای CalFresh یا هرگونه وسیله صدور دیگر را معامله نکرده و یا به فروش نرسانید.
- شما نباید به هیچ ترتیبی کارت EBT و یا هر وسیله صدور دیگر دستکاری کنید تا مزایای فجایع و بلایای CalFresh که واجد شرایط آنها نیستید را دریافت کنید.
- از مزایای فجایع و بلایای CalFresh برای خرید اقلام غیرمجاز برنامه مانند نوشیدنی های الکلی یا سیگار و دخانیات استفاده نکنید.
- از کارت EBT یا هر وسیله صدور دیگران برای خانوار خود استفاده نکنید.

فقط برای استفاده کانتی

☐ Disaster Application

Can the identify of the authorized representative be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is work address in the disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the household's residence be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification

دستور\العمل ها: لطفاً بر اساس شرایط پیش بینی شده در طول دوره مزایای فجایع و بلایای ذکر داده شده در بالا به سؤالات این فرم پاسخ بدهید.

نام (سرپرست خانوار)	
آدرس منزل دائمی در زمان وقوع فجایع و بلایا	شماره تلفن
آدرس موقت	شماره تلفن
آدرس پستی	شماره تلفن
آدرس محل کار در زمان وقوع فجایع و بلایا	شماره تلفن

بخش A - وضعیت خانوار. (در پاسخ به هر سؤال باید پاسخ بله یا خیر را علامت بزنید)

1. آیا هیچیک از اعضای خانوار شما مشغول زندگی ☐ کار ☐ یا هر دو ☐ (کادر مربوطه را علامت بزنید) در منطقه فجایع و بلایا در زمان وقوع فجایع و بلایا بوده است؟
2. آیا قادر به دست یافتن به درآمد یا منابع نقدی خانوار خود نیستید؟ ☐بله ☐خیر
3. آیا درآمد یا منابع نقدی شما بخاطر وقوع فجایع و بلایا کاهش یافته، با تأخیر روبرو شده یا متوقف شده است؟ ☐بله ☐خیر
4. آیا در طول دوره مزایای فجایع و بلایا به خرید مواد غذائی و آماده کردن خوراک خواهید پرداخت؟ ☐بله ☐خیر
5. آیا هیچیک از اعضای خانوار شما برای _____ مشغول به کار است؟ ☐بله ☐خیر
   نام سازمان CALFRESH کانتی/ایالت

فقط برای استفاده کانتی

Household size for the number of persons listed in 5 _____

بخش B - اعضای خانوار

5. نام تمام افرادی را که برای مزایای فجایع و بلایای CalFresh درخواست می کنند بنویسید. فقط افرادی را ذکر کنید **در زمان وقوع فجایع و بلایا با شما زندگی می کرده اند.** اگر بخاطر خانوار موقتاً نزد خانوار دیگری زندگی می کنید، **لازم نیست نام اعضای آن خانوار را بنویسید.** *ارائه کردن **شماره سوشال سکیوریتی (SSN) جنبه اختیاری دارد. از آن فقط برای منظور احراز هویت استفاده می شود.**

	نام (سرپرست خانوار) (HH)	نسبت با سرپرست خانوار (HH)	شماره سوشال سکیوریتی SSN*	تاریخ تولد
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				
f.				
g.				

بخش C - درآمد/منابع/مخارج

6. a. کل مقدار حقوق و یا سایر درآمدهائی که تمام افراد فوق در طول دوره مزایای فجایع و بلایا دریافت کرده یا دریافت خواهند کرد چقدر است؟ _____ $

b. تمام منابع درآمد خود را ذکر کنید:

7. تمام منابع نقدی که افراد فوق می توانند در طول دوره مزایای فجایع و بلایا دریافت کنند را ذکر کنید. پول های ذکر شده در شماره 6 را ننویسید.

وجه نقد در اختیار	حساب های پس انداز	حساب های جاری	سایر موارد
$	$	$	$

8. میزان مخارج خود از بابت ضرر و زیان های ناشی از فجایع و بلایا که پرداخت کرده یا تصور می کنید در طول دوره فجایع و بلایا پرداخت می کنید را ذکر نمائید. مبالغی را که توسط افراد دیگر که در بالا ذکر نشده اند و یا در طول دوره فجایع و بلایا بازپرداخت خواهند شد ذکر نکنید. مخارج قابل قبول شامل اینها می باشند:

a. مخارج تعمیر خسارت های وارد شده به منزل یا ملک دیگر خانوار ضروری برای اشتغال یا خوداشتغالی یک عضو خانوار. $ _____

b. مخارج سرپناه موقت اگر منزل قابل سکونت نیست یا خانوار به آن دسترسی ندارند؛ $ _____

c. مخارج نقل مکان به بیرون از منطقه ای که بخاطر فجایع و بلایا تخلیه شده است؛ $ _____

d. مخارج مربوط به محافظت از یک خانه یا کسب و کار در برابر صدمات فجایع و بلایا؛ $ _____

e. مخارج پزشکی ناشی از جراحات فردی. $ _____

f. مخارج کفن و دفن مربوط به فجایع و بلایا. $ _____

g. هزینه نگهداری از حیوانات خانگی مرتبط با فجایع و بلایا. $ _____

h. مخارج مربوط به جایگزین کردن اقلام شخصی و خانوادگی مانند پوشاک، لوازم خانگی و مطالب آموزشی. $ _____

i. سوخت بعنوان منبع اصلی گرمایش. $ _____

j. مخارج لوازم نظافت. $ _____

k. مخارج وسیله نقلیه مربوط به فجایع و بلایا. $ _____

l. مخارج نگهداری لوازم. $ _____

9. a. آیا هیچیک از افراد نام برده شده در بالا در حال حاضر مزایای CalFresh دریافت می کنند؟ ☐بله ☐خیر

اگر پاسخ بله است، چه کسی؟ _____ کانتی _____ ایالت _____ سهمیه ماهیانه _____ $

b. آیا برای این ماه درخواست مزایای جایگزین CalFresh کرده یا آنرا دریافت کرده اید؟ ☐بله ☐خیر

اگر پاسخ بله است، چه مقدار دریافت کردید یا خواهید کرد؟ _____

گواهی شما

من گواهی می دهم که سؤالات این فرم درخواست را متوجه شده ام و خانوار من به مزایای فجایع و بلایای CalFresh نیاز دارد. من هشدار مجازات فوق را خوانده ام (یا یک نفر آنرا برای من خوانده است). من اجازه ارائه هرگونه اطلاعات را برای تعیین صلاحیت خود می دهم. اگر انتخاب شدم، برای انجام بررسی بعد از اتمام دوره مزایای فجایع و بلایا با کارکنان کانتی، ایالت و فدرال همکاری کامل خواهم داشت. من همچنین می دانم و آگاهم که اگر من، یک بزرگسال دیگر عضو خانوار، یا نماینده رسمی اطلاعات نادرست یا ناقص گزارش کرده باشیم، ممکن است مجبور شوم هرگونه مزایای اضافه را پس بدهم.

من با اطلاع کامل از مجازات شهادت دروغ در قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات درج شده در این فرم درخواست درست، صحیح و کامل هستند.

امضاء (عضو بزرگسال خانوار یا نماینده رسمی) تاریخ

شاهد، اگر با درج علامت "X" امضا کرده اید تاریخ

Computation

A. Anticipated Income (from 6) $_____

B. Accessible Cash Resources (from 7) + $_____

C. Total disaster period income (A+B) = $_____

D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) – $_____

E. Accessible disaster period income (C-D) = $_____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) $_____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: ☐ YES ☐ NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) $_____

2. Regular Allotment Already Received – $_____

3. Net Disaster Allotment (1–2) = $_____

EBT Card Number issued

#_____

☐ YES ☐ NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE