

## 緊急フードスタンプ扶助用 申請書

災害給付期間: \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_

COUNTY USE ONLY
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

重要な情報です - 必ずお読みください

## 申請者や受給者としての権利:

- 人種、肌の色、出身国、宗教、政治的信条、性別、障害の有無、年齢による差別なく処遇され、差別されたと感じる場合、不服申立てを行う。
- 受給資格がある場合 1 日以内に緊急フードスタンプを受け取る。
- 自分のケースに関する決定について、County Welfare Department (郡福祉課) と話し合い、90 日以内の州聴聞会を請求する。
- 申請が却下された場合、監督官による即時見直しを求める。
- County Welfare Department (郡福祉課) に対し、不服申立てあるいは州聴聞会の請求を、書面あるいは次のフリーダイヤルで行う。  
1-800-952-5253. 聴覚障害者用 (TDD) のフリーダイヤル番号は、  
1-800-952-8349.
- 州の聴聞会で、あなた自身、家族構成員、友人、弁護士、その他あなたが選ぶ人物を代表とする。

## 申請者や受給者としての責任:

- 質問に対し、できる限り、真実で完全な答えを提供する。必要な情報の提供を拒否すると、フードスタンプは給付されません。
- 面接時に、家庭の筆頭者の身分証明書、申請書を記入した者の身分証明書、さらに可能ならば災害時の家庭の居住地の証明を提供する必要があります。
- 災害期間終了後に再検討のために選ばれた場合、郡・州・連邦政府関係者に協力する必要があります。

- 別の人にフードスタンプを受け取ってもらったり、代わりに食料品を購入してもらっても可能です。誰かを指定する場合は、下記に記入してください。

正式代理人の名前	電話番号
住所	
CITY (市)	

## 罰則に関する警告!!

フードスタンプ受給家庭は、次に挙げた規則に従わなければなりません。情報の報告を怠ることや、故意に事実を誤って報告することは、罰金、懲役、いずれかまたは両方の罰則を伴う法的な処罰を受けることになる可能性があります。罰則は、福祉プログラムの受給資格の喪失、\$250,000 以下の罰金、20 年以下の懲役となる場合があります。欠格の罰則は、最初の違反で 6 ヶ月、2 回目の違反で 12 ヶ月、3 回目の違反で永久の資格喪失になります。

- フードスタンプを受給するために、虚偽の事実を提供したり、情報を隠すことはできません。
- Authorization to Participate Cardments (ATP: フードスタンプ承認カード) やその他の発行カード等を交換したり、売却したりすることはできません。
- 受給資格のないフードスタンプを得るために、ATP やその他の発行カード等を改ざんすることはできません。
- アルコール飲料やたばこ等のフードスタンプで購入することが許されていない品目の購入のためにフードスタンプを使用することはできません。
- 他人のフードスタンプ、ATP、発行カードを自分の家庭のために使用することはできません。

手順: 上記の災害給付期間中に予想される状況に関し、この書類の質問に回答してください。この書類は、あなた自身、家庭の他の構成員、あなたのことをよく知っている成人いずれかが記入することができます。家庭構成員でない成人が記入した場合は、家庭の筆頭者あるいは別の成人家庭構成員が署名した承認書を添付してください。

氏名 (家庭の筆頭者)

災害時の住所

電話番号

臨時の住所

電話番号

## COUNTY USE ONLY

- Disaster Application  
 Disaster Recertification

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:

Can the household's residence be verified?

- YES  NO  
Type of verification:

## PART A – 家庭の状況 (各項目の「はい」か「いいえ」をチェックしてください)

- 家・事業所・賃貸家屋の修繕や交換、一時的な避難所、家から避難するための引越し、家・事業所・賃貸家屋の保護、災害に関連する怪我による医療費・埋葬・葬儀など、災害に関連する支出を災害時給付期間中に支払ったかあるいは支払う予定ですか?  はい  いいえ
- 家庭の収入や現金財産を利用することができませんか?  はい  いいえ
- あなたの収入や現金財産が災害のため、減額、遅延、停止されていますか?  はい  いいえ
- 災害給付期間中、食料品を購入し食事を準備しますか?  はい  いいえ

**PART B – 家庭構成員**

5. 緊急フードスタンプを申請している者全員の名前を挙げてください。災害時にあなたと同居していた者のみを挙げてください。

氏名 (家庭の筆頭者) (HH)		SSN*	生年月日
A.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
B.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
C.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
D.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
E.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
F.			
氏名	家庭筆頭者との関係	SSN*	生年月日
G.			

\* 社会保障番号 (Social Security Number: SSN) の提供は、任意です。身元確認のためにのみ使用されます。

6. 上に記されている人の中で、フードスタンププログラムのプログラム違反 (不正行為) をしたか、もしくは就業要件違反を怠った者はいますか?  はい  いいえ  
「はい」の場合、その名前: \_\_\_\_\_

**PART C – 所得 / 財産 / 支出**

7. a. 災害給付期間中に上記の全員が受け取ったか受け取る予定の控除後の所得総額はいくらですか?  
\$ \_\_\_\_\_  
b. 収入源をすべて挙げてください。

8. 上記の者が災害給付期間中に受け取ることができる現金財産をすべて挙げてください。第7項に挙げたものは含めないでください。

手元の現金	普通預金口座	当座預金口座	その他
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

9. 災害期間中に支払ったか支払う予定の災害に関連する損失や損害の支出額を記入してください。上記に挙げた者以外が支払う予定のものや災害期間中に返済されるものは、挙げないでください。

a. 家・事業所・賃貸家屋の修繕や交換。 \$ \_\_\_\_\_

b. 一時的な避難所支出。 \$ \_\_\_\_\_

c. 家から避難するための引越し。 \$ \_\_\_\_\_

d. 家・事業所・賃貸家屋の保護費用。 \$ \_\_\_\_\_

e. 災害に関連する怪我による医療費や葬儀費用。 \$ \_\_\_\_\_

10. a. 上記の者で、現在フードスタンプを受給している者がいますか?  はい  いいえ  
「はい」の場合、その名前: \_\_\_\_\_ 月額 \$ \_\_\_\_\_

b. 代替フードスタンプを今月請求したか、受け取りましたか?  はい  いいえ

**証明**

私は、申請書の質問を理解し、私の家庭が緊急食料品補助を必要としていることを証明いたします。私は、上記の罰則に関する警告を読みました (または読んでもらいました)。私は、受給資格を正しく判定するために必要な情報を開示することを承認いたします。選ばれた場合、災害給付期間終了後に行われる見直しにおいて、郡、州、連邦政府のスタッフに完全に協力いたします。私は、私、別の成人家庭構成員、指定した代理人が報告した情報が誤っているため、あるいは不完全なために生じた過払い、払戻しが求められることを了解いたします。

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この申請書に含まれている情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

署名 (成人の家庭構成員または指定された代理人)

日付

Xで署名する場合の証人

日付

**COUNTY USE ONLY**

Number of Persons in household from (5) \_\_\_\_\_

Number of IPV/ET disqualified from (6) \_\_\_\_\_

Household size = \_\_\_\_\_

**Computation**

A. Anticipated Income (from (7)) \$ \_\_\_\_\_

B. Accessible Cash Resources (from (8)) + \$ \_\_\_\_\_

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

D. Total allowable disaster-related expenses (from (9)) - \$ \_\_\_\_\_

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) = \$ \_\_\_\_\_

Issuance document ID Number # \_\_\_\_\_

Client ID issued  YES  NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE