キャッシュエイド、フードスタンプ、MEDI-CAL/34-COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP) のための申請書の表紙

キャッシュエイド、フードスタンプ、MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP いずれか、またはすべてを申請するには、添付申請書式の 1 項〜 13 項に記入し、証明セクション (19 項) に署名してください。 書式は、福祉事務所に提出してください。 障害をお持ちで、補助金・給付・サービスの申請や、継続して受給するために支援が必要な場合は、郡にお申し出ください。

即時ニーズ、ホームレス支援、フードスタンプ急速サービスを含め、キャッシュエイド、フードスタンプ、MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP を受給する前に、 事実関係の陳述書で郡が求める情報をすべて提出し、受給資格確認面接時の質問に回答しなければなりません。 提出された事実に基づき、受給資格と給付額が計算されます。

キャッシュエイドおよびフードスタンプに関して、郡は、受給するための指紋押捺と写真撮影が必要かどうか、またいつ必要か連絡します。

即時ニーズやホームレス支援を受けるには、キャッシュエイドの受給資格があると思われることが必要です。 添付の書式を記入し、こちらが質問する事実関係に回答してください。 社会保障番号の提示、利用できる収入を入手できるよう努力する、子供・配偶者・医療補助に係わる地区の児童支援機関に協力することに同意するなど、いくつかの規則に従う必要があるでしょう。

フードスタンプに関して、申請書は、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、成人の家庭構成員あるいは正式代理人、いずれかが記入・署名することができます。 あなたが成人の家庭構成員でない場合、あなたが家族のために申請し、フードスタンプを受け取り、家族のために食料品の購入をそのフードスタンプで行うことができることを明記したメモに、家族の筆頭者あるいは別の成人家庭構成員が署名する必要があります。

フードスタンプ– 受給資格の開始日
フードスタンプの受給資格がある場合、申請日から給付を計算します。 福祉事務所に連絡した最初の日からフードスタンプを申請することが可能です。

キャッシュエイド即時ニーズ
緊急時には、当局があなたの申請を審査中でも $200 まで受け取ることができる場合があります。 このためには、緊急状況を説明し、このような緊急時に支払うための所得やお金がないことを示す必要があります。

- 住居や食料品がないこと
- 立ち退き通告
- 上下水道・ガス・電気などがないことや、これらの停止通告
- 基本的な衣類のないこと
- 必須の交通手段がないこと
- 健康や安全に係わる、その他の緊急状況

即時ニーズ請求が拒否されても、申請を審査中再度請求することもできます。 変更があれば、郡に連絡してください。

キャッシュエイドおよびホームレス支援
ホームレスである、支払通告や明け渡し通告を受けた、ホームレス支援の申請を希望する、いずれかの場合は、郡に連絡してください。ホームレス支援は、例外がありますが、一生に 1 回です。

CalWORKs 転換サービス (DIVERSION SERVICES)
転換サービスは、生活保護を希望しないか必要としないが、何らかの補助を必要とする申請者を補助するものです。転換サービスでは、1 回にまとまった額の現金の支払を受けるか、扶助を受ける代わりに現金でないサービスを受けるか選択することができます。キャッシュエイドを申請する時のみ転換サービスを受けるかどうか選択することができ、転換サービスを受ければ、Medi-Cal、養育支援、フードスタンプの受給資格がある場合があります。

事実関係を確認後、郡は、転換サービスの受給資格があるかどうかお知らせします。受給資格があり、キャッシュエイドの代わりに、1 回にまとまった額の現金の支払を受ける転換サービスか、現金でないサービスを受ける転換サービスを選択すると、

- キャッシュエイドの拒否通知を受け取ります。
- 後でキャッシュエイドを申請しても、キャッシュエイドが減額されるか、キャッシュエイドを受ける期間が減らされる場合があります。

フードスタンプの申請者: 申請日にすべきことは、名前と住所を記入し、申請書でフードスタンプ (第 8 項目) を希望する箇所に記入して署名するだけです (第 19 項目)。あなたに受給資格があるかどうか当局が決定するには、事実関係の陳述書の質問にすべて書面で回答し、受給資格審査面接時の質問に回答する必要があります。申請後 30 日以内に受給資格があるかどうかは連絡されます。

フードスタンプ急速サービス
3日以内にフードスタンプを受け取る権利がある場合があります。このためには、フードスタンプの受給資格と次の条件を満たしている必要があります。

- 家賃あるいは家のローン、および公共料金が、流動財産および控除前の月の所得を上回っている**(所得および流動財産の定義については裏面参照)**

  または

- 流動財産が $100 未満で、控除前の月の所得が $150 未満

  または

- 流動財産が $100 未満で、家庭構成員のうち少なくとも 1 名が出稼ぎか季節農業労働者

3日以内にフードスタンプを受け取るには、**添付の申請書項目 1 ~ 17 項目を記入し、**受給資格審査面接で求められたすべての事実を提供し、身分証明書を提示してください。

妊娠中の女性のための MEDI-CAL 仮受給資格 (PRESUMPTIVE ELIGIBILITY: PE)
妊娠している場合、多数の出産前ケアサービスを医療サービス提供機関によっては、臨時 Medi-Cal として、通常の Medi-Cal を申請する前に受けることができるかもしれません。PE カードを受け取った月の翌月の末日までに CalWORKs や Medi-Cal を申請すると、臨時 Medi-Cal は、扶助が承認あるいは拒否されるか判定するまで継続されます。 PE がある場合は、郡当局にそのことを告げ、第 12 項目の両方の「はい」をチェックします。

MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP - 緊急医療／妊娠
医療上の緊急時や妊娠している場合で Medi-Cal/34-County CMSP をできるだけ早く受けることを希望する場合は、下記の1~13項目を記入してください。また、受給資格審査面接で求められた事実を提供し、かつ受給資格要件をすべて満足する必要があります。

表現の説明

- CalWORKs (カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任 (California Work Opportunity and Responsibility to Kids))
- **キャッシュエイド (Cash Aid):** CalWORKs のための補助や難民キャッシュ支援 (Refugee Cash Assistance: RCA) プログラム
- **転換サービス (Diversion Services):** キャッシュエイドの代わりの、1 回にまとまった額の現金の支払か、あるいは扶助を受ける代わりに現金でないサービス
- **フードスタンプ** 低所得家庭が食料品を購入するための補助となる給付
- **フードスタンプ急速サービス:** 3 日以内にフードスタンプを受け取るサービス
- **Medi-Cal:** 受給資格者に対する医療上必要な給付
- **Medi-Cal 仮受給資格 (Presumptive Eligibility: PE):** 外来出産前ケアサービスの多くで提供されている特定の医師あるいはクリックによる臨時 Medi-Cal サービス
- **34-County CMSP:** Medi-Cal の受給がない成人で、これの受給資格があり、郊外の郡に居住している者のための医療上必要な給付
- **制限付き Medi-Cal:** 緊急および妊娠専用の利用ケア
- **制限付き 34-County CMSP**: 緊急ケアのみ
- **指定代理人 (Authorized Representative):** フードスタンプや Medi-Cal の申請者あるいは受給者が選択する者で、代理となって行動できる者
- **家庭の筆頭者:** フードスタンプ受給家庭の責任者となっている者
- **所得:** 受け取るか受け取ると予測されるお金で、次のようなもの:
  - 給与、福祉手当、養育費／扶養費、補助社会保障給付金／州の補助給付金 (Supplemental Security Income/State Supplementary Program: SSI/SSP)、移民のための現金支援プログラム (Cash Assistance Program for Immigrants: CAPI)
  - 失業保険給付 (UIB)、州の障害保険給付 (SDI)、退役軍人給付 (VA)、その他の障害手当
  - ストライキ手当、下宿人からの支払、学校の助成金や学資ローン
  - 現金の贈与、現金の賞金、その他の現金収入
- **流動財産:** 所得以外のお金で、次のようなもの:
  - 手元の現金、現金化していない小切手、当座預金の残高、普通預金の残高、預金証書
  - 信託証書、受取手形、株式・債券、など
- **公共料金:** ガス、電気、暖房用燃料、電話 (基本料)、設置料金、ごみ収集、上下水道など
- **あなた自身、誰か、家庭構成員全員:** 同居している方全員

知っておくべき事柄

- キャッシュエイド、フードスタンプ、Medi-Cal を同時に申請し、面接を 1 回で済ますことも可能です。
- あなたには、この書式を自分自身で記入する権利も、誰かに記入を手伝ってもらう権利もあります。
- **過払い:** これは、受給すべきであった額よりも多くのキャッシュエイドあるいはフードスタンプを受給することです。郡が誤った場合でも、過払い給付は払戻しする必要があります。さもないと、キャッシュエイドやフードスタンプが減額されたり、停止されます。Medi-Cal/34-County CMSP の費用分担が、変更される場合があります。
- **不正行為と偽証:** 不正行為や偽証は犯罪です。 キャッシュエイド、フードスタンプ、Medi-Cal/34-County CMSP を受給するには、ほとんどの書類に関し、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上署名することが法律上求められます。 偽証とは、あなたが提供する事実は真であり、正しく、完全であることを宣誓するにも係わらず虚偽の事実を述べることを意味します。 受給資格や給付レベルに影響する虚偽の事実を述べたり、**故意に**すべての事実や状況を説明しない場合、不正行為として告発される場合があります。
- **不正行為を犯したとして有罪になると、キャッシュエイドの場合、最高 $10,000 の罰金刑、最高 3 年の懲役／禁固刑、フードスタンプの場合は、最高 $250,000 の罰金刑、最高 20 年の懲役／禁固刑、いずれかまたは両方が科せられる場合があります。 キャッシュエイド、フードスタンプの給付は、6 ヶ月、12 ヶ月、2 年、4 年、5 年、10 年、20 年、いずれかまたは永久に停止される場合があり、難民キャッシュ支援は、3 ヶ月か 6 ヶ月停止される場合があります。**
- **社会保障番号 (Social Security Number: SSN) 規則:** SSN は、納税、福利、雇用、Social Security Administration (社会保障管理局)、その他の政府機関からの記録と、収入や資産等をチェックするコンピュータチェックで用いられます。 相違がある場合は、雇用主、銀行、その他で確認される場合もあります。 また、SSN は、複数のケースを受給していないかどうか、別の郡や州で受給していないかどうか確認するためにもチェックします。キャッシュエイドおよびフードスタンプの場合、逮捕状が出ていないかどうか、司法機関にも確認します。

  キャッシュエイドおよびフードスタンプ: キャッシュエイドやフードスタンプの申請者、受給者各人の SSN を提供する必要があります。 SSN または SSN 申請中である証拠の提出を拒絶すると、キャッシュエイドやフードスタンプ給付を受けることができません。 キャッシュエイドの場合、SSN か SSN 申請中の証明をキャッシュエイドの申請から 30 日以内に提出し、SSN を取得したならば郡に提示する必要があります。

  Medi-Cal/34-County CMSP: Medi-Cal/34-County CMSP の申請者で SSN がある場合、各人の SSN を郡に提示することが求められます。 米国市民、米国民、有効な I-688 を所持する難民外国人、米国の合法的永住資格のある非米国市民 (LPR)、法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL) で、SSN あるいは SSN 申請の証拠の提出を拒絶する者は、Medi-Cal/34-County CMSP を受給することができず、有効な I-688 を所持する難民外国人でない者あるいは LPR、PRUCOL いずれかの者は、カリフォルニア州に居住しているという条件を含め、その他の受給資格を満足している限り、制限付き Medi-Cal/34-County CMSP を受けることができます。

不服申立て

差別されたと感じる場合は、郡の公民権担当者に連絡するか、下記まで書面で連絡します。
State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
またはフリーダイアル (916) 654-2107
聴覚等に問題がある場合は
TDD 1 -(916) 654-2098

その他の不服申立てについては、先ず郡にご連絡ください。 あなたと郡が意見の一致を見ない場合、下記まで書面または電話でご連絡ください。
Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, M.S. 6-23
Sacramento, CA 95814
TEL 1 - (800) 952-5253
聴覚等に問題がある場合は
TDD 1 - (800) 952-8349

州聴聞会

聴聞会は、郡の決定から 90 日以内に請求し、なぜ聴聞会を希望するか理由を述べる必要があります。 州聴聞会は、次の場合、居住地の郡上訴課に書面で請求するか、上記の PIAR に挙げられた電話番号に連絡して請求することができます。

- 郡の決定に同意できない場合
- キャッシュエイド、フードスタンプ、Medi-Cal に関する州聴聞会を請求する場合

34-County CMSP 受給資格の問題に関しては、電話ではなく、 **書面のみ**となります。

キャッシュエイド、フードスタンプ、MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP 用申請書

記入する前に、この表紙をお読みください。 質問の答えが書ききれない場合は、この紙の裏にお書きください。

1. 申請者の名前 (名、ミドルネーム、姓)

2. 社会保障番号 (Social Security Number: SSN)

3. 旧姓またはその他の名前 (該当する場合)

2A. 生年月日 (MM-DD-YYYY)

4. 自宅住所: NUMBER STREET
CITY STATE ZIP CODE

5. 郵送先 (住所と異なる場合)
CITY STATE ZIP CODE

6. 電話番号: 自宅 ( ) 職場 ( ) 留守電 ( )

7. あなたの住所は、正式の住所ですか？
仮の場合は説明してください。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ ホームレス

8. 次のものを申請中の方がいますか: キャッシュエイド ☐ はい ☐ いいえ フードスタンプ ☐ はい ☐ いいえ
Medi-Cal ☐ はい ☐ いいえ 34-County CMSP ☐ はい ☐ いいえ
その他のプログラム ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は説明してください。

9. Medi-Cal/34-County、CMSP/Medicaid、転換サービス、現金でないサービスを含め、
扶助や給付を申請あるいは受給したことがありますか？「はい」の場合は列挙してください。 ☐ はい ☐ いいえ

扶助／給付の種類 受領した日

使われた名前 受給した場所(郡/州/国)

10. 法律上、民族、人種、言語を記録することが求められています。これは、受給資格には影響しません。
A. 民族 *(全員 B も回答する必要があります)*
ヒスパニック または ラティーノ ですか？ ☐はい ☐いいえ
B. 人種 - 該当するものすべてをチェックしてください。これら項目が記入されていない場合、郡が記入いたします。
☐ アメリカン・インディアン/アラスカン・ネイティブ ☐ 黒人またはアフリカン・アメリカン ☐ 白人
☐ アジア系 *(チェックした場合、下記からひとつ以上選択してください)*
☐ フィリピン系 ☐ 中国系 ☐ 日系 ☐ 韓国系 ☐ ベトナム系 ☐ インド系
☐ カンボジア系 ☐ ラオス系 ☐ その他のアジア系 *(具体的に)*_____
☐ ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島系 (チェックした場合、下記からひとつ以上選択)
☐ ネイティブ・ハワイアン ☐ グアム系 ☐ サモア系 ☐ その他 *(具体的に)*_____
C. 第一言語:
☐ 英語 ☐ スペイン語 ☐ ラオス語 ☐ タガログ語 ☐ アメリカ手話 ☐ 広東語 ☐ カンボジア語
☐ ベトナム語 ☐ ロシア語 ☐ その他 (具体的に)_____

11. 出稼ぎあるいは季節農場労働者の方がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

12. 妊娠中の方がいますか？ ☐はい ☐いいえ 「はい」の場合、
その方は仮受給資格カード (Presumptive Eligibility card)を受け取りましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

13. 個人的に緊急な状況にある方がいますか？ 「はい」の場合、いずれかをチェック (✔) してください。 ☐ はい ☐ いいえ
☐ 差し迫った医療ニーズ ☐ 妊娠 ☐ 児童虐待 ☐家庭内暴力
☐ 高齢者虐待 ☐ 健康あるいは安全を脅かすその他の緊急状況 (要説明)

記入する箇所: **キャッシュエイド即時ニーズ給付.....項目 14 ~ 18を記入**
フードスタンプ急速サービス.....項目 14 ~ 17を記入

14. 子供を含め、全員の流動財産は？
☐ 現金、現金化していない小切手、為替 $_____
☐ 当座預金／普通預金／クレジットユニオン口座 $_____
☐ 信託証書、受取手形、株式、債券 $_____
☐ その他 (具体的に) $_____

15. 子供を含め、全員で今月の所得はいくらになったか、あるいはなる予定ですか？

日付	額	日付	額
	$		$
	$		$

16. 今月の家賃あるいは家のローンの支払はいくらですか？
$ _____

17. 今月の家賃に含まれていない公共料金はいくらですか？
$

	はい	いいえ
18. 立ち退き通告、支払通告、明け渡し通告を受けましたか？		
水道電気などが止められてたか、停止通告を受けていますか？		
3 日以内に食料が尽きてしまいますか？		
紙おむつや冬物の衣類のように必需品の衣類が必要ですか？		
食料品、衣類、医療、その他の緊急品を入手するための交通手段で補助が必要ですか？		

- 私は、表紙を 1 部受け取ったことを証明します。受給資格の規則に従わなければならないことを理解し、これを了解いたします。これらの規則によっては、受給できるようになる前に求められることがあることを了解いたします。この書式に私が記載した陳述は確認され確証されることを了解いたします。
- 私は、フードスタンプを申請する場合、急速サービスの権利についても告げられたことを証明いたします。
- **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、この書類に記載された情報は、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。**

19. 申請者または指定された代理人の署名または記号 署名日

証人または通訳の署名 署名日

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

DATE RECEIVED

TYPE OF APPLICATION:
CA: ☐ CA ☐ RCA
FS: ☐ Initial ☐ Recert ☐ Rest
MC: ☐ **CMSP:** ☐

Homeless:
FS: ☐ YES ☐ NO
CA: ☐ YES ☐ NO ☐ CW 42

☐ Pickle Screening

Ethnic Group:

Race:

Primary Language:

CA I.N.
☐ Denied/NOA prep
☐ Approved
☐ Expedited Grant
☐ Applicant requested CWD to complete SAWS 1
(_____)
(Initials)

FS E.S.
☐ E.S. questions not completed
☐ Screened for E.S. Date_____
(_____)
(Initials)

FS Referral for:
☐ E.S. Processing
☐ Regular Processing

☐ CWD records cleared
☐ MEDS CDB cleared
☐ IEVS initiated

☐ Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant

TRANSITIONING CASE NUMBER

COUNTY OF APPLICATION

COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)