16 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਲਈ ਤੱਥਾਂ ਦਾ ਕਥਨ

(ਪੂਰਕ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ Cash Aid ਅਤੇ/ਜਾਂ CalFresh ਲਈ ਬੇਨਤੀ)

ਹਿਦਾਇਤਾਂ:
ਘਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਨਵੇਂ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰੋ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਭਾਗ 'ਚ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਥਾਂ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਕ ਹੋਰ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਹਰ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇਕ ਫ਼ਾਰਮ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ Cash Aid ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀ ਨਵੇਂ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਉਨ੍ਹਾਂ **CalFresh ਪਰਵਾਰਾਂ ਲਈ** ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ Cash Aid ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ ਜਾਂ ਉਹ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੁਆਰਾ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।ਟਏ ਨਿ ਸਲਿਚਿਓਪਏਰਏ ਚੋਨਦਏਸ ਚੋਮੋ ਏਟਦਿਏਟਏਮ ਨਿ ਸਏਨਟਲਿਚਿਓਏਲਓ ਏਨਦਓਚਏਿ ਨਓਟਤੁਏਮੋ ਚੋਨਏ ਟਏਸਟਏ ਦਟਿ.ੂਨੁਮ ਟਏਮ ਪਲ.ੂਏਨਓਿਮ ਸਿ, ਸਏਸ ਚੋਨਡਏਨਟ.

		ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਹੇਠਾਂ (✔) ਲਗਾਉ			
1. ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ	**ਫ਼ੋਨ** ( )				
2. ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਸਾਰੇ ਤੱਥ ਦਿਓ।		ਮੌਤ	ਅਪਾਹਜਤਾ	ਗੈਰਹਾਜ਼ਰੀ	ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ
ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾਂ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅਖ਼ੀਰਲਾ)	ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ				
ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ / ਲਿੰਗ (✔) ☐ਪੁ. ☐ਇਸ.	ਦੂਜੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ				
ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ (ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਦੇਸ਼)	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ)	ਨੇਤਰਹੀਣ, ਡੋਰੇ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ			
ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਕਿਸਮ (✔) ☐ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ☐CalFresh	ਨਾਗਰਿਕ/ਗੈਰ ਨਾਗਰਿਕ ਸਥਿਤੀ (✔) ☐ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਿਕ/ਨੈਸ਼ਨਲ ☐ਗੈਰ ਨਾਗਰਿਕ: ਪ੍ਰਾਯੋਜਿਤ ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ				
ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ	ਜੇਕਰ ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ 6 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਅੱਜ ਤਕ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ ਸਭ ਟੀਕੇ ਲੱਗ ਚੁੱਕੇ ਹਨ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ ☐ 6 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਨਹੀ				

3. ਕੀ ਇਹ ਪਾਲਣ-ਪੋਸਣ ਲਈ ਲਿਆ ਗਿਆ ਬੱਚਾ ਹੈ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

A. ਕੀ ਇਸ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਆਦੇਸ਼ ਹੇਠ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਪਾਲਣ-ਪੋਸਣ ਲਈ ਲਏ ਗਏ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਪਾਲਣ-ਪੋਸਣ ਸਬੰਧੀ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ CalFresh ਮਾਮਲੇ 'ਚ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

C. ਕੀ ਬੱਚਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੈ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

4. ਕੀ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ Cash Aid ਜਾਂ CalFresh ਮਿਲੇ ਸਨ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ **"ਹਾਂ"**, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:

ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ, ਸਟੇਟ)?
☐Cash Aid ☐CalFresh	

5. ਕੀ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਮਿਲਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ: ਕਮਾਈਆਂ, ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ ਇਨਕਮ/ਸਟੇਟ ਸਪਲੀਮੈਂਟਰੀ ਪੇਮੈਂਟ (SSI/SSP), ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ, ਪਾਲਣ-ਪੋਸਣ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ, ਵੇਟਰਨਜ਼ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਵਗੈਰਾ। ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ: ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀ

ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਰਕਮ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹਨ)	ਕਦੋਂ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ
	$		

ਕੀ ਇਹ ਆਮਦਨੀ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗੀ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ "ਨਹੀਂ", ਤਾਂ ਕੋਈ ਗਿਆਤ ਬਦਲਾਵ ਦੱਸੋ:

6. A. ਕੀ ਇਹ ਬੱਚੀ ਗਰਭਵਤੀ ਜਾਂ ਕਿਸ਼ੋਰੀ ਮਾਂ ਹੈ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ **"ਹਾਂ"**, ਤਾ (✔) ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ: ☐ਗਰਭਵਤੀ ☐ਕਿਸ਼ੋਰੀ ਮਾਂ

ਸਕੂਲੀ ਸਥਿਤੀ, ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ (✔)
☐ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਡਿਪਲੋਮਾ ਹੈ ☐GED ਹੈ ☐ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੀ (ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ):
☐ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ☐ਕੋਈ ਹੋਰ (ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ):

B. ੜCal-Learn ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਤੋਂ ਨਕਦ ਬੋਨਸ ਮਿਲਿਆ ਜਾਂ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ, ਢੋਆ ਢੁਆਈ, ਵਗੈਰਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੀ ਹੈ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ **"ਹਾਂ"**, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:

ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ)	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ(ਆਂ) ਤਾਰੀਖ਼(ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ)

7. ਕੀ ਇਸ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਯੂਨਾਇਟੇਡ ਸਟੇਟਸ (ਯੂ.ਐੱਸ.) ਮਿਲਟਰੀ 'ਚ ਰਹੇ ਹਨ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ **"ਹਾਂ"**, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:

ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ	ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਇਕ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਿਕ	ਸੇਵਾ ਦੀ ਸ਼ਾਖਾ	ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ	ਇੱਜ਼ਤਦਾਰ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤੀ
	☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ			☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ

8. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੱਚੇ ਲਈ CalFresh ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਬੱਚਾ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।

A. ਬੱਚਾ/ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਕੁੱਲ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਰਹੇ ਹਨ?

B. ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਰਹਿਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਇਸ ਬੱਚੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੇ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਰਕਮ ਕਮਾਈ ਸੀ?

C. ਯੂ.ਐੱਸ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਇਸ ਬੱਚੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੇ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਜਾਂ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਕਿਸੇ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਸੀ?

ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child ☐ Yes ☐ No	CF Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: CF:

VERIF: ☐Blind/Deaf/Disabled ☐SSN ☐Citizen ☐SAVE ☐Eligible Noncitizen ☐Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

3A. ☐Request dependency order
3B. ☐CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: ☐CA ☐FC
CR: ☐CA ☐None ☐Kin-GAP
3C. ☐Medi-Cal ☐Fee for Service

☐Verification provided

☐Verification provided
☐FC Income Counted on CF Case ☐YES ☐NO
☐CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF

Verified:
☐Referred to Cal-Learn Program
☐CW 25
☐QR 25A

CW 5 ☐YES ☐NO
Date Initiated _____

CF: Honorable Discharge ☐YES ☐NO

9. ਕੀ ਬੱਚਾ ਕਿਸੇ ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਮਾਲਕ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਕੋਲ ਕੋਈ ਵਸੀਲੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ: ਨਕਦੀ, ਜ਼ਮੀਨ, ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ, ਟ੍ਰਸਟ ਫ਼ੰਡਸ, ਬਚਤ ਬਾਂਡਸ, ਅਮਰੀਕੀ ਵਸਨੀਕ ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਟ੍ਰਸਟ ਫ਼ੰਡਸ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ਾਂ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਵਸੀਲੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਖਾਤਾ/ਪਾਲਿਸੀ ਸੰਖਿਆ	ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ, ਵਗੈਰਾ।	ਵਰਤਮਾਨ ਮੁੱਲ
			$

10. ਕੀ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਮੇਡੀਕੇਅਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, ਵਗੈਰਾ, ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਮਾਲਕ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਬੀਮਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਿਖੋ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

11. ਕੀ ਬੱਚੇ 'ਤੇ ਇਕ ਬਾਲਗ ਵਾਂਗ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਦਾ ਇਲਜ਼ਾਮ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਕੀ ਬੱਚਾ ਉਸ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਜਾਂ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਹਿਰਾਸਤ 'ਚ ਲਏ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇਲ੍ਹ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਤੋਂ ਲੁੱਕ ਜਾਂ ਨੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

12. ਕੀ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

13. A. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਅਸਮਰੱਥਾ ਰੋਕਥਾਮ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ (CHDP) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਯੋਗ ਸਦੱਸ ਵੀ ਸ਼ਾਇਦ ਕੁਝ ਸਿਹਤ-ਸਬੰਧੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
• ਕੀ ਤੁਸੀਂ CHDP ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਤੱਥ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?.....		
• ਕੀ ਤੁਸੀਂ CHDP ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?.....		
• ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਡੈਂਟਿਸਟ ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਜਾਣ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?		
B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਤੱਥ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?		
C. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗੈਰ-ਵਿਤਕਰੇ, ਸ਼ਰਾਬ/ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਸਬੰਧੀ ਸਲਾਹ, ਪਿਛਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ, ਅਤੇ ਦੂਜੀਆਂ ਖ਼ਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਬਾਰੇ ਤੱਥ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?.....		
D. ਕੀ ਕਿਸੇ ਗਰਭਵਤੀ ਇਸਤਰੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਲੱਭਣ, ਡਾਕਟਰੀ ਆਵਾਜਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?.....		
E. ਕੀ ਕੋਈ ਇਸਤਰੀ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾ ਰਹੀ ਹੈ?.....		
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਤਾਂ ਕੀ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਨਮ ਹੋਇਆ ਸੀ?.....		
F. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਅਣਚਾਹੀਆਂ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਪਰਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਕਲੀਨਿਕ ਤੋਂ ਤੱਥ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?		

ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ

☐ Verification provided
☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ CF

☐ Verification provided
Health Coverage Code:

☐ CHDP brochure and explanation given
☐ CHDP Referral
☐ Date:
☐ Referred for Immunization
☐ Other services referral
☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
☐ WIC referral
☐ Family Planning info given
Date Referred:

ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- **ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਗਲਤ ਤੱਥ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਇਰਾਦਤਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੱਥਾਂ ਜਾਂ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ-ਸਬੰਧੀ ਭੁਗਤਾਨਾਂ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਜੁਰਮਾਨਾ, ਜੇਲ੍ਹ/ਕੈਦ, ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਨੂੰ Cash Aid ਲਈ $10,000 ਅਤੇ CalFresh ਲਈ $250,000 ਤਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ Cash Aid ਲਈ 3 ਸਾਲ ਅਤੇ CalFresh ਲਈ 20 ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਜੇਲ੍ਹ/ਕੈਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। Cash Aid ਅਤੇ CalFresh ਲਈ ਬੈਨਿਫਿਟ 6 ਮਹੀਨੇ, 12 ਮਹੀਨੇ, 2 ਸਾਲ, 4 ਸਾਲ, 5 ਸਾਲ, 10 ਸਾਲ, 20 ਸਾਲ ਜਾਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਵਾਸਤੇ; ਅਤੇ ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 3 ਮਹੀਨੇ ਅਤੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਵਾਸਤੇ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।**
- ਯੋਗਤਾ ਸਾਬਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰਾ ਮਾਮਲਾ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਚੁਣਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਸਮੀਖਿਆ 'ਚ ਮੈਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ, ਸਟੇਟ, ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਮੁਲਾਜ਼ਮਾਂ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।
- ਸਥਾਨਕ, ਸਟੇਟ, ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਮੁਲਾਜ਼ਮਾਂ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਆਵਾਸ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕਤਾ ਅਤੇ ਆਵਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ (USCIS) ਨੂੰ ਤੱਥ ਭੇਜੇਗੀ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ USCIS ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਤੱਥ Cash Aid ਅਤੇ CalFresh ਲਈ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- Cash Aid ਅਤੇ/ਜਾਂ CalFresh ਲਈ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਸਾਬਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸਾਬਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਕਸ, ਵੈੱਲਫੇਅਰ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿੱਕਟਸ, ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਮੈਨੂੰ Cash Aid ਜਾਂ CalFresh ਦੀ ਠੀਕ ਰਕਮ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ। ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਨੂੰ ਗਿਰਫ਼ਤਾਰੀ ਦੇ ਵਾਰੰਟਸ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨਾਲ ਮਿਲਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਯੂਨਾਇਟੇਡ ਸਟੇਟਸ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਆੱਫ਼ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਦੇ ਕਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਬੰਦੋਬਸਤ ਹੇਠ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਬਿਆਨ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚ, ਸਹੀ, ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।

ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਕਿਸਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ: **Cash Aid ਲਈ**, ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ/ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਰਜਿਸਟਰਡ ਡੋਮੈਸਟਿਕ ਪਾਰਟਨਰ, ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ (ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ), ਜੇਕਰ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
CalFresh ਲਈ, ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ, ਜਾਂ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ।

ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ CALFRESH ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	**ਮਿਤੀ**
ਸਹਾਇਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ (ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਬੱਚੇ ਦੇ), ਜੇਕਰ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	**ਮਿਤੀ**
ਨਿਸ਼ਾਨ ਦੇ ਗਵਾਹ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ, ਜਾਂ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	**ਮਿਤੀ**

ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date