STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

현금 보조, 식품권 및 MEDI-CAL/주정부에서 운영하는 카운티 의료 서비스 프로그램 (CMSP) 진술서

- 귀하가 신청하려는 혜택에 대한 모든 질문에 답을 기재하십시오. 모든 답변은 잉크펜을 사용하여 기재하십시오. 해당 프로그램에 대한 각 질문 왼쪽에 있는 "CA"는 현금 보조(cash aid)의 약자이고 "FS"는 식품권(food stamps)의 약자이며, "MC"는 Medi-Cal/34-County CMSP의 약자입니다.
- 귀하의 답변을 입증할 수 있도록 모든 증명서(청구서, 영수증, 기록 등)를 제출하십시오. 증명서를 받거나 이 양식을 기재하는 데에 도움이 필요하면 담당자에게 문의하십시오. 답안을 작성할 공간이 부족한 경우에는 종이 한 장을 더 첨부하십시오.
- 성인 가구원이 아닌 자가 식품권을 요청할 경우, 가구주 또는 다른 성인 가구원이 서명한 서면 허가서를 첨부해야 합니다.

카운티 전용란

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC ① **A. 신청하는 사람, 또는 보조를 원하는 아동의 친족 보호자.**
이름:

집 전화번호 ( )

집 주소 (번지, 스트리트) | 우편 주소 (집 주소와 다를 경우) | 주간에 연락 가능한 전화번호 ( )

도시 주 우편번호 | 도시 주 우편번호

FS **B. 귀하는 집이 없습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우: 귀하는 일시적으로 다른 사람의 집에서 머물고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우: 귀하가 이 집에 머물기 시작한 날짜를 기재하십시오:

CA **C. '임대료를 내거나 아니면 나가라는 통지서 (Pay Rent or Quit Notice)'를 받으셨습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

② **집에 거주하는 각 성인에 대해 모든 정보를 기재하십시오.**

CA FS MC **(A)** 성인 거주자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✓) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계

생년월일 (월 일 연도) | 사회보장번호(SSN)

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD

성별 (✓) ☐ 남자 ☐ 여자 | 시각/청각/신체장애 ☐ 예 ☐ 아니오 | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오

출생지 도시 주 국가

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

요청하는 지원의 종류 (✓) ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ 없음 ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

결혼 유무 (✓) ☐ 기혼 ☐ 미혼 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 동거 ☐ 사별

CA FS MC **(B)** 성인 거주자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✓) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계

생년월일 (월 일 연도) | 사회보장번호(SSN)

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD

성별 (✓) ☐ 남자 ☐ 여자 | 시각/청각/신체장애 ☐ 예 ☐ 아니오 | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오

출생지 도시 주 국가

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

요청하는 지원의 종류 (✓) ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ 없음 ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

결혼 유무 (✓) ☐ 기혼 ☐ 미혼 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 동거 ☐ 사별

CA FS MC **(C)** 성인 거주자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✓) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계

생년월일 (월 일 연도) | 사회보장번호(SSN)

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD

성별 (✓) ☐ 남자 ☐ 여자 | 시각/청각/신체장애 ☐ 예 ☐ 아니오 | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오

출생지 도시 주 국가

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

요청하는 지원의 종류 (✓) ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ 없음 ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

결혼 유무 (✓) ☐ 기혼 ☐ 미혼 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 동거 ☐ 사별

카운티 전용란

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)

Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

카운티 전용란

③ 집에 거주하고 있거나, 잠시 집을 떠나 있거나, 귀하가 세금 부양 가족으로 요청한 각 자녀에 대해 모든 정보를 기재하십시오. 귀하가 임신 중이라면, 자녀를 "unborn(태어나지 않음)" 이라고 적고 출산 예정일을 기재하십시오.

CA FS MC (A) 자녀의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✔) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

사회보장번호(SSN) | 성별 (✔) ☐ 남자 ☐ 여자 | 생년월일 또는 출산 예정일 (월, 일, 연도) | 자녀의 나이

출생지 (도시/주/국가) | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오 | 최근 예방접종을 했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 | 시각/청각/신체장애? ☐ 예 ☐ 아니오

이 자녀는 현재 학교에 다니고 있습니까? (✔) ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 학교 이름:

요청하는 지원의 종류 ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ Medi-Cal ☐ 없음

어머니 이름

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계 | 자녀는 현재 귀하의 집에 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

아버지 이름

자녀에게 보조가 필요한 이유 (아래에 체크(✓)하십시오): 부모 사망 | 부모의 신체 장애 | 부모의 부재 | 부모의 실직

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) 자녀의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✔) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

사회보장번호(SSN) | 성별 (✔) ☐ 남자 ☐ 여자 | 생년월일 또는 출산 예정일 (월, 일, 연도) | 자녀의 나이

출생지 (도시/주/국가) | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오 | 최근 예방접종을 했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 | 시각/청각/신체장애? ☐ 예 ☐ 아니오

이 자녀는 현재 학교에 다니고 있습니까? (✔) ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 학교 이름:

요청하는 지원의 종류 ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ Medi-Cal ☐ 없음

어머니 이름

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계 | 자녀는 현재 귀하의 집에 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

아버지 이름

자녀에게 보조가 필요한 이유 (아래에 체크(✓)하십시오): 부모 사망 | 부모의 신체 장애 | 부모의 부재 | 부모의 실직

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) 자녀의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✔) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

사회보장번호(SSN) | 성별 (✔) ☐ 남자 ☐ 여자 | 생년월일 또는 출산 예정일 (월, 일, 연도) | 자녀의 나이

출생지 (도시/주/국가) | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오 | 최근 예방접종을 했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 | 시각/청각/신체장애? ☐ 예 ☐ 아니오

이 자녀는 현재 학교에 다니고 있습니까? (✔) ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 학교 이름:

요청하는 지원의 종류 ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ Medi-Cal ☐ 없음

어머니 이름

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계 | 자녀는 현재 귀하의 집에 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

아버지 이름

자녀에게 보조가 필요한 이유 (아래에 체크(✓)하십시오): 부모 사망 | 부모의 신체 장애 | 부모의 부재 | 부모의 실직

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) 자녀의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

시민/비시민 신분 (✔) ☐ 미국 시민/국민 ☐ 비시민: 보증인 ☐ 있음 ☐ 없음

사회보장번호(SSN) | 성별 (✔) ☐ 남자 ☐ 여자 | 생년월일 또는 출산 예정일 (월, 일, 연도) | 자녀의 나이

출생지 (도시/주/국가) | 임신 상태 ☐ 예 ☐ 아니오 | 최근 예방접종을 했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 | 시각/청각/신체장애? ☐ 예 ☐ 아니오

이 자녀는 현재 학교에 다니고 있습니까? (✔) ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 학교 이름:

요청하는 지원의 종류 ☐ 현금 보조 ☐ 식품권 ☐ Medi-Cal ☐ 없음

어머니 이름

신청자 또는 아동의 친족 보호자와의 관계 | 자녀는 현재 귀하의 집에 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

아버지 이름

자녀에게 보조가 필요한 이유 (아래에 체크(✓)하십시오): 부모 사망 | 부모의 신체 장애 | 부모의 부재 | 부모의 실직

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code:

☐YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN

☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet

☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE

☐ Immunization ☐ School Attendance

		카운티 전용란
CA (4)	**귀하와 함께 집에 거주하지 않는 자녀나 태어나지 않은 자녀의 부모를 모두 기재하십시오.** 부모 이름 / 부모가 집에 거주하지 않는 이유	☐ Verif. on File ☐ MC 13
CA FS (5)	**지난 12개월 동안 비시민/이민 신분이 변경된 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 이름 / 변경사항 / 날짜 / 외국인 번호 (해당할 경우)	
CA FS (6)	**A. 수양 자녀가 집에서 함께 거주하고 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누구인지 기재하십시오: FS **B. 귀하는 수양 자녀와 수양 양육 소득이 식품권 사례에 적용되기를 원하십니까?** ☐ 예 ☐ 아니오	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
CA FS (7)	**다른 이름(결혼 전 이름, 입양 전 이름 등)을 사용했던 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 이름 / 사용했던 다른 이름 이름 / 사용했던 다른 이름	
CA MC (8)	**A. 모든 사람이 캘리포니아주에 거주합니까?** (예 / 아니오) "아니오"일 경우에, 그에 관해 설명하십시오:	Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA	**B. 모든 사람이 캘리포니아주에 상주할 계획입니까?** (예 / 아니오)	☐ Property
CA	**C. 캘리포니아주 외부에 주택을 소유, 임대 또는 유지하고 있는 사람이 있습니까?** (예 / 아니오)	☐ PA
CA MC	**D. 캘리포니아 외부에서 현재 공적부조를 받고 있는 사람이 있습니까?** (예 / 아니오) "예"일 경우, 설명하십시오:	
CA	**E. 30일 이상 캘리포니아주를 떠나 있을 계획이 있는 사람이 있습니까?** (예 / 아니오)	
MC (9)	**귀하는 18-21세이고 소득세 목적으로 부양 가족으로서 등재 요청되었습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누구인지 기재하십시오:	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS (10)	**A. 자격 조건 단속 조사 중에 비협조, 일이나 훈련 제재조치를 받았거나, 부양 가족이 없는 건강한 성인 (ABAWD) 근로 의무를 충족하지 못했거나, 또는 기타 다른 이유로 인해 현금 보조 또는 식품권이 중단된 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 이름 / 이유 / 날짜 / 카운티/주 명칭	
CA FS	**B. 현금 보조 또는 식품권이 복지 사기 또는 고의적 프로그램 위반 때문에 단기간 또는 영구히 중단된 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 설명하십시오: 이름 / 이유 / 날짜 / 카운티/주 명칭	
FS (11)	**집에 함께 거주하면서 다른 사람들과 따로 음식을 구입하여 식사하는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누구인지 기재하십시오:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12)	**귀하와 함께 거주하면서 신체적 장애로 인해 따로 음식을 구입하여 식사할 수 없는 60세 이상인 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누구인지 기재하십시오:	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

카운티 전용란

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (13) A. 귀하는 다른 사람에게 식비나 방세를 지불합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

식비나 방세를 받는 사람의 이름	체크(✔)하십시오	액수	지불 주기	하루 식사 수
	☐ 식비 ☐ 방세 ☐ 둘 다	$		

CA FS B. 귀하는 다른 사람에게 식비나 방세를 지불합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

식비나 방세를 받는 사람의 이름	체크(✔)하십시오	액수	지불 주기	하루 식사 수
	☐ 식비 ☐ 방세 ☐ 둘 다	$		

FS (14) 다음과 같은 프로그램을 통해 식품을 받는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

- 노인 또는 장애인을 위한 공공 식당 시설
- 미국 원주민 보호 구역에서 운영하는 식품 제공 프로그램
- 기타 식품 프로그램

이름	프로그램 이름	이름	프로그램 이름

CA FS MC (15) A. 다음과 같은 곳에 거주하는 사람이 있습니까: ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

- 보호소, 센터
- 미국 원주민 보호구역
- 정신 병원/정신 요양기관
- 신체장애인/시각장애인을 위한 집단 생활 지도
- 병원 또는 요양원
- 노인들을 위한 보조 주택
- 마약/알코올 중독 재활 센터
- 주거형 보호시설
- 교도 시설/교도소

이름	센터, 보호소, 병원 등의 이름	입소일	예상 퇴소일

MC B. 배우자나 다른 가족은 집에 있지만 본인은 병원이나 요양원에 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

CA (16) 학교에 규칙적으로 출석하지 않는 6-18세 아동의 이름을 기재하고 그 이유를 설명하십시오.

☐ 6-18세 아동이 아님

이름	학교에 규칙적으로 출석하지 않는 이유

CA FS MC (17) A. 14세 이상으로 학교나 대학에 다니거나 훈련 프로그램을 받고 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	나이	학교/대학교/훈련 프로그램 이름	재학/등록 상태 (✔)	매주 시간/학점 / 예상 졸업 날짜	일하고 있습니까?
			☐ 전일(Full time) ☐ 반일(Half time) ☐ 기타 (명시하십시오):		☐ 예 ☐ 아니오
이름	나이	학교/대학교/훈련 프로그램 이름	재학/등록 상태 (✔)	매주 시간/학점 / 예상 졸업 날짜	일하고 있습니까?
			☐ 전일(Full time) ☐ 반일(Half time) ☐ 기타 (명시하십시오):		☐ 예 ☐ 아니오

CA FS B. 대학교에 등록하였거나 유사한 교육기관에 재학 중인 사람에 대해 다음 사항을 기재하십시오.

이름	학기 상태에 체크 (✔)	학기 당 학비/비용	학기 당 책, 용품 등
	☐ 2학기제 ☐ 1년제 ☐ 4학기제	$	$

학교/아동 보육에 걸리는 하루 왕복 거리 (단위: mile)	매주 출석 일수	이용하는 교통수단

매주 교통비	카풀 멤버가 주 당 지불하는 금액	하루 동안 이용하는 대중교통(버스 등)
$	$	$

CA (18) A. 20세 미만으로 임신 중이거나 10대 부모인 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	나이	해당 상태에 체크 (✔)
		☐ 임신 중 ☐ 10대 부모

해당 학력에 체크 (✔) 하십시오

☐ 고등학교 졸업 ☐ GED 소유 ☐ 학교에 다니지 않고 있음 (설명하십시오):

☐ 현재 재학 중 ☐ 기타 (설명하십시오):

CA B. Cal-Learn 프로그램으로부터 현금 보너스 또는 벌금을 받거나 보육비, 교통비 등의 도움을 받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	받은 곳 (카운티)	받은 날짜

CA FS (19) 파업 중인 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

파업 참가자의 이름	고용주/훈련 프로그램의 이름과 주소
노동 조합 이름	
파업을 한 날짜	파업 전 이 일을 통해 번 매달 소득 (공제 전) $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO

CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO

☐ MC 210 S-E

Referred to:

☐ Cal-Learn

☐ CW 25

☐ CW 25A

☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:

☐ CA ☐ FS

CA FS (20) 자녀를 포함하여 일하고 있는 사람이나 일할 것으로 예상되는 사람이 있습니까(시간제 및 임시직 포함)? 각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✔) 하십시오.
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

	예	아니오
지난 60일 이내에 일이나 훈련을 중단 또는 거부한 사람이 있습니까?		
현재 일하고 있거나 훈련 중인 사람이 있습니까?		
앞으로 두 달 동안 일을 하거나 훈련에 참여할 것으로 예상되는 사람이 있습니까?		

자영업자의 경우: **식품권:** 별도의 종이에 귀하의 사업 경비 내역을 기재하십시오.
현금 보조: 귀하가 원하는 매달 사업 경비 산정 방식에 체크(✔)하십시오:
☐ 40% 표준 공제 ☐ 실제 사업 경비 ☐ 매월 평균 (매년 사업 비용을 12개월로 나눈 것).
실제 사업 경비의 경우, 별도의 종이에 귀하의 사업 경비 내역을 기재하십시오.

(A) 이름 CA FS MC | 매달 작업/훈련 시간 수: 지난 달_____ 이번 달_____ | 고용주의 이름 및 주소

급여일 | 자영업자 ☐ 예 ☐ 아니오 | 공제 전 임금 _____당 $ _____ | 마지막 수표를 받은 날짜 | 팁 또는 커미션을 받거나 받을 것으로 예상됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 받은 금액 $_____ 예상 금액 $_____

일/훈련을 그만둔 이유 | 작업/훈련의 마지막 날짜

다음 수표 예상일 | 공제 전 예상 금액 $ | 직업

(B) 이름 CA FS MC | 매달 작업/훈련 시간 수: 지난 달_____ 이번 달_____ | 고용주의 이름 및 주소

급여일 | 자영업자 ☐ 예 ☐ 아니오 | 공제 전 임금 _____당 $ _____ | 마지막 수표를 받은 날짜 | 팁 또는 커미션을 받거나 받을 것으로 예상됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 받은 금액 $_____ 예상 금액 $_____

일/훈련을 그만둔 이유 | 작업/훈련의 마지막 날짜

다음 수표 예상일 | 공제 전 예상 금액 $ | 직업

CA FS MC (21) A. 일을 하거나, 학교 또는 훈련에 갈 수 있거나, 직업을 찾을 수 있도록 자녀, 성인 장애자, 기타 부양 가족의 생활비를 지불하는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하고 일인지 훈련인지 체크 (✓) 하십시오.

피부양자	지불하는 사람	부양자	☐ 일 ☐ 훈련	지불 총액/지불 주기 _____ 마다 $_____
피부양자	지불하는 사람	부양자	☐ 일 ☐ 훈련	지불 총액/지불 주기 _____ 마다 $_____

CA FS MC B. 자녀 보육비의 일부나 전부를 내는 다른 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
집에서 함께 거주하지 않는 친족이나 친구, 교육부, 교부금 등에서 받은 비용도 포함됩니다.
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

자녀 이름	지불하는 사람	매달 지불 액수 $	그 밖에 지불하는 사람	매달 지불 액수 $
자녀 이름	지불하는 사람	매달 지불 액수 $	그 밖에 지불하는 사람	매달 지불 액수 $

FS MC (22) 자녀나 배우자 부양비를 지불하는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

지불하는 사람	피부양자	매달 부양비 $

CA FS MC (23) 자녀를 포함하여 지난 12개월 동안 실업 또는 장애 보험 혜택을 신청 또는 받았거나 앞으로 그러한 혜택을 받을 것으로 예상되는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	신청일	신청한 곳(카운티/주)	마지막으로 받은 날짜
이름	신청일	신청한 곳(카운티/주)	마지막으로 받은 날짜

CA (24) 카운티 또는 다른 주에서 전환 현금 지급 또는 비현금 서비스를 받은 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	카운티/주	받은 금액 $	제공 받은 서비스를 기재하십시오	서비스의 추정가 $	받은 날짜

카운티 전용란

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for: ☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care? ☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

CA FS (25) 집에 함께 거주하고 있는 부모 중 어느 한쪽이라도 지난 24개월 동안 일을 하거나 훈련에 참여했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

- 미국 내외를 막론하고 근무한 모든 직장이 포함됩니다.
- 임대료, 식품, 유틸리티 또는 **다른 모든 비용**을 대신하여 일한 것도 포함됩니다.
- 각 해당자의 가장 최근 업무 또는 훈련부터 기재하십시오.

A. 이름 | 미국 원주민입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 부족 이름을 기재하십시오:

고용주 또는 훈련 프로그램의 이름과 주소 / 일인지 훈련인지 체크 (✓) 하십시오	고용일 월 일 연도 시작일 종료일	지불 총액	고용주 또는 훈련 프로그램의 이름과 주소 / 일인지 훈련인지 체크 (✓) 하십시오	고용일 월 일 연도 시작일 종료일	지불 총액
1. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	4. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월
2. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	5. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월
3. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	6. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월

B. 이름 | 미국 원주민입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 부족 이름을 기재하십시오:

고용주 또는 훈련 프로그램의 이름과 주소 / 일인지 훈련인지 체크 (✓) 하십시오	고용일 월 일 연도 시작일 종료일	지불 총액	고용주 또는 훈련 프로그램의 이름과 주소 / 일인지 훈련인지 체크 (✓) 하십시오	고용일 월 일 연도 시작일 종료일	지불 총액
1. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	4. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월
2. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	5. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월
3. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월	6. ☐ 일 ☐ 훈련	시작일 종료일	$ ☐ 매주 ☐ 매월

FS (26) 모든 식품권 수혜 가구원은 미국 시민입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"아니오"일 경우, **미국 시민이 아닌** 식품권 수혜 가구원 각각에 대해 다음 정보를 기재하십시오.

각 비시민권자의 이름	A. 이 가구원, 그 배우자 및 부모(이 가구원이 18세가 되기 이전)는 총 몇 년 동안 미국에서 거주했습니까?	B. A열에 기재한 시간만큼 미국에서 거주하는 동안, 이 가구원, 그 배우자 및 부모(이 가구원이 18세가 되기 이전)는 미국에서 일을 하여 돈을 벌었습니까?	C. 미국 외부에서 거주하는 동안, 이 가구원, 그 배우자 및 부모(이 가구원이 18세가 되기 이전)는 총 몇 년 동안 미국에서 일했습니까?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) 미군에 복무한 사람이 있습니까, 그렇지 않으면 미군에 복무했던 사람의 배우자, 부모, 또는 자녀가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	미국 시민	(✔) 상태	명예 제대	병과	복무 날짜
	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 현역으로 복무 중/퇴역 군인 ☐ 배우자, 부모 또는 자녀가 현역으로 복무 중/퇴역 군인	☐ 예 ☐ 아니오		
이름	미국 시민	(✔) 상태	명예 제대	병과	복무 날짜
	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 현역으로 복무 중/퇴역 군인 ☐ 배우자, 부모 또는 자녀가 현역으로 복무 중/퇴역 군인	☐ 예 ☐ 아니오		

카운티 전용란

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

카운티 전용란

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: _____
Earnings from _____ to _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CW 5*
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **(28) A. 자녀를 포함하여 다음 보조나 혜택을 통해 수당을 받거나 받을 것으로 예상되는 사람이 있습니까?**
각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✔) 하십시오.

	예	아니오		예	아니오
근로장학금, 근로연계복지 또는 기타 프로그램			VA(퇴역 군인) 교육 관련 소득		
기타 훈련 수당			VA 보조 및 서비스		
교육 보조금, 대출 및 장학금			사회보장장애 또는 SSI/SSP (supplemental security income/state supplementary payment)		
다른 주에서 받는 CalWORKs/현금 보조					
난민 현금 보조(RCA)			VA 장애		
이민자를 위한 현금 보조 프로그램(CAPI)			철도 장애		
일반 지원/구제(GA/GR: General Assistance/Relief)			연방, 주, 또는 지역 정부 기관의 기타 퇴직 소득		
근로자 보상			기타 비정부 장애 또는 병가		
의료비 또는 보험료의 자녀/배우자 지원 또는 수당			사회보장퇴직 또는 유가족		
			철도원 퇴직연금		
파업 수당			연방, 주, 또는 지역 정부 기관의 기타 장애 소득		
대출, 선물, 기부					
법적 또는 보험 합의/계류 중인 조치 소송			기타 비정부 퇴직 소득		
어음 매각, 계약서, 신탁 증서, 약속 어음			일인당 지급금		
군인 수당 또는 연금			상금 (도박/복권/빙고, 상 등)		
			기타 (설명하십시오)		

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	출처	(공제 전 금액)	날짜	지급 주기
		$		
		$		

카운티 전용란

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **B. 생계비 인상과 같이 현재 받는 금액이 변경될 것으로 예상되는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	변경사항	금액	날짜
		$	

CA FS MC **(29) 주거비 또는 임대료, 유틸리티, 식품, 또는 의류를 무상으로 받거나 일한 대가로 받은 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하고 무상인지 일의 대가로 받은 것인지 체크 (✔) 하십시오:

받은 품목	무상	일한 대가	이 품목을 받은 사람	가격	이 품목을 제공한 사람
주거비 또는 임대료				$	
유틸리티				$	
식품				$	
의류				$	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC **(30) A. 미국 외에 다른 국가를 포함하여 토지 및 건물과 같은 부동산을 소유하고 있거나 구매하는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오. 공유 소유권의 토지 및 건물도 포함됩니다.

종류 (토지, 콘도, 아파트, 주택 등)	이 재산의 용도는? 체크 (✓)하십시오	예	아니오	소유자	주소 또는 위치	부채 규모	임대 소득
	거주					$	$
팔려고 내놓음 ☐ 예 ☐ 아니오	임대 전용						
	기타 (설명하십시오):						

종류 (토지, 콘도, 아파트, 주택 등)	이 재산의 용도는? 체크 (✓)하십시오	예	아니오	소유자	주소 또는 위치	부채 규모	임대 소득
	거주					$	$
팔려고 내놓음 ☐ 예 ☐ 아니오	임대 전용						
	기타 (설명하십시오):						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $ _____
Amount Owed $ _____
Net Value $ _____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

CA MC **B. 언젠가는 돌아가길 원하기 때문에 현재 거주하지 않고 있는 주택을 소유하고 있는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

소유인 이름	소유지 주소	돌아 갈 예상일 (알고 있을 경우)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____

CA FS MC **(31) A. 자녀를 포함하여 다음과 같은 재화 또는 사업과 관련된 자산을 보유한 사람이 있습니까?**

각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✔) 하십시오.
소유, 사용, 관리, 공유된 자산 또는 다른 사람과 공동으로 소유한 자산도 모두 포함됩니다 (편의상의 용도).
카운티에서는 이러한 자산을 포함하여 계산할 지를 결정할 것입니다.

	예	아니오		예	아니오
현금 (수중에 있거나 다른 곳에 있음)			신탁 기금 (이용 여부와 상관 없음)		
현금화 되지 않은 수표 (수중에 있거나 다른 곳에 있음)			어음, 저당권, 신탁 증서, 매매계약서 등		
보통예금 – 자녀 및 성인 소유			IRA 또는 자영업자 퇴직 연금제도 (Keogh Plan) 등		
수표계좌 – 사용 유무에 상관없음			일을 그만두면 이용할 수 있는 퇴직 기금 (PERS 등)		
신용 조합 계좌			종업원 이연 소득 계획		
주식, 채권, 예금 증서, MMA (money market accounts) 등			생명 보험 또는 연금		
석유, 광산, 또는 채굴권			모든 재산의 종신 부동산권		
매장지, 관 또는 기타 장례 상품용으로 지정된 장례 기금/비용, 장례 신탁 또는 계약, 보험			장기 요양보험		
			이전 달의 EBT 현금 잔고		
소득세 환급분			기타 (설명하십시오)		

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

자산	사업 관련	소유자	계좌/보험증서 번호	은행 등의 이름과 주소	현재 가치
	☐ 예 ☐ 아니오				$
	☐ 예 ☐ 아니오				$
	☐ 예 ☐ 아니오				$

CA FS MC **B. 이자, 배당금과 같이 위의 자산에서 소득이 있거나 소득이 있을 것으로 예상되는 사람이 있습니까?** ☐ **예** ☐ **아니오**

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

이름	소득의 출처	금액	소득 발생 주기	사업 관련
		$		☐ 예 ☐ 아니오
		$		사업 관련 ☐ 예 ☐ 아니오

MC **(32) 등기된 저당권이 있거나, 또는 귀하나 가족 구성원이 소유한 재산 중 의료 서비스용 담보로 사용될 재산에 대해 의사, 클리닉, 또는 병원과 담보 계약서에 서명했습니까?** ☐ **예** ☐ **아니오**

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

저당권 또는 담보 금액	재산 유형 및 위치	진료를 받은 날짜와 유형/진료를 받을 날짜와 유형	의료기관 이름
$			
$			

MC **(33) A. 다음과 같은 재화를 소유한 사람이 있습니까?:** ☐ **예** ☐ **아니오**

- 비모터보트, 캠프용 차량, 비모터 트레일러.
- 총, 공구, 또는 운동 기구 등
- 개인 용도의 가축 또는 애완 동물
- 보석, 공예품, 골동품, 소장품, 카메라, 악기(피아노, 기타, 앰프 등).

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오: 결혼 반지와 약혼 반지 또는 가보는 포함하지 마십시오. $100 이상의 가치가 있는 보석, 품목 당 $500 이상의 가치가 있는 개인용품 또는 가정용품을 기재하십시오.

품목	팔려고 내놓음	구입가 또는 현재가	부채 규모	품목	팔려고 내놓음	구입가 또는 현재가	부채 규모
	☐ 예 ☐ 아니	$	$		☐ 예 ☐ 아니	$	$
	☐ 예 ☐ 아니	$	$		☐ 예 ☐ 아니	$	$

MC **B. 공구, 재고품 및 재료, 사무기기, 가축 등을 포함하여 업무용 자산을 보유한 사람이 있습니까?** ☐ **예** ☐ **아니오**

다른 사람과 공동으로 소유하거나 공유한 모든 재산을 포함하십시오.
"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

품목	팔려고 내놓음	구입가 또는 현재가	부채 규모	품목	팔려고 내놓음	구입가 또는 현재가	부채 규모
	☐ 예 ☐ 아니	$	$		☐ 예 ☐ 아니	$	$
	☐ 예 ☐ 아니	$	$		☐ 예 ☐ 아니	$	$

카운티 전용란

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned
Date _____
☐ Resource Verified: Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO
Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program
☐ Insignificant Value for 1931(b)
☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)
CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

CA MC (34) **주택이나 토지와 같은 부동산뿐 아니라 돈, 자동차, 은행계좌, 법적 합의금 또는 상해보험 합의금 등을 판매, 사용, 거래, 이전 또는 양도한 사람이 있습니까?** (현금 보조의 경우 지난 12개월, 식품권의 경우 3개월, Medi-Cal의 경우 지난 2년 6개월(30개월) 이내에 판매 또는 거래한 재산을 기재하십시오). "예"일 경우, 재산 유형과 날짜를 기재하십시오: ☐ 예 ☐ 아니오

CA FS MC (35) **운행하지는 않을지라도 자동차, 모터사이클, 설상차, RV차량, 모터보트 등과 같은 차량의 등록 시에 자신의 명의로 하거나, 명의 사용권을 갖고 있거나, 또는 명의를 보유한 사람이 있습니까?** "예"일 경우, 다음을 기재하십시오. 각 차량에 대한 정보를 알 수 있도록 귀하의 등록 증명서를 살펴보십시오: ☐ 예 ☐ 아니오

	차량 (1)	차량 (2)	차량 (3)
차량 소유자			
이 차량을 이용하는 사람의 이름			
연도/제조회사/차종			
차량 번호			
감정가	$	$	$
남아 있는 부채	$	$	$
면허	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오
임대	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오

이 차량의 용도는? 각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✔) 하십시오.	예	아니오	예	아니오	예	아니오
거주용						
일 또는 훈련에 가거나 구직을 위해 사용						
자영업, 독립 경영 또는 업무용						
신체 장애가 있는 가구원에게 필요함						
가정용 연료 또는 물을 실어오기 위해 사용						
여가 용도로만 사용						

카운티 전용란

Transfer of Assets:
☐ CA in last 12 months
☐ FS in last 3 months
☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
☐ Verifications viewed
☐ Leased vehicle:
☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
☐ Pickle Program:
Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____$_____

(2) Date:_____$_____

(3) Date:_____$_____

카운티 전용란 - 차량

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA
Excess Value $ _____
Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

CA FS (36) **A. 누군가가 주택비를 내고 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니요
"예"라면 아래를 작성하십시오.

주택비	총금액	귀하가 지불하는 금액	다른 가족/세대원이 지불하는 금액	청구되는 주기
임차료	$	$	$	
주택 (대출) 상환금	$	$	$	
재산세(주택 상환금에 포함되지 않은 경우)	$	$	$	
보험료(주택 상환금에 포함되지 않은 경우)	$	$	$	
기타(설명하십시오)	$	$	$	

CA FS **B. 다른 누군가가 이 주택비의 전부 또는 일부를 내고 있습니까? 같이 살지 않는 친척이나 친구, HUD, Section 8과 같은 임차 보조 프로그램 등.** "예"라면 아래를 작성하십시오. ☐ 예 ☐ 아니요

주택비 유형	지불자 이름	지불자 각각이 지불하는	청구되는 주기
		$	
		$	

FS (37) **A. 누군가가 공과금을 내고 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니요
"예"라면 아래 해당 칸에 모두 표시하십시오.

가스		쓰레기	
전기		하수도	
기타 연료(프로판, 부탄, 나무, 석탄 등)		전화/인터넷 같은 기타 통신 수단 등	
상수도		기타(설명하십시오)	

FS **B.** 가스나 전기, 기타 연료를 난방이나 냉방에 사용합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
"예"라면 아래에 표시하십시오.

공익 설비	난방이나 냉방에 사용
가스	☐ 예 ☐ 아니요
전기	☐ 예 ☐ 아니요
기타 연료	☐ 예 ☐ 아니요

FS (38) **세대원이나 세대원 이외 사람에게 귀하의 식권 혜택으로 식품을 구매할 권한을 위임할 수 있습니다. 위임을 원하면 아래를 작성하십시오.**

위임 받을 사람 이름	주소	전화
		( )

카운티가 기재

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

Utility allowance
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA
☐ None allowed

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **이번 달 또는 이번 달을 제외한 지난 삼개월 동안에 병원 치료/임신 치료를 받은 적이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

치료 받은 사람의 이름	치료 받은 개월 수	치료에 든 비용		치료 받는 동안에 Medi-Cal의 필요를 느꼈습니까?	
		예	아니오	예	아니오

COUNTY USE ONLY

Retroactive Application
☐ Retro Only
☐ Retro and Cont.
☐ MC 210A

CA FS MC (40) **Medicare 보험적용을 받는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

적용 받는 사람	MEDICARE 청구번호	(✔) 매달 보험료 지불 방법			
		내역	수표에서 공제	현금 지불	기타
		파트 A			
		파트 B			
		파트 A			
		파트 B			

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB/QI
☐ QDWI

CA MC (41) **Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS 등과 같은, 건강보험, 치과보험, 안과보험, 입원보험, 장기요양보험, 또는 의료보험 제도에 가입한 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

보험회사	보험 가입자 이름	만기일	보험료	납부 주기
			$	
			$	

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO
☐ DHS 6155
Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **부모, 고용주 또는 부재 부모를 통해 이용할 수 있으면서 신청된 적이 없는 건강 보험에 가입되어 있는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

보험회사	보험 가입자 이름	보험료	납부 주기
		$	
		$	

☐ DHS 6155

CA MC (43) **지난 60일 이내에 종료되거나 종료될 것으로 예상되는 건강보험에 가입한 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

보험회사	보험 가입자 이름	만기일	보험료	납부 주기
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (44) **부상이나 사고로 인한 신체 장애가 있어 일하기가 힘들거나 혼자 생활하는 것이 어려운 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

해당자 이름	사고 유형	사고가 발생한 날짜	회복 예정일

☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. 다음 사항이 필요한 건강 상태 또는 상황에 있는 사람이 있습니까?**

각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✔) 하십시오:

	예	아니오		예	아니오
특별 식이요법?의사 처방			매우 높은 유틸리티 사용		
특별 교통수단 필요			특별 세탁 서비스		
특수한 전화 및 기타 기구			기타 (명시하십시오):		
집안일 (집안의 어느 누구도 할 수 없음)					

"예"일 경우, 설명하십시오:

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $ _____

CA FS MC **B. 가구원 중 다른 가구원의 보살핌이 필요한 아동이나 신체 장애인이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 설명하십시오:

CA MC **C. 일을 하고 있고 일을 하기 위해 필요한 의료비(휠체어 등) 지출이 있는 신체 장애자가 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

해당자 이름	비용 종류	금액
		$
		$

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. 가사 보조 서비스(IHSS)를 받고 있는 사람이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 누가 이 서비스를 받고 있습니까? _____ 귀하는 매월 얼마를 지불합니까? $_____

CA (46) 귀하의 가구는 지진, 화재 또는 홍수와 같은 예기치 못한 상황으로 인해 잃거나 손상된 주택 또는 필수 가정용품을 구입 또는 복구하기 위해 특별 지원금을 신청하길 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 다음을 기재하십시오:

카운티 전용란	YES	NO
Special Need Verified		
Eligible for Special Need		

CA FS (47) 가구원 중에서 중죄 혐의의 기소, 판결 후 구금이나 구류를 회피하기 위해 법망을 피해 도주한 사람, 또는 집행유예나 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 해당인의 이름을 기재하십시오:

CA FS (48) 귀하 또는 가구원 중에서 마약 관련 중죄 판결을 받은 사람이 있습니까? "아니오"일 경우, 49번 질문으로 가십시오. ☐ 예 ☐ 아니오

FS convictions after 8/22/96
CW convictions after 1/1/98

"예"일 경우, 이름: _____ 유죄 선고를 받은 날짜: _____

다음 중 유죄 판결의 이유는 무엇입니까:

- 운송, 캘리포니아주로 수입, 판매, 공급, 관리, 양도, 판매를 위해 소유, 판매용으로 구입, 제조, 혹은 규제약물을 제조하거나 마리화나를 경작, 수확, 처리하기 위해 전구물질 처리? ☐ 예 ☐ 아니오
- 위의 행위에 가담하도록 미성년자를 조장, 권유, 유인 또는 협박? ☐ 예 ☐ 아니오

Qualifying Drug Felon?
☐ Yes ☐ No

귀하 또는 귀하의 가구원이 다음 프로그램에 참여했습니까:

Meets felony conditions of eligibility?
☐ Yes ☐ No

a) 정부 인가 마약 치료 프로그램을 수료했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

b) 정부 인가 치료 프로그램에 참가했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

c) 정부 인가 마약 치료 프로그램에 등록했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

d) 정부 인가 마약 치료 프로그램의 대기자 명단에 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

e) 규제 약물 사용을 중단했으며 중단한 증거가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 이를 설명하십시오: _____

CA MC (49) 다음 서비스도 이용 가능합니다. 다음 질문에 대한 답변은 귀하의 자격에 영향을 미치지 않습니다. 각 항목에 "예" 또는 "아니오"를 체크 (✓) 하십시오.	예	아니오	
A. 가족 중 21세 미만의 자격이 있는 분은 자녀 건강과 장애 예방(CHDP: Child Health and Disability Prevention) 프로그램을 통해 가족 건강 보호를 지원하는 정기 검사를 요청 시에 이용할 수 있습니다.			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
• CHDP 서비스에 관한 자세한 정보를 원하십니까?.....			☐ CHDP Referral
• CHDP 의료 서비스를 원하십니까?			☐ Social Services Referral (MCO)
• CHDP 치과 서비스를 원하십니까?			
• 예약을 하거나 CHDP 서비스를 받으러 가기 위해 교통 수단의 도움이 필요하십니까?			
B. 면역 서비스에 관한 자세한 정보를 원하십니까?			☐ Referred for Immuniz.
C. 임신한 경우, 의사를 선정하고 건강 식품을 구입하는 등의 도움을 받을 수 있습니다. 이러한 지원에 관해 상담을 원하십니까?.....			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
D. 귀하는 모유 수유를 하고 있습니까?.....			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
"예"일 경우, 지난 12개월 이내에 출산했습니까?			
(49)의 C 또는 D에 "예"를 체크한 경우, 여성, 영아, 아동(WIC:Women, Infants and Children)을 위한 특별 보충 식품 프로그램에서 제공하는 서비스를 받을 수 있는 자격이 주어집니다.			☐ WIC referral
E. 귀하 또는 가족 구성원은 계획되지 않은 임신을 방지하고 다음 자녀를 갖는 방식을 계획할 수 있도록 지원하는 무료 또는 저비용 가족 계획 서비스를 원하십니까? "예"일 경우 귀하의 건강 보험 또는 담당 의사에게 전화하십시오. 또는, 비밀 보장 가족 계획 상담소의 위치와 정보에 대해서는 무료전화 1-800-942-1054로 전화하십시오.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

증명

본인은 다음 사항을 이해합니다:

- 혜택과 소득 정보를 포함하여 본인이 제공한 모든 정보는 고용주, 사회보장국(Social Security Administration), 세금, 복지 및 실업 관련 정부기관, 취학 등의 지역, 주 및 연방 정부 기록들과 대조될 것입니다. 또한, 현금 보조와 식품권 기록은 구속영장 발부를 위해 법 집행 기관의 기록과도 대조됩니다.

- 본인이 제공하는 혜택과 수입 정보를 포함한 모든 정보는 카운티, 주, 연방 직원이 검토 또는 조사할 수 있으며, 잘못된 사실을 제공했을 경우 본인의 현금 보조, 식품권 및 Medi-Cal이 취소 또는 중단될 수 있습니다.

- 본인의 사례는 본인의 자격이 정당히 평가 되었음을 보증하기 위해 검토 시 선정될 수 있으며, 본인은 자격 조건 단속 조사를 포함한 모든 조사 또는 검토에 있어서 반드시 카운티, 주 또는 연방 직원에게 충실히 협조해야 합니다.

- 카운티는 이민 신분을 확인하기 위해 미국 이민국(USCIS: U.S. Citizenship and Immigration Services, 구 INS)에 정보를 보내며, 카운티가 USCIS로부터 받는 정보는 현금 보조, 식품권 및 전체 Medi-Cal에 대한 본인의 자격에 영향을 미칠 수 있습니다. 그러나, Medi-Cal만 신청하고 (a)미국 영주권자(LPR: lawful permanent resident)인 비시민권자, (b) 현재 유효한 I-688을 소유한 사면 외국인, 또는 (c) PRUCOL(Permanently Residing Under Color of Law) 조항에 따라 미국에서 영구 거주하는 비시민권자가 아닌 경우, 카운티는 USCIS로 정보를 보내지 않을 것입니다.

- 비용이 포함되지 않은 경우에는 반드시 이용 가능한 의료 보험을 신청하고 유지해야 합니다. 그렇지 않을 경우 Medi-Cal이 취소 또는 중단될 것입니다.

- 본인 또는 가족 구성원은 수혜 자격에 미달임에도 수혜 받은 현금 보조금은 향후 상환해야 합니다.

- 식품권 수혜 가구, 식품권 수혜 가구의 성인 가구원(해당 수혜자가 이사 가더라도), 비시민 가구원의 보증인, 또는 자격 있는 기관의 승인된 주재 대표자는 해당 가구가 받지 말았어야 할 모든 혜택 수당을 상환하도록 요구 받을 수 있습니다.

- 중죄 혐의의 기소, 판결 후 구금이나 구류를 회피하기 위해 법망을 피해 도주한 본인 가구의 가구원, 또는 가석방이나 집행유예 조건을 위반한 본인 가구의 가구원은 현금 보조 또는 식품권을 받을 수 없습니다.

- 1996년 8월 22일 이후로 규제 약물을 소유, 이용, 제조, 판매 및 배포하거나 그러한 불법 행위와 관련된 모든 활동, 또는 마리화나를 수확, 경작, 처리하는 행위, 또는 앞에서 열거한 행위에 미성년자를 가담시키는 행위로 인해 마약 관련 중죄 판결을 받은 가구원은 식품권 혜택을 받을 수 없습니다.

- 현금 보조와 식품권 혜택의 경우, 카운티에서는 본인과 특정 가구원의 지문 채취와 사진 촬영을 요구할 것입니다. 협조하지 않을 경우에는 모든 혜택이 취소되거나 중단될 수 있습니다.

l본인은 다음 사항도 이해합니다:

현금 보조, 식품권 및 Medi-Cal에 대한 본인의 자격 또는 수혜에 영향을 끼치는 모든 사실이나 상황을 보고하지 않거나 잘못된 사실을 고의로 제공했을 경우, 본인은 자격 박탈 및 복지 사기에 대한 처벌을 받겠습니다.

현금 보조:

- 고의로 현금 보조 규정을 지키지 않았을 경우, 최고 $10,000의 벌금형 및 징역 3년을 선고 받을 수 있습니다. 또한 본인의 현금 보조도 중단될 수 있습니다:
  - 모든 사실을 보고하지 않거나 잘못된 사실을 보고할 경우: 첫 번째 위반 시에는 6개월, 두 번째 위반 시에는 12개월, 세 번째 위반 시에는 영구 중단되며, 난민 현금 보조(Refugee Cash Assistance)의 경우에 첫 번째 위반 시에는 3개월, 2번째 이상의 위반 시에는 6개월이 중단됩니다.
  - 신청서를 하나 이상 제출하여 동시에 두 개 이상의 보조를 받는 경우: 첫 번째 위반 시에는 2년, 두 번째 위반 시에는 4년, 세 번째 위반 시에는 영구 중단될 수 있습니다.
  - 중대한 절도로 인해 유죄 판결을 받고도 보조를 받는 경우: $2000 미만의 절도에 대해서는 2년, $2000에서 $4999.99까지의 절도에 대해서는 5년, $5000이상에 대해서는 영구 중단될 수 있습니다.
  - 동시에 2개 이상의 카운티 또는 주에서 보조를 받기 위해 카운티에 허위 거주 증명서를 제공했을 경우, 자격 없는 자녀나 존재하지 않는 자녀에 대한 허위 증명서를 카운티에 제출하는 경우, 사기로 현금 수혜를 $10,000가 넘게 받은 경우, 법원이나 행정 공판에서 세 번째로 사기죄로 유죄 판결을 받은 경우에는: 영구 중단됩니다.

식품권:

- 고의적으로 식품권 규정을 지키지 않을 경우, 본인의 식품권은 첫 위반 시 12개월, 두 번째 위반 시 24개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 중단될 수 있습니다. 또한, 본인은 최고 $250,000의 벌금형 및 징역 20년을 선고 받을 수 있습니다.
- 다음과 같은 이유로 법원에서 유죄 판결을 받았을 경우:
  - 식품권 혜택을 총기구, 탄약, 폭발물과 거래하거나 판매했을 경우, 본인의 식품권은 첫 위반 시 영구 중단될 수 있습니다.
  - 식품권 혜택을 규제 물질과 거래하거나 판매했을 경우, 본인의 식품권 혜택은 첫 위반 시 24개월, 두 번째 위반 시에는 영구 중단될 것입니다.
  - $500 이상의 가치가 있는 식품권 혜택을 거래 또는 판매했을 경우, 본인의 식품권 혜택은 영구 중단될 수 있습니다.
  - 두 개 이상의 식품권 혜택 신청서를 동시에 제출하고, 카운티에 거짓 신분 또는 거짓 주거 정보를 제공했을 경우, 본인의 식품권은 10년 동안 중단될 수 있습니다.

본인은 미합중국과 캘리포니아주 법률에 따라 위증일 경우 처벌을 받는다는 조건 하에서 이 진술서의 정보가 사실이고 정확하며 완전함을 선언합니다.

서명 (부모 중 한쪽 또는 친족 보호자, Medi-Cal 신청자, 식품권 수혜 성인 가구원 또는 식품권에 대해 위임 받은 대리인)			날짜
서명 (현금 보조를 신청한 경우, 집에 살고 있는 부모 중 다른 한쪽)	날짜	서명 (증인, 통역사 또는 신청자/수혜자의 대리인)	날짜

카운티 전용란

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If “NO”, explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE