STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

現金補助,糧食券和MEDI-CAL/州政府辦理的郡醫療服務計劃(CMSP)事實聲明表

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

- 對關於你所申請福利的各項問題,請填寫回答。請用墨水筆,以書寫體回答所有的問題。列在每一項問題左邊,代表現金補助的"CA",代表糧食券的"FS"和代表加州醫藥補助(Medi-Cal)/州CMSP的"MC"告訴你,哪個問題是針對哪項計劃項目。
- 請提供證明(如:帳單,收據和記錄)來證實你的回答。假如你在取得證明,或者填寫這份表格時需要幫助,你可以告訴你的工作員。假如你需要更多篇幅的話,請另附紙張。
- 假如你在申請糧食券,而你不是家庭的成人成員,請附上由家長或家中其他成人成員簽署的書面授權書。

郡政府專欄

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. 申請者姓名或需要補助孩子的照管親屬姓名。 家裡電話 ( )

家裡地址(號碼,街名) 郵寄地址(如不同) 日間電話 ( )

市 州 郵政編號 市 州 郵政編號

FS B. 你是無家可歸者嗎? ☐是 ☐否 假如"是"的話,你是否暫時住在別人的家中? ☐是 ☐否
假如"是"的話,請列出你開始住在這個家中的日期:

② 對每一位住在家中的成人,須提供我們所有的情況。你若是申請Medi-Cal的非公民,而你不是(a) LPR(合法永久居住美國的外僑),(b)具有目前生效的I-688的獲大赦外僑,或(c) PRUCOL(法律許可下永久居住美國的外僑),請勿在陰影格內填寫"出生地點。"

CA FS MC (A) 申請者/姓名(名,中間名,姓)
公民/非公民身份(✓) ☐美國公民/國民 ☐受庇護者 ☐難民 ☐PRUCOL ☐具有I-688的獲大赦外僑 ☐LPR ☐其他合法居住的非公民 ☐無證明文件者 受擔保? ☐是 ☐否
和申請者或孩子的照管親屬的關係 出生日期 社會保險號碼 — —
性別(✓) ☐男 ☐女 瞎眼,耳聾,或殘障 ☐是 ☐否 懷孕 ☐是 ☐否 出生地點 市 州 國
請求補助的種類(✓) ☐現金補助 ☐糧食券 ☐無 ☐Medi-Cal ☐州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐已婚 ☐未婚 ☐分居 ☐離婚 ☐同居 ☐寡居

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

CA FS MC (B) 成人姓名(名,中間名,姓)
公民/非公民身份(✓) ☐美國公民/國民 ☐受庇護者 ☐難民 ☐PRUCOL ☐具有I-688的獲大赦外僑 ☐LPR ☐其他合法居住的非公民 ☐無證明文件者 受擔保? ☐是 ☐否
和申請者或孩子的照管親屬的關係 出生日期 / / 社會保險號碼 — —
性別(✓) ☐男 ☐女 瞎眼,耳聾,或殘障 ☐是 ☐否 懷孕 ☐是 ☐否 出生地點 市 州 國
請求補助的種類(✓) ☐現金補助 ☐糧食券 ☐無 ☐Medi-Cal ☐州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐已婚 ☐未婚 ☐分居 ☐離婚 ☐同居 ☐寡居

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

CA FS MC (C) 成人姓名(名,中間名,姓)
公民/非公民身份(✓) ☐美國公民/國民 ☐受庇護者 ☐難民 ☐PRUCOL ☐具有I-688的獲大赦外僑 ☐LPR ☐其他合法居住的非公民 ☐無證明文件者 受擔保? ☐是 ☐否
和申請者或孩子的照管親屬的關係 出生日期 社會保險號碼 — —
性別(✓) ☐男 ☐女 瞎眼,耳聾,或殘障 ☐是 ☐否 懷孕 ☐是 ☐否 出生地點 市 州 國
請求補助的種類(✓) ☐現金補助 ☐糧食券 ☐無 ☐Medi-Cal ☐州CMSP
婚姻狀況(✓) ☐已婚 ☐未婚 ☐分居 ☐離婚 ☐同居 ☐寡居

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

郡政府專欄

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 (403.31)
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 GAIN or 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 b, c, d, e, f, or h (.31)
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)

WORK EXEMPTIONS (42-789 THRU 42-799)

01 Age under 16
02 School Attendance
03 Disability
04 Age 60 or older
05 Care of Another Individual in household
06 Care of Child Age 6 months or under
07 Pregnancy
08 Nonparent relative caretaker (limited)

③ 對每一位住在家中的孩子，短期住在外面的孩子，或者你報稅時申報為眷屬的孩子，必須提供我們所有的情況。但是假如你是申請Medi-Cal的非公民，而你不是 (a) LPR (合法永久居住美國的外僑)，(b) 具有目前生效的I-688的獲大赦外僑，或 (c) PRUCOL (法律許可下永久居住美國的外僑)，請勿在陰影格內填寫"出生地點。"
假如你懷孕，請列出"未出生"的孩子並且給以預產期。

郡政府專欄

CA FS MC **(A)** 孩子姓名(名，中間名，姓)

社會保險號碼 — —

性別 (✓) ☐ 男 ☐ 女

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

請求補助的種類 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal

和申請者或孩子的照管親屬的關係

孩子現住在你家嗎? ☐ 是 ☐ 否

公民/非公民身份 (✓) ☐ 美國公民/國民 ☐ 受庇護者 ☐ 難民 ☐ PRUCOL ☐ LPR ☐ 其他合法居住的非公民 ☐ 無證明文件者 ☐ 具有I-688的獲大赦外僑 受擔保? ☐ 是 ☐ 否

出生日期或預產期 / /

瞎眼，耳聾，或殘障 ☐ 是 ☐ 否

母親姓名

父親姓名

孩子們需要補助，因為家長 (在下面劃 [✓])：死亡 殘障 離家 失業

AU (✓) | NON-AU (✓) | MFBU (✓) | FS Non-HH/Excluded Member Code

☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CA 2.1/CA 371 | Date of Entry In U.S.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

---

CA FS MC **(B)** 孩子姓名(名，中間名，姓)

社會保險號碼 — —

性別 (✓) ☐ 男 ☐ 女

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

請求補助的種類 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal

和申請者或孩子的照管親屬的關係

孩子現住在你家嗎? ☐ 是 ☐ 否

公民/非公民身份 (✓) ☐ 美國公民/國民 ☐ 受庇護者 ☐ 難民 ☐ PRUCOL ☐ LPR ☐ 其他合法居住的非公民 ☐ 無證明文件者 ☐ 具有I-688的獲大赦外僑 受擔保? ☐ 是 ☐ 否

出生日期或預產期 / /

瞎眼，耳聾，或殘障 ☐ 是 ☐ 否

母親姓名

父親姓名

AU (✓) | NON-AU (✓) | MFBU (✓) | FS Non-HH/Excluded Member Code

☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CA 2.1/CA 371 | Date of Entry In U.S.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

---

CA FS MC **(C)** 孩子姓名(名，中間名，姓)

社會保險號碼 — —

性別 (✓) ☐ 男 ☐ 女

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

請求補助的種類 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal

和申請者或孩子的照管親屬的關係

孩子現住在你家嗎? ☐ 是 ☐ 否

公民/非公民身份 (✓) ☐ 美國公民/國民 ☐ 受庇護者 ☐ 難民 ☐ PRUCOL ☐ LPR ☐ 其他合法居住的非公民 ☐ 無證明文件者 ☐ 具有I-688的獲大赦外僑 受擔保? ☐ 是 ☐ 否

出生日期或預產期 / /

瞎眼，耳聾，或殘障 ☐ 是 ☐ 否

母親姓名

父親姓名

AU (✓) | NON-AU (✓) | MFBU (✓) | FS Non-HH/Excluded Member Code

☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CA 2.1/CA 371 | Date of Entry In U.S.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

---

CA FS MC **(D)** 孩子姓名(名，中間名，姓)

社會保險號碼 — —

性別 (✓) ☐ 男 ☐ 女

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

請求補助的種類 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal

和申請者或孩子的照管親屬的關係

孩子現住在你家嗎? ☐ 是 ☐ 否

公民/非公民身份 (✓) ☐ 美國公民/國民 ☐ 受庇護者 ☐ 難民 ☐ PRUCOL ☐ LPR ☐ 其他合法居住的非公民 ☐ 無證明文件者 ☐ 具有I-688的獲大赦外僑 受擔保? ☐ 是 ☐ 否

出生日期或預產期 / /

瞎眼，耳聾，或殘障 ☐ 是 ☐ 否

母親姓名

父親姓名

AU (✓) | NON-AU (✓) | MFBU (✓) | FS Non-HH/Excluded Member Code

☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CA 2.1/CA 371 | Date of Entry In U.S.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

---

CA FS MC **(E)** 孩子姓名(名，中間名，姓)

社會保險號碼 — —

性別 (✓) ☐ 男 ☐ 女

出生地點(市/州/國)

懷孕 ☐ 是 ☐ 否

請求補助的種類 (✓) ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 無 ☐ Medi-Cal

和申請者或孩子的照管親屬的關係

孩子現住在你家嗎? ☐ 是 ☐ 否

公民/非公民身份 (✓) ☐ 美國公民/國民 ☐ 受庇護者 ☐ 難民 ☐ PRUCOL ☐ LPR ☐ 其他合法居住的非公民 ☐ 無證明文件者 ☐ 具有I-688的獲大赦外僑 受擔保? ☐ 是 ☐ 否

出生日期或預產期 / /

瞎眼，耳聾，或殘障 ☐ 是 ☐ 否

母親姓名

父親姓名

AU (✓) | NON-AU (✓) | MFBU (✓) | FS Non-HH/Excluded Member Code

☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CA 2.1/CA 371 | Date of Entry In U.S.

Work Registration/Exemption Codes:

Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

---

CA MC ④ 孩子或未出生孩子的另外的家長是否和你同住? ☐ 是 ☐ 否
假如"否"，請在下面說明:

家長姓名	提供家長不住在家中的原因

		郡政府專欄
CA FS MC (5) 是否有人在最近12個月中改變了公民/移民身份? 假如"有",請填寫下列:	☐有 ☐無	☐ Verif. on File ☐ CA 64 ☐ MC 13

姓名	甚麼改變	日期	外僑號碼(如適用)

CA FS (6) A. 是否有寄養子女住在家中? 假如"有",誰:	☐有 ☐無	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None
FS B. 你是否要把寄養子女及寄養照看收入算在糧食券案件中?	☐是 ☐否	
CA FS MC (7) 有任何人曾經使用過其他姓名(婚家姓,養父母姓等)嗎? 假如"有",請填寫下列:	☐有 ☐無	

姓名	其他使用過的姓名

	是	否	
CA FS MC (8) A. 是否每個人都住在加州? 假如"否",請解釋:			☐ YES ☐ NO
B. 是否每個人都打算永久住在加州? 假如"否",請解釋:			Calif. Resident:
C. 是否有人在外州擁有,定期租借或留有住房? 假如"有",請解釋:			
D. 是否有人現在在外州領取民眾補助? 假如"有",請解釋:			☐ Property
E. 是否有人打算離開加州,時間超過30天? 假如"有",請解釋:			☐ PA
F. 是否有家人憑過境卡或簽證進入美國? 假如"有",請解釋:			☐ Border Crossing Card ☐ Visa

MC (9) 你或你的家人是否有任何人被不和你同住的人申報為所得稅稅款扣除額的眷屬? 假如"有",誰:	☐有 ☐無	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1

誰申報家庭成員	地址	關係
誰申報家庭成員	地址	關係

CA FS MC (10) A. 是否有人曾被停發現金補助,糧食券或Medi-Cal,因為:在質量控制審查時不合作,工作或訓練制裁,或者沒有符合糧食券計劃下無眷屬的身體健全成人(ABAWD)工作規定,或者因為其他原因? 假如"有",請在下面說明:	☐有 ☐無	
CA FS B. 是否有人因福利欺詐或犯福利計劃蓄意觸犯條例而有一段時期停發或者永遠停發現金補助或糧食券? 假如"有",請在下面說明:	☐有 ☐無	

姓名	為何	何時	那個郡/州
姓名	為何	何時	那個郡/州

FS (11) 有任何和你住一起的人與家中其他人分開購買食物和準備餐食嗎? 假如"有",請說明誰:	☐有 ☐無	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12) 有任何和你住一起的人是60歲或60歲以上,並且由於殘障而不能分開購買食物和準備餐食嗎? 假如"有",請說明誰:	☐有 ☐無	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. 你付任何其他人餐費和/或房間費嗎？ ☐ 有 ☐ 無
假如"有"的話，請填寫下列：

你支付人的姓名	劃(✔) ☐ 餐食 ☐ 房間 ☐ 兩者	多少錢 $	多久付一次	每天餐食的次數

CA FS MC B. 有任何人付你餐費和/或房費嗎？ ☐ 有 ☐ 無
假如"有"的話，請填寫下列：

付你錢的人的姓名	劃(✔) ☐ 餐食 ☐ 房間 ☐ 兩者	多少錢 $	多久付一次	每天餐食的次數

FS (14) 有任何人從下列計劃項目中領取糧食嗎？ ☐ 有 ☐ 無
- 為老人或殘障者服務的社區食堂
- 美洲土著保留處辦理的糧食分配計劃
- 其他糧食計劃

姓名	計劃名稱	姓名	計劃名稱

CA FS MC (15) A. 是否有人住在下列住所： ☐ 是 ☐ 否
假如"有"的話，請填寫下列：
- 庇護所，中心所
- 美洲土著保留處
- 精神病醫院/心理病治療所
- 殘障者/盲人合住公寓
- 醫院或療養院
- 聯邦政府資助的老人住房
- 吸毒或酗酒復健中心
- 饒宿和護理所
- 刑事機構/懲教所

姓名	中心所，庇護所，醫院等名稱	住入日期	預期離開的日期

MC B. 住在醫院或療養院的人是否家裡有配偶或年幼子女？ ☐ 有 ☐ 無

CA (16) 所有6歲至16歲的孩子在正規地上學嗎？ ☐ 有 ☐ 無
假如"否"的話，請給於姓名，並且說明他/她為何不正規地上學。

CA FS MC (17) A. 是否有任何年為16歲或16歲以上的人登記上學，上大專院校或參加訓練計劃，或者對Medi-Cal，是否也包括14歲和15歲的孩子？假如"有"的話，請填寫下列： ☐ 有 ☐ 無

姓名	年齡	學校/大專/訓練項目名稱 上學狀況劃(✔) ☐ 全時間 ☐ 半時間 ☐ 其他(請說明):	學分/時數 每週	預期畢業日期	在工作 ☐ 是 ☐ 否
姓名	年齡	學校/大專/訓練項目名稱 上學狀況劃(✔) ☐ 全時間 ☐ 半時間 ☐ 其他(請說明):	學分/時數 每週	預期畢業日期	在工作 ☐ 是 ☐ 否

CA FS MC B. 為在上大專或上類似教育機構的人填寫下列。

學期 ☐ 半學年 ☐ 學年 ☐ 季度	每學期學費/費用 $	每學期書籍，用品等 $
每天去學校/托兒照顧來回路程(哩數)	每週上課天數	使用的交通工具
每週交通費 $	合乘車人員支付的金額 $	每天公共交通費(巴士等) $

CA (18) A. 有20歲以下的人懷孕或者是家長嗎？ ☐ 有 ☐ 無
假如"有"的話，請填寫下列：

姓名	年齡	劃(✔)狀況 ☐ 懷孕 ☐ 十幾歲家長

學校狀況，劃(✔)
☐ 有中學畢業文憑 ☐ 有一般教育發展(GED)證明 ☐ 不在上學(請說明):
☐ 現在在上學 ☐ 其他(說明):

B. 是否有任何人從加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn)得到現金紅利或現金懲罰，或者得到幫助支付托兒照顧費，交通費等？假如"有"的話，請填寫下列： ☐ 有 ☐ 無

姓名	哪裡(郡)	收到日期

CA FS MC (19) 有任何人在罷工嗎？ ☐ 有 ☐ 無
假如"有"的話，請填寫下列：

罷工者姓名	僱主/訓練計劃的名稱和地址
工會名稱	
進行罷工日期	罷工前這份工作所賺得的每月總收入

郡政府專欄

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

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

Referrred to:
☐ Cal-Learn
☐ CA 25
☐ CA 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS ☐ MC

(20) 是否有任何人，包括孩子，曾有工作或者預期要工作，包括非全時間工作和臨時工作：請對每一項劃 (✔) "是"或"否"。	是	否
是否有人在前60 天之內停止或拒絕工作或訓練？		
是否有人現在在工作或訓練？		
是否有人在下兩個月預期工作或訓練？		

假如自己是僱主： 對糧食券和 **Medi-Cal**： 請在另一頁紙上列出你的業務花費。
對現金補助： 你是否要計算你的業務花費，按：
請劃(✔) ☐ 40% 標準扣除 ☐ 你的實際業務花費？假如是實際花費，你必須在另一頁紙上列出你的業務花費。
假如對上列問題是"是"，請填寫下列。

(A) 姓名	每月工作／訓練天數和時數 上月_____ 本月_____	僱主名稱和地址		
發薪日期	自己是僱主 ☐ 是 ☐ 否	扣除前的工資 $ 每	上次收到的支票（日期）	曾收到或預期收到的小費或佣金 ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列 收到的金額 $_____ 預期收到的金額 $_____
工作／訓練的最後一天	職業			
扣除前預期收到的金額 $	預期收到的支票（日期）	離棄工作／訓練的原因		

(B) 姓名	每月工作／訓練天數和時數 上月_____ 本月_____	僱主名稱和地址		
發薪日期	自己是僱主 ☐ 是 ☐ 否	扣除前的工資 $ 每	上次收到的支票（日期）	曾收到或預期收到的小費或佣金 ☐ 是 ☐ 否 假如"是"，請填寫下列 收到的金額 $_____ 預期收到的金額 $_____
工作／訓練的最後一天	職業			
扣除前預期收到的金額 $	預期收到的支票（日期）	離棄工作／訓練的原因		

CA FS MC (21) **A.** 是否有任何人為孩子，殘障成人或其他眷屬支付照看費，使他／她能去工作，上學，或者找工作？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列，並且劃 (✔) 若工作或訓練。

誰得到照看	誰付錢	誰提供照看	☐ 工作 ☐ 訓練	金額／何時 $ 每
誰得到照看	誰付錢	誰提供照看	☐ 工作 ☐ 訓練	金額／何時 $ 每

CA FS MC **B.** 是否有其他任何人付你全部或部份的托兒照顧費？ ☐ 是 ☐ 否
包括由不住在家的親戚或朋友支付的費用，教育處，教育處分發的托兒照顧費（Block Grant）等。假如"是"，請填寫下列：

孩子姓名	誰支付	每月支付的金額 $	還有誰支付	每月支付的金額 $
孩子姓名	誰支付	每月支付的金額 $	還有誰支付	每月支付的金額 $

FS MC (22) 是否有人支付子女或配偶撫養費？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

誰支付	為誰支付	每月金額 $

CA FS MC (23) 是否有人在前 **12** 個月中申請或領取失業保險福利金或殘障保險福利金？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列。

姓名	申請日期	哪裡（郡／州）	上次收到的日期
姓名	申請日期	哪裡（郡／州）	上次收到的日期

CA (24) 是否有人在郡政府領取轉換付款或服務？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列。

人名	郡名	收到的金額	請列出受到的服務	服務的估計價值	收到的日期

郡政府專欄

(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 Vol. Quit or Refusal
PWR Determines as ☐ (A) ☐ (B)
Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

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

(A) ☐ CA: 4 Weeks ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 4 weeks ☐ 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:
$

工作履歷

CA FS MC (25) 是否有任何住在家中的家長在過去24個月中工作或受訓過？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：
- 包括不在美國所作的一切工作。
- 包括所作的工作除拿錢以外，以別的形式作交換，如：房租，食物，水電費或任何其他東西。
- 以每位人士的最近工作或訓練開始。

A. 姓名

他／她是美洲土著嗎？ ☐ 是 ☐ 否
若"是"，請列出部落：

僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃 (✓)，若工作或訓練	受僱時間 月日年 自 至	支付的金額	僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃 (✓)，若工作或訓練	受僱時間 月日年 自 至	支付的金額
1. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	4. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
2. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	5. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
3. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	6. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月

B. 姓名

他／她是美洲土著嗎？ ☐ 是 ☐ 否
若"是"，請列出部落：

僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃 (✓)，若工作或訓練	受僱時間 月日年 自 至	支付的金額	僱主或訓練計劃的名稱和地址 請劃 (✓)，若工作或訓練	受僱時間 月日年 自 至	支付的金額
1. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	4. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
2. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	5. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月
3. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月	6. ☐ 工作 ☐ 訓練	自 至	$ ☐ 每週 ☐ 每月

FS (26) 糧食券家庭的所有成員都是美國(U.S.)公民嗎？ ☐ 是 ☐ 否
假如"否"，請對每一位不是美國公民的糧食券家庭成員填寫下列。

每一位非公民的姓名	A. 這人，他們的配偶，和／或他們的家長（在這人滿18歲以前）住在美國總共多少年？	B. 當住在美國時，在A中的這人，他們的配偶，和／或他們的家長（在這人滿18歲以前）有多少年呈報在美國工作賺錢？	C. 當不住在美國時，這人，他們的配偶，和／或他們的家長（在這人滿18歲以前）在美國總共工作多少年？
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) 是否曾有人在美國軍隊服役，或者是曾在美國服役人士的配偶，家長，或子女？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

姓名	美國公民	(✓) 身份	服役部門	服役日期	光榮退役
姓名	美國公民 ☐ 是 ☐ 否	(✓) 身份 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人的配偶，家長或子女	服役部門	服役日期	光榮退役 ☐ 是 ☐ 否
姓名	美國公民 ☐ 是 ☐ 否	(✓) 身份 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人 ☐ 在軍隊服役／退伍軍人的配偶，家長或子女	服役部門	服役日期	光榮退役 ☐ 是 ☐ 否

郡政府專欄

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.

郡政府專欄

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		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		
Ineligible Reason		

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CA 5*
FS: Non-Citizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC (28) **A.** 是否有人，包括子女，從下列的任何來源得到或預期得到錢？
為每一項劃 (✔) 是或否。

	是	否		是	否
訓練 半工半讀，職業訓練協作法案 (JTPA)，擴展自立機會計劃 (GAIN)，或其他計劃 其他訓練津貼			罷工福利		
教育補助，貸款和獎學金			和服務相聯繫的福利 軍隊配給金和養老金 退役軍人局 補助和出席參加 殘障 和教育有關		
福利 加州工作機會和對孩子負責任計劃 (CalWORKs) 難民補助 GA/GR (一般補助／救濟)			鐵路退休 殘障 退休		
州福利 UIB (失業保險) DIB/SDI (州殘障)			其他聯邦，州或當地政府代理所 殘障 退休		
員工賠償金			其他退休金，病假或 殘障		
撫養費 子女／配偶 (金錢用於) 醫藥賬單或保險			授與美國土著的每人平均付款		
社會保險金福利 殘障或州政府補助計劃 (SSI) 退休或遺族			贏金 (賭博／樂透獎券／賓果，獎金等)		
貸款，禮物，捐贈			出售票據，合同，信託基金，期票		
法律或保險賠償款/待採取的法庭行動			其他 (請解釋)		

假如"是", 請填寫下列：

姓名	來源	金額（扣除前）	何時	多久一次
		$		
		$		

CA FS MC **B.** 是否有人預期目前所收到的錢額有改變，如：增加生活費？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是", 請填寫下列。

姓名	什麼	金額 $	何時

CA FS MC (29) 是否有人免費或者以工作換取住房，或者房租，水電雜費，食物或衣服？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是", 請填寫下列，並且劃 (✔) 若免費或作交換：

取得的項目	免費	交換	誰得到此項目	價值	誰提供此項目
住房費或房租				$	
水電雜費				$	
食物				$	
衣服				$	

CA FS MC (30) **A.** 是否有人在任何地方，包括在美國以外的地方，擁有或購買不動產，如土地和／或建築物？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是", 請填寫下列。包括有股權的土地和／或建築物。

類型 (土地，集體房屋，公寓，房屋)	你怎樣使用此產業？劃 (✔)	是	否	擁有者	地址或地點	所欠金額	出租收入
	居住					$	$
列作出售 ☐ 是 ☐ 否	出租產業						
	其他 (請解釋):						
類型 (土地，集體房屋，公寓，房屋)	你怎樣使用此產業？劃 (✔)	是	否	擁有者	地址或地點	所欠金額	出租收入
	居住					$	$
列作出售 ☐ 是 ☐ 否	出租產業						
	其他 (請解釋):						

CA MC **B.** 是否有人擁有房屋，現在不居住，而他／她希望日後住回去？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是", 請填寫下列。

產業主	產業地址	預期回去的日期 (如若知道)

郡政府專欄

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

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

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

Partial	Full	
	Earned	Unearned

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

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

Total Countable property: Page 7
(List totals on page 9)
CA/FS $
MC $