CA FS MC **31 A.** 是否有人，包括子女們，有下列任何個人或與業務有關的資產？
在每一項項目劃 (✔) "是" 或 "否".
包括一切擁有的，使用的，控制的，以及和任何人共享或共有的所有資產（甚至只是為了方便起見）。
郡政府將決定這些資產是否被算入。

	是	否		是	否
現金（手頭有或在別的地方）			所得稅退稅		
未兑現的支票（手頭有或在別的地方）			美洲土著或其他的信託基金（不論是否可以取用）		
儲蓄帳戶一孩子和成人的			票據，房屋抵押單，信託契約，銷售合同等		
支票帳戶一不論是否在使用			個人退休帳戶（IRA）或自己是僱主的退休計劃（Keogh）等		
信用公會帳戶			假如你停止工作，你可以得到的退休基金〔如民眾僱員退休制度（PERS）等〕		
股票，公債，定期存款，金融市場帳戶等			員工緩期賠償金計劃		
油，礦藏或礦藏權			人壽保險或養老金		
喪葬信託金或合同，保險，被指定用於墳地，棺木或其他喪葬品的喪葬基金／錢			任何產業的終身財產利息		
			長期照看保險		
			其他（請解釋）		

假如 "是", 請填寫下列：

資產	與業務有關	擁有者	帳戶／保險單號碼	銀行等的名稱和地址	目前的價值
	☐ 是 ☐ 否				$
	☐ 是 ☐ 否				$
	☐ 是 ☐ 否				$

CA FS MC **B.** 是否有任何人從上列資產中得到或預期得到錢，如：利息，紅利等？ ☐ 是 ☐ 否
假如 "是", 請填寫下列。

姓名	錢源	金額	多久一次	與業務有關
		$		☐ 是 ☐ 否
		$		☐ 是 ☐ 否

MC **32** 是否有備案的留置產業，或者你是否和醫生，診所或醫院簽署保證協議書，把你或你家人擁有的產業用作為保健服務的保證金？ ☐ 是 ☐ 否
假如 "是", 請填寫下列。

留置產業或保證金金額	產業的類型和地點	已得到／將得到的醫療保健的日期和類型	提供者名稱
$			
$			

CA FS MC **33 A.** 是否有任何人擁有任何動產，如： ☐ 是 ☐ 否
- 船隻，三輪車輛，非道路用車輛，摩托雪車，活動車房，露營車，或拖車。
- 槍枝；工具；或運動器材等。
- 寵物或家畜。
- 首飾，藝術品，古董，珍藏品，照相機，音樂設備（鋼琴，吉他，擴音機等）。

假如 "是", 請填寫下列： 不包括結婚戒和訂婚戒或者傳家寶。
對現金補助和糧食券：請列出超過 $100的物品；對 **Medi-Cal**：請列出超過 $100的首飾以及每一件超過$500的家庭物件或個人物品。

項目 (✔) 假如列作出售	購買日期	購價／目前價值	所欠金額	項目 (✔) 假如列作出售	購買日期	購價／目前價值	所欠金額
☐		$	$	☐		$	$
☐		$	$	☐		$	$

B. 是否有任何人有業務上的產業，包括工具，存貨和材料，業務設備等。包括和別人共享或共有的產業？假如 "是", 請填寫下列並劃 (✔) 假如列作出售： ☐ 是 ☐ 否

項目	購買日期	購價／目前價值	所欠金額	項目	購買日期	購價／目前價值	所欠金額
☐		$	$	☐		$	$
☐		$	$	☐		$	$

郡政府專欄

☐ 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

☐ Listed for sale
(Specify):

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

CA FS MC (34) A. 是否有人出售，化用，交易，轉讓或贈送任何不動產，如：房屋或土地; 或者動產，如：錢，汽車，銀行帳戶，得自法律或意外事件保險賠償的錢，或者其他任何東西？（請為現金補助項目列出前12 個月中任何賣掉或作交易的產業，並為Medi-Cal項目列出前2 1/2年（30個月）中任何賣掉或作交易的產業。假如"是"，請說明是什麼以及何時： ☐ 是 ☐ 否

MC B. 是否有任何人在前2 1/2年（30個月）中收到得自保險或法院調停賠款，遺產，樂透獎券或償還的錢？假如"是"，請填寫下列： ☐ 是 ☐ 否

姓名	來源	收到的日期	金額
			$

CA FS MC (35) 是否有人擁有，使用任何機動車輛，如：活動房屋，露營車，滑雪車或船隻，或者有他們的姓名在車輛註冊卡上，包括即使不能開動的車輛？假如"是"，請填寫下列。請查看你的註冊卡以得到每輛車的情況： ☐ 是 ☐ 否

	車輛 (1)		車輛 (2)		車輛 (3)	
車主						
使用車輛人的姓名						
年份／車廠／車型						
執照號碼						
估價	$		$		$	
結欠額	$		$		$	
執照	☐ 是	☐ 否	☐ 是	☐ 否	☐ 是	☐ 否
定期租借	☐ 是	☐ 否	☐ 是	☐ 否	☐ 是	☐ 否
你如何使用此車輛？為每個項目劃(✔) 是或否	是	否	是	否	是	否
用作住房						
去工作或訓練或者尋職						
為了工作，自立，或自辦業務						
為殘障家人所需						
為家人拿取燃料或水						

郡政府專欄

Closed Bank Accts:
☐ CA in last 12 months
☐ Medi-Cal in last 30 months

☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown
LTC ONLY
Total Nonexempt Property
$ _____

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

Vehicle value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)
(1) Date:_____ $_____
(2) Date:_____ $_____
(3) Date:_____ $_____

郡政府專欄—車輛

CASH AID/FOOD STAMPS	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. Is vehicle for home use? (Allow one vehicle only) OR 2. Is vehicle used for job search, employment or training? (63-501.523)	☐ YES ☐ NO ☐ YES Go to C Use Excess Value; Go to C and D. Use Greater Value	☐ YES ☐ NO ☐ YES Go to C Use Excess Value; Go to C and D. Use Greater Value	☐ YES ☐ NO ☐ YES Go to C Use Excess Value; Go to C and D Use Greater Value

(C) Fair Market Values-CA/FS

FMV				
Minus $	Minus $	Minus $	Minus $	
Excess Value				

(D) Equity Values-CA/FS

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:			
Is RV used primarily as a home?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

TOTALS: VEHICLE CA/FS
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 MC (36) **A.** 是否有人有房屋花費？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

房屋花費	花費總額	你付多少錢	其他家庭／家庭成員付多少錢	多久付一次
房租	$	$	$	
房屋（抵押金）付款	$	$	$	
房產稅（若不包括在房屋付款內）	$	$	$	
保險（若不包括在房屋付款內）	$	$	$	
其他（請說明）	$	$	$	

CA FS MC **B.** 是否有別人支付全部或部分這些房屋花費？包括不住在家中的親戚或朋友，任何租金補助計劃，如：對貧窮人的房屋補助計劃 (**HUD**)，第**8**條條例等。 ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

房屋花費類型	支付人的姓名	多少錢	多久付一次
		$	
		$	

郡政府專欄

Housing verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Total housing $ _____

Shared housing: ☐ **YES** ☐ **NO**

FS (37) **A.** 是否有人有任何水電雜費花費？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

水電雜費花費	花費總額	你付多少錢	其他家庭／家庭成員付多少錢	多久付一次
瓦斯和其他燃料	$	$	$	
電或其他燃料	$	$	$	
瓦斯或電或者其他燃料是否用作屋內的暖氣或冷氣？	☐ 是 ☐ 否			
水	$	$	$	
下水道	$	$	$	
垃圾或廢物	$	$	$	
電話（一個電話的基本費加上稅錢）	$	$	$	
水電設備的安裝	$	$	$	
其他（請解釋）	$	$	$	

FS **B.** 是否有別人支付全部或部分的這些水電雜費？包括不住在家中的親戚／朋友，低收入能力補助計劃等。 ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

水電雜費花費類型	支付人的姓名	每人付多少錢	多久付一次

Utilities verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Metered: ☐ **YES** ☐ **NO**

Client elects
☐ Actual
If Actual, Total Utilities
$_____

☐ SUA
SUA prorated:
☐ **YES** ☐ **NO**

FS (38) 你可以授權給家中其他的人或不是你家庭成員的人領取你的糧食券，或者用此糧食券來為你購買食物。假如你願意授權給某人的話，請填寫下列：

授權代表姓名	地址	電話
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) 是否有人在本月份或本月前三個月中受到醫藥／懷孕治療？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

接受治療人姓名	治療月份	為治療支付的款項		這些月中你要MEDICAL嗎？	
		是	否	是	否

CA FS MC (40) 是否有人有聯邦醫藥保健計劃(MEDICARE)保險？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

受保險人	MEDICARE 請領號碼	劃 (✔)	每月保險費 從支票中扣除	每月保險費 由你支付
		部份 A ☐ 部份 B ☐	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
		部份 A ☐ 部份 B ☐	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

CA MC (41) 是否有人有健康，牙齒，視力，住院或長期照看保險，或者健康計劃，如：Kaiser, Blue Cross,統一服務的平民衛生醫療計劃 (CHAMPUS) 等保健計劃？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	受保險人	截止日期	保險費金額	多久付一次
			$	
			$	

CA MC (42) 是否有人有可以得自父母，僱主或不在家父母，但未申請的健康保險？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	要受保險的人	保險費金額	多久付一次
		$	
		$	

CA MC (43) 是否有任何人的健康保險預期要終止，或者在前60天中已經終止？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

保險公司	受保險的人	截止日期	保險費金額	多久付一次
			$	
			$	

CA MC (44) 是否有人因為受傷或意外事件引起的殘障，致使他們難以工作或照料自己的需要？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

人名	問題類型	發生問題日期	預期復健日期

CA FS (45) A. 是否有任何人具有需要下列項目的醫療病況或醫療情況？
對每一項劃 (✔) 是或否：

	是	否		是	否
特殊節食一由醫生處方			大量使用水電		
特殊交通需要			特殊洗衣服務		
特殊電話或其他設備			其他（請說明）：		
家務（家中無人能做）					

假如"是"，請解釋：

CA MC FS B. 家中是否有孩子或殘障人士需要別家的家人對他們的照看？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請解釋：

CA MC C. 是否有殘障人士在工作並有醫療花費（輪椅等），需要有此項目才能工作？ ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，請填寫下列：

人名	花費類型	金額
		$
		$

CA FS D. 是否有任何人得到家中協助性服務**(IHSS)?** ☐ 是 ☐ 否
假如"是"，誰得到服務？ 你每月付多少錢？ **$**_____

郡政府專欄

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

☐ MEDICARE referral

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

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

☐ DHS 6155

☐ DHS 6155

☐ Third Party Liability

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

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

			郡政府專欄
CA (46)	由於突發和不尋常的情況，如：地震，火災或水災，家庭是否需要為喪失或損壞的房屋或主要家庭物件申請特殊需要付款？ 假如"是"的話，請在下面解釋。	☐是 ☐否	YES NO Special Need Verified ☐ ☐ Eligible for Special Need ☐ ☐
CA FS (47)	A. 是否有人躲避或逃脫法律所判的重罪，欲辦的重罪，或者違犯執行假釋期或緩刑期？假如"是"，提供這人的姓名:	☐是 ☐否	
CA FS	B. 是否有家人因擁有，使用或分發非法的毒品而犯了和毒品有關的重罪，對糧食券是自1996年8月22日起，對現金補助是自1998年1月1日起？ 假如"是"，請填寫下列:	☐是 ☐否	

定罪人姓名	定罪日期	犯罪日期

		是	否	
CA MC (48)	你可以得到下列服務。你對這些問題的回答並不影響你的補助資格。請在每一項是或否劃(✓)。			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
	A. 在你的要求下，透過兒童健康和殘障防治計劃(CHDP)，為你家裡21歲以下合格的人員提供定期體檢和防疫注射，以幫助保障你家人的健康。			☐ Referral
	• 你是否需要更多有關CHDP服務的資料？			☐ Social Services Referral (MCO)
	• 你是否需要更多有關防疫服務的資料？			
	• 你是否需要CHDP醫藥服務？			
	• 你是否需要CHDP 牙醫服務？			
	• 你是否需要幫助你預約時間，或得到去CHDP服務所的交通工具？			
	B. 假如你懷孕，可以幫助你尋找醫生，得到健康食物，以及得到其它的幫助。你是否要找人談論此幫助事項？			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	C. 你是否為孩子餵母奶？			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
	假如是的話，你是否是在最近12個月內生孩子的？			
	假如你在 (48) B, C 劃"是"，你可能有資格得到婦女，嬰孩和兒童(WIC)特殊補充食物計劃所提供的服務。			☐ WIC referral
	D. 你或任何家人是否需要免費或低費用的家庭計劃服務，來幫助籌劃如何防止未計劃有的懷孕，和/或籌劃有下一個孩子？假如"是"的話，請打電話給你的保健計劃或是固定就醫的醫生。或者，有關保密的家庭計劃診所的情況和地點，可以打免費電話號碼1-800-942-1054。			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

證明

我瞭解，假如我故意提供錯誤的事實，或不報告會影響我的資格或現金補助，糧食券和Medi-Cal福利的事實或情況，就要受到取消資格和/或福利欺詐懲罰。

我瞭解：

- 我必須申請並保持有可得到的健康保險額，假如沒有化費上的困難的話；假如我不這樣做的話，我的Medi-Cal 就會被拒絕或停止。
- 假如我不遵守現金補助的條例的話，我會被罰款高達$10,000和/或監禁/坐牢3年。
- 假如我被法庭或行政聽證判處犯了某種欺詐罪，我的現金補助就會被停止6個月，12個月，2年，4年，5年，或永遠停止。
- 假如我不遵守糧食券條例，我的糧食券，第一次違犯，會被停止12個月，第二次違犯，會被停止24個月，第三次違犯，則永久停止。並且我可能會被罰款高達$250,000和/或監禁/坐牢20年。
- 假如我被法庭判決有罪，因為：
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，以取得槍枝，彈藥，或炸藥，第一次違犯就會永久停止我的糧食券；
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，以取得毒品，我的糧食券，第一次違犯，會被停止24個月，第二次違犯，則永久停止；
  - 我把糧食券作交易或出售糧食券，其價值是$500或超過$500，就會永久停止我的糧食券；
  - 我在同時提交兩份或更多份的糧食券申請表，並且提供郡政府假身份或假居住情況，我的糧食券就會被停止10年。

我也瞭解：

- 我所提供的任何事實，包括福利和收入的事實，會與當地政府，州政府和聯邦政府的記錄相核對，如：僱主，社會保險局，稅務，福利和失業機構，學校出勤率等。
- 我提供的一切事實，包括福利和收入事實，要受到郡，州和聯邦政府工作員的檢查和審核，假如我提供錯誤的事實，我的現金補助，糧食券和Medi-Cal會被拒絕或停止。
- 我的案件可能會被抽到覆查，以確保我的資格審核正確無誤，並且在郡，州，或聯邦政府工作人員調查或審核時，包括品質管制審核，我必須與他們全力合作。
- 郡政府將把資料寄給移民歸化局(INS)，核實移民身份，並且郡政府得自INS的資料會影響我領取現金補助，糧食券和全Medi-Cal的資格。但是假如我只是申請Medi-Cal 並且我不是 (a)美國合法永久居民(LPR)，(b)具有目前生效的 I-688的獲大赦外僑，或(c)法律許可下永久居留在美國的外僑(PRUCOL)，郡政府將不把資料寄給INS。
- 我或者其他家人將被規定要償還任何我不應該領取的現金補助。
- 糧食券家庭成員，糧食券家庭成員中的任何成人(即使他/她已經搬出)，非公民家人的擔保人，或者住合格機構者的授權代表會被規定要償還家庭成員不應領取的任何福利。
- 我家中有任何成員躲避或逃脫法律制訂下的重罪或欲辦的重罪，或者對他們的假釋期或緩刑期有違反，就不能領取現金補助/糧食券。
- 任何人自1996年8月22日起因擁有，使用，或分發非法毒品而犯了和毒品有關的重罪，就不能領取糧食券，或者假如是自1998年1月日1起犯了罪，就不能領取現金補助。

我在願意承受美國法律及加州法律對偽證作懲罰下聲明，在這份事實聲明中，所有的資料正確無誤，並且是全面的。

簽名(家長或看護親屬，Medi-Cal申請人，糧食券家庭成員成人，或糧食券授權代表)			日期
簽名(假如申請現金補助，住在家中的另一位家長)	日期	作記號證人，翻譯員或是申請人/受益人的代表簽名	日期

郡政府專欄

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Citizen/Eligible non-citizen						
School enrollment						
Pregnancy verified/WIC Referral						
SSN						
Income—Gross and net income						

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
Property—Within limits and verified amount $						
Work registration/ FSET/ABAWDs						
Sponsored alien						
Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation (Managed Care)						

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			
If "NO", why:			

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

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