

增加一位 16 歲以下孩子的事實陳述表

(現金補助和 / 或糧食券附加申請請求表)

說明：

請為家中新孩子填寫這份表格，並且在證明部份簽名。你若需要更多篇幅，請附上另一頁紙。為每一位孩子使用一份表格。

假如你領取現金補助，並且你為新孩子要求補助，這份表格必須由父母或成人照看親屬填寫。

對糧食券家庭，不領取或不要求領取現金補助的，這份表格必須由成人家庭成員或授權代表填寫。

孩子需要補助是因為父母			
死亡	殘障	不在家	失業
	<input checked="" type="checkbox"/>		

1. 父母或照看親屬姓名	電話 ()
--------------	--------

2. 提供我們這位孩子的一切情況。	
孩子姓名 (名, 中間名, 姓)	母親姓名

社會保險號碼	性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	父親姓名
--------	---	------

出生地點 (市 / 州 / 國)	出生日期 (月, 日, 年)	盲, 聾, 或殘障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------------	----------------	--

要求補助的類型 (✓) <input type="checkbox"/> 現金補助 <input type="checkbox"/> 糧食券	公民 / 非公民身份 (✓) <input type="checkbox"/> 美國公民 / 國民 <input type="checkbox"/> 非公民: 受擔保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

和申請者或孩子照看親屬的關係	寄養孩子 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果孩子是 6 歲以下, 有否現時期的免疫注射? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不是 6 歲以下
----------------	---	---

3. 孩子是否在本月領取過現金補助或糧食券? 假如“是”, 請填寫下列:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

補助類型 <input type="checkbox"/> 現金補助 <input type="checkbox"/> 糧食券	地點 (郡, 州)
--	-----------

4. 孩子是否得到或預期得到任何收入, 如: 賺得收入, 保險補助金 / 州政府補助計劃 (SSI/SSP), 社會保險福利金, 子女撫養費, 寄養付款, 退役軍人福利金等。假如“是”, 請填寫下列:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	---

收入類型	金額 (扣除前, 假如有的話) \$	何時	多久一次
------	-----------------------	----	------

5. A. 假如你為這位孩子要求現金補助, 而孩子的年齡在 6 歲和 16 歲之間, 請填寫下列。 他 / 她在正規地上學嗎? 如“否”, 請解釋為何他 / 她不正規地上學:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不是 6-16 歲
---	---

B. 孩子是否懷孕, 或者是年為十幾歲的父母? 如“是”, 劃 (✓) 狀況: <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 十幾歲父母	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
上學狀況, 劃 (✓) <input type="checkbox"/> 中學畢業文憑 <input type="checkbox"/> 一般教育發展 (GED) <input type="checkbox"/> 不在上學 (請解釋) <input type="checkbox"/> 目前正在上學 <input type="checkbox"/> 其他 (請解釋):	

C. 這孩子曾否從加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃 (Cal-Learn) 得到現金紅利或罰款或得到托兒照看, 交通等的幫助? 如“是”, 填寫下列:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
地點 (郡)	收到日期

6. 孩子的父母在美國 (U.S.) 軍隊服役過嗎? 如“是”, 填寫下列:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
父母姓名	父母是美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	服務部門	服務日期	光榮退伍 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

7. 如果你為這位孩子要求糧食券, 而孩子不是美國公民, 請填寫下列。
A. 孩子和他的 / 她的父母住在美國總共有多少年?
B. 當住在美國時, 孩子和 / 或孩子的父母在美國工作賺錢總共有多少年?
C. 當不住在美國時, 孩子和 / 或孩子的父母在美國或為美國公司工作總共有多少年?

郡政府專欄

CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FS Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:			
WtW:	FS:		
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	
<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses:			
Child	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> Foster Care	
CR	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> None	
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> FC Income Counted on FS Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP			
Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS
Verified:			
<input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn			
<input type="checkbox"/> CA 25			
<input type="checkbox"/> CA 25A			
CA 5		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Date Initiated _____			
FS: Honorable Discharge		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

<p>8. 孩子是否擁有任何財產或資產，如：現金，土地，銀行帳戶，信託基金，公債券，美洲土著計劃下按人口付款或信託基金，或是其他的項目？ 假如“是”，請填寫下列：</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">資產類型</th> <th style="width:20%;">帳戶 / 保險單號碼</th> <th style="width:30%;">銀行名稱，地址等</th> <th style="width:30%;">目前價值</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	資產類型	帳戶 / 保險單號碼	銀行名稱，地址等	目前價值				\$	<p style="text-align: center;">郡政府專欄</p> <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:													
資產類型	帳戶 / 保險單號碼	銀行名稱，地址等	目前價值																			
			\$																			
<p>9. 孩子是否有聯邦醫藥補助 (Medicare) 或是得到由父母或父母的僱主支付的健康保險，如：Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS等？ 假如“是”，請列出保險付費項目：</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																					
<p>10. 孩子是否躲避或逃脫法律判定的重罪，在定罪後躲避重罪制裁，拘留或監禁，或者違反了假釋期或緩刑期？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																					
<p>11. 孩子曾否因為擁有，使用或供銷違禁藥品而犯了和毒品有關的重罪？假如“是”，請提供資料 對現金補助，在1/1/98或以後的犯罪，以及 對糧食券，在8/22/96以後的犯罪和定罪。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">定罪日期</td> <td style="width:50%;">犯罪日期</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	定罪日期	犯罪日期			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
定罪日期	犯罪日期																					
<p>12. A. 假如你可以領取現金補助，你家中21歲以下的合格成員或許能夠通過兒童健康殘障防治計劃(CHDP)得到某些健康檢查。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"> <ul style="list-style-type: none"> • 你需要更多有關CHDP 服務的資料嗎? • 你需要免費的 CHDP 醫療或牙科服務嗎?..... • 你需要幫助你預約或者聯絡到醫生或牙醫嗎? </td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>B. 你需要更多有關疫苗注射服務的資料嗎?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. 你需要有關無歧視的資料，酗酒 / 吸毒輔導，以前的醫藥花費，以及其他的需求嗎?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. 有任何人懷孕需要找醫生，得到醫療方面的交通，和 / 或其它幫助嗎?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. 有任何人哺乳嬰孩嗎?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>假如“是”，是前三個月內生產的嗎?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. 你是否向家庭計劃診所要求得到一些資料或服務以幫助你計劃你家庭的人數並防止不打算有的懷孕?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • 你需要更多有關CHDP 服務的資料嗎? • 你需要免費的 CHDP 醫療或牙科服務嗎?..... • 你需要幫助你預約或者聯絡到醫生或牙醫嗎? 			B. 你需要更多有關疫苗注射服務的資料嗎?			C. 你需要有關無歧視的資料，酗酒 / 吸毒輔導，以前的醫藥花費，以及其他的需求嗎?			D. 有任何人懷孕需要找醫生，得到醫療方面的交通，和 / 或其它幫助嗎?			E. 有任何人哺乳嬰孩嗎?			假如“是”，是前三個月內生產的嗎?			F. 你是否向家庭計劃診所要求得到一些資料或服務以幫助你計劃你家庭的人數並防止不打算有的懷孕?			<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:
<ul style="list-style-type: none"> • 你需要更多有關CHDP 服務的資料嗎? • 你需要免費的 CHDP 醫療或牙科服務嗎?..... • 你需要幫助你預約或者聯絡到醫生或牙醫嗎? 																						
B. 你需要更多有關疫苗注射服務的資料嗎?																						
C. 你需要有關無歧視的資料，酗酒 / 吸毒輔導，以前的醫藥花費，以及其他的需求嗎?																						
D. 有任何人懷孕需要找醫生，得到醫療方面的交通，和 / 或其它幫助嗎?																						
E. 有任何人哺乳嬰孩嗎?																						
假如“是”，是前三個月內生產的嗎?																						
F. 你是否向家庭計劃診所要求得到一些資料或服務以幫助你計劃你家庭的人數並防止不打算有的懷孕?																						

證明

我瞭解：

- 假如我錯報或故意不報一切會影響我資格和補助付款的事實或情況的話，我會被罰款，坐牢 / 監禁，或者兩者俱罰。對現金補助，我會被罰款多至\$10,000，對糧食券，罰款則多至\$250,000。對現金補助，我會坐牢 / 監禁長達三年，對糧食券，則長達二十年。並且現金補助和糧食券福利會停發六個月，十二個月，兩年，四年，五年，十年，二十年，或者永遠停發；對難民現金補助，則停發三個月和六個月。
- 我的案件可以被抽到作覆查以證實我的資格；並且我在質量管理覆查中，必須全力與郡政府，州政府和聯邦政府人員合作。
- 我所提供的資料會被當地政府，州政府和聯邦政府人員作核對。
- 郡政府將把資料寄給移民歸化局 (INS) 以獲得移民身份證明。
- 郡政府從INS獲得的資料可能會影響領取現金補助或糧食券的資格。
- 我提供的事實會與稅務，福利，就業機構，學區和社會保險局核實，以證實孩子領取現金補助和 / 或糧食券的資格，並證實我在領取正確金額的現金補助和 / 或糧食券。社會保險號碼會和執法機構作核對，是否有遞捕令的記錄。

我在願意承受美國法律和加州法律對偽誓作懲罰下聲明，在這份事實陳述表上所寫的資料是真實，正確和全面的。

誰必須簽署這份表格： 對現金補助：你和你的受補助配偶或是受補助孩子（如住在家中）的另一位家長。

對糧食券：成人家庭成員或授權代表。

照看親屬和 / 或成人糧食券家庭成員或授權代表的簽名	日期
受現金補助配偶或者受現金補助孩子的另一位家長（如住家中）的簽名	日期
劃記號證人，翻譯員或其他填寫表格人的簽名	日期

郡政府專欄

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor	Date	