季度報告
現金補助和 CalFresh

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

本報告是_____月份的

填妥, 簽名, 和在報告月份之後當月的 5 號前交還本表

(條碼)

個案姓名:
個案號碼:
代號/組別號碼:
工作人員電話:

需要幫忙嗎? 請致電你的工作人員

回郵地址:

收信人:

- ✓ 你必須報告所有在"報告月份"-_____月收到的收入.
- ✓ 如果你不呈交填妥的 QR7 報告, 包括但不限於: 當我們有疑問時, 回答所有的問題和附上證明, 那麼你的福利可能被延遲, 改變, 或停止. **如果有需要, 請以分別的紙張附上.** 你所呈報的事實會導致你的福利增多, 減少, 或停止.
- ✓ 對於 CalWORKs 和 CalFresh, 任何可能影響你的資格, 或你福利數額的改變, 你必須在改變的十 (10) 天以內通知縣府. **這包括, 當你的收入超過了你家庭補助單位 (AU) 成員_____人的這個數額$_____時, 請聯繫你的工作人員. 對於 GR , 你則必須在五 (5) 天以內報告你的改變 .**
- ✓ 如果你領取 CalFresh 福利食物券, 爲你家庭的每位成員回答問題. 如果你沒有領取 CalFresh 福利, 爲每位領取現金補助的人回答問題, 包括孩子(們), 父母, 繼父母, 你的配偶, 和任何暫時離開家的人.

要求停止福利 (如果你填寫此部份, 請在本表的背面簽上名字和日期. 你隨時都可以重新申請.)

我要求我的: ☐ 現金補助 ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ 州政府的 CMSP 在_____月份的最後一天停止(月份/年份)

第 1 部份: 請告訴我們在 _____ _____發生了什麼
報告月份 年份

1. 這個月, 你或任何人有沒有從任何資源獲得任何的收入或金錢? 如果 "有", 請列在下面並附上證明. ☐ 有 ☐ 沒有

所得: 褓母, 利息或股利, 租金收入, 薪水, 自我雇用, 病假薪水, 小費, 假期薪水, 等等. **任何政府福利:** 州殘障保險金(SDI), 社會安全保險金, 社會安全補助金 / 州補助金 (SSI/SSP), 其他政府殘障保險金或退休金, 房租津貼, 失業救濟金, 退伍軍人退休金, 員工傷殘賠償金 (UIB), 等等. **其他福利:** 子女/配偶贍養費, 保險或法律賠償金, 其他私人殘障保險或退休, 鐵路局退休金, 罷工福利, 等等. **其他:** 現金, 禮物, 借貸, 獎學金, 等等. **免費收入:** 例如賺取住屋免費, 免費住屋/水電費/衣物/食物, 等等.

誰獲有收入?	來源?	稅前數額	$	$	$	$	$
		收到日期					
誰獲有收入?	來源?	稅前數額	$	$	$	$	$
		收到日期					

1a. 在這個月內工作或受訓的時數:

誰工作?	哪裡?	總時數	誰工作?	哪裡?	總共時數
誰工作?	哪裡?	總時數	誰工作?	哪裡?	總共時數

1b. 如果上述報告的收入或金錢, 在呈交月份之後的三個月內將會改變的話, 請解釋和附上證明.

此人姓名	收入或金錢來源	爲什麼它會改變?	你將收到多少?		
			第一個月	第二個月	第三個月

問題 2, 3, 4, 和 5 也許幫助你獲取較多的食物券 (CalFresh 福利)

2. 醫療費用: 是否有任何領取 CalFresh 福利的殘障或 60 歲或以上的人士支付醫療費用? ☐ 有 ☐ 沒有
如果"有", 在下面列出支付的數額同時附上付款的證明.

誰付款?	誰受到照顧?	數額 $

3. 受扶養人照顧費用: 是否有任何領取 CalFresh 福利的人士, 當他/她工作, 尋找工作, 或上學或受訓時, 支付幼兒, 殘障人士, 或其他受扶養人士的照顧費用? 如果"有", 列出支付的數額同時附上證明. ☐ 有 ☐ 沒有

誰付款?	誰受到照顧?	數額 $

COUNTY USE ONLY EW Initials: CHANGE ( ) NO CHANGE ( ) Date:

報告福利詐欺
請電熱線號碼(800) 349-9970

4. 子女贍養費: 是否有任何領取 CalFresh 福利食物券的人, 支付法院命令的子女或配偶贍養費的嗎? ☐ 有 ☐ 沒有
如果 "有", 請在下面列出支付的費用和附上付款的證明.

誰支付?	數額 $	誰支付?	數額 $

5. 如果在問題 2, 3, 或 4 的資料, 在呈交月份之後的三個月內將會改變的話, 勾選下列的格子, 請解釋和附上證明.

醫療費用	誰付款?	數額 $	誰受到照顧?	改變了什麼?	它將在何時改變?
扶養人照顧費用	誰付款?	數額 $	誰受到照顧?	改變了什麼?	它將在何時改變?
法院-命令子女贍養費	誰付款?	數額 $	從誰那裡?	附上新的法院命令	它將在何時改變?

第 2 部份: *自從*你最後的報告後, 發生了些什麼事?

6. 是否有任何人取得, 購買, 出售, 交換, 或放棄任何的財產 [土地, 住屋, 汽車, 銀行帳戶, 現金款項 (例如: 中樂透或賭場贏錢, 回溯的 社會安全, 退稅), 其他]嗎? 如果 "有", 請在下面列出所有的項目和附上證明. ☐ 有 ☐ 沒有

誰擁有, 出售, 交換, 或放棄?	財產的種類	什麼時候?	價值 $	☐ 購買	☐ 出售	☐ 贏到
				☐ 收到的禮物	☐ 交換	☐ 放棄

支票帳戶☐ 開戶 ☐ 關戶 結餘$ 儲蓄帳戶 ☐ 開戶 ☐ 關戶 結餘$

7. 有任何人搬進或搬出你的家, 或你搬去與某人同住嗎? ☐ 有 ☐ 沒有

此人的全名	與你的關係	遷入或遷出?	什麼時候?

8 在你家庭中是否有任何人曾因擁有, 使用或供銷違禁藥品而被判與違禁藥品相關的重罪; 或者某人在任何的重罪判決以後, 在法律上逃避或逃亡以避免被起訴, 監管, 或監禁, 或者違反緩刑或假釋條例嗎? ☐ 有 ☐ 沒有
如果 "有", 姓名: 在哪裡判決的? 判決日期:

9. 是否有任何下列的情況或任何其他的改變發生在你家庭中? ☐ 有 ☐ 沒有
如果 "有", 請在下面列出和附上證明. 如果有需要, 請附上分開的紙張.

- ☐ **家庭改變** [結婚, 離婚, 分居, 登記爲加州家庭伴侶 (DP), 有非-加州 DP, 結束 DP, 懷孕, 生小孩, 或不再懷孕?]
- ☐ **殘障** (變成殘障或從殘障或大病復原?)
- ☐ **工作** (開始或停止工作, 拒絕工作或受訓, 工作或受訓的時數增加或減少, 或參與罷工?)
- ☐ **移民** (公民或移民身份改變, 或從 USCIS/INS 取得新卡, 表格或信件?)
- ☐ **保險** (開始, 停止, 或改變健康, 牙齒或人壽保險福利, 包括 MEDICARE ?)
- ☐ **監護** (任何你照顧/監護你孩子們的時數改變?)
- ☐ **居家支援服務** (開始或停止獲取居家支援服務-In-Home Supportive Services?)
- ☐ **學校出席**
  - 只限現金補助– 6-17歲的學生固定的停止或開始上學?
  - 年紀16 歲或以上的學生, 開始或停止學校/大學. (你也許可以申請書籍的費用, 學校的交通費, 等等).
- ☐ **其他:**

此人姓名	與你的關係	發生了什麼?	改變的日期

地址變更

只有你已經搬家了或有了新的郵寄地址, 才需填寫此部份. 如果你正在領取 CalFresh 福利食物券, 你可能被要求提供你新的收容住所的費用.

新的住家地址 (門牌號碼, 街名, 巷道, Blvd., 等等.) 公寓門牌號碼.	城市	州	郵遞區號	新的電話號碼 ( )
搬遷日期	新的郵寄地址 (如果不同於住家地址)	城市	州	郵遞區號

在這個新的地址你是否有住屋費用?
☐ 有 ☐ 沒有 如果 "有", 是多少 $

你是否從你的住屋費用中分開支付暖氣/冷氣的費用?
☐ 是 ☐ 否 如果 "是", 有多少 $

確認 – 詐欺警告

我瞭解: 如果我對於我的收入, 財產, 或家庭狀況, 故意不報告所有的事實或給予錯誤的資料, 以便獲得或繼續保有補助或福利, 我可以被合法的起訴. 同時, 如果錯誤發給超過$400 的現金補助, 和/或 CalFresh 福利, 我可能被以重罪起訴. 我已經收到現金補助和食物券的資格/狀況報告的說明和懲罰的影本.

你必須在報告月份的最後一天之後, 在此報表上簽上名字和日期, 否則將被視爲填寫不完整.
我在美國聯邦法和加州法律之下的 "作僞証必須受罰" 的法規下宣稱: 此報表中所陳述的事實是真實的, 正確的和對整個報告月份的填寫是完整的.

誰必須在下面簽名:
現金補助: 你, 你接受補助的配偶, 家庭伴侶, 和其他的父母 (接受補助孩子們的) 如果他們住在家裡.
CalFresh 福利: 一家之主, 負責的家庭成員或家庭成員授權的代表.

簽名或作記號 ☛	簽名日期	家裡電話 ( )	接洽電話 ( )
配偶, 家庭伴侶或其他接受現金補助孩子(們) 的父母的簽名	簽名日期	作記號的見證人, 或口譯員或其他填寫此表人士的簽名	簽名日期