분기별 보고서
현금 보조 및 CalFresh 혜택

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

월의 보고서 입니다.

작성, 서명하신 후 보고하는 달 다음 달의 5 일까지 보내 주십시오.

(Bar Code)

CASE NAME:
CASE NUMBER:
FILE/UNIT NUMBER:
WORKER PHONE:

NEED HELP? CALL YOUR WORKER

MAIL BACK TO ADDRESS:

ADDRESSEE:

✓ 당신은 보고하는 달인 _____월에 받은 모든 수입을 보고해야 합니다.
✓ 제한은 없으나, 모든 문항에 답할 것과 문항에서 증명을 첨부하라고 말할 대 증명을 첨부하는 것을 포함하여, 완료된 나 제한이 없이, 작성 완료한 QR 7 보고서를 보내주지 않으면, 당신의 혜택이 지연, 변경 또는 중지될 것입니다. 필요하다면 별도의 용지를 첨부하십시오. 당신이 보고한 사실들이 당신의 혜택금을 올리거나, 낮추거나 또는 중단시키는 결과를 가져오기도 합니다.
✓ CalWORKs 및 CalFresh에 대하여, 당신의 자격이나 혜택 금액에 영향을 줄 수 있는 어떤 변경이라도 10 일 이내 카운티에 알려야 합니다. 이것은 당신의 수혜 가족 _____명에 대한 수입이 $_____를 초과할 때, 당신의 담당 워커에게 연락하는 것도 포함합니다. GR에 대하여, 당신의 변경을 5일 이내 보고해야 합니다.
✓ 당신이CalFresh 혜택f를 받는 경우, 집에 있는 모든 가족 구성원에 관해 답하십시오. 만일 CalFresh 를 받지 않으면, 현금 보조를 받는 자녀, 부모, 의붓부모, 배우자와 입시 부재자를 포함하여 모든 사람에 대해 답하십시오.

혜택 중지 요청 (이 부분을 작성하시면, 이 양식의 뒷면에 서명과 날짜를 적으십시오. 당신은 언제든지 재신청하실 수 있으십니다.)
본인이 원하는 것은 본인의: ☐ 현금 보조 ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ 주정부 CMSP 가/이 _____ (월/년) 마지막 날짜로 중단되기를 원합니다.

제 1 부: _____ _____에 무슨 일이 생겼는지 저희에게 말씀해 주십시오.
보고하는 달 년도

1. 이 달에 당신이나 누군가가 어떠한 출처로든 수입 또는 돈이 생겼습니까? 만일 "예"라면, 아래에 기입하시고 증명을 첨부하십시오. ☐ 예 ☐ 아니오

소득: 아기 돌보기, 이자 또는 배당금, 임대료 수입, 급여, 자영업, 유급 병가, 팁, 유급 휴가, 등. 기타 정부 혜택: 주정부 장애 수당(SDI), 소셜 시큐리티, 연방 생계 보조비/주정부 생계 보조비(SSI/SSP), 기타 정부 장애 또는 은퇴, 임대 보조, 실직(UIB), 재향군인의 은퇴 연금, 근로자 상해 보험, 등. 기타 혜택: 자녀/배우자 부양비, 보험 또는 법적 타결, 기타 개인적 장애 또는 은퇴 연금, 철도 공무원 은퇴 연금, 파업 수당, 등. 기타: 현금, 선물, 융자, 장학금, 등. In-Kind 수입: 주택을 받게됨, 무상으로 주택/공과금/의복/음식을 받음, 등

수입이 있었던 사람은?	출처?	총수입(Gross) 금액	$	$	$	$	$
		받은 날짜					
수입이 있었던 사람은?	출처?	총수입(Gross) 금액	$	$	$	$	$
		받은 날짜					

1a. 이 달에 일했거나 훈련받은 시간 수:

누가 일했습니까?	어디에서?	총 시간수	누가 일했습니까?	어디에서?	총 시간
누가 훈련받았습니까?	어디에서?	총 시간수	누가 훈련을 받았습니까?	어디에서?	총 시간

1b. 만일 제출한 달 이후 3 달 안으로 위에 보고한 수입 또는 돈이 변경될 경우, 설명 및 증명을 첨부하십시오.

이름	수입 또는 금전의 출처	왜 그것이 변경될 것입니까?	당신은 얼마를 받게 될 것입니까?		
			첫째 달	둘째 달	셋째 달

2, 3, 4, 5 문항들은 당신이 CalFresh 를 더 많이 받도록 도울 수 있습니다.

2. 의료 비용: CalFresh 를 받으면서, 신체 장애인 또는 60 세 이상인 사람 중에 의료 비용을 지불한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
만일 "예"라면, 아래에 지불한 금액을 기재하시고 지불 증명을 첨부하십시오.

누가 지불했습니까?	누가 보호를 받았습니까?	금액 $

3. 부양 가족 보호: CalFresh 를 받는 사람이, 일하고, 직장을 구하거나, 학교나 훈련에 참석하는 동안, 아동 보육, 신체 장애인, 또는 기타 부양 가족을 돌보기 위해 지불한 것이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
만일 "예"라면, 아래에 지불한 금액을 기재하시고 지불 증명을 첨부하십시오.

누가 지불했습니까?	누구를 돌보았습니까?	금액 $

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

웰페어 부정 신고
핫라인 (800) 349-9970 번으로 전화하십시오.

4. 자녀 부양비: CalFresh 를 받는 어떤 분이 법원 명령 자녀 부양비를 지불했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

만일 "예"라면, 아래에 지불한 금액을 기재하시고 지불금의 증명을 첨부하십시오.

누가 지불했습니까?	금액 $	누가 지불했습니까?	금액 $

5. 만일 제출한 달 이후 3 달 안으로 위에 보고한 수입 또는 돈이 변경된다면, 아래 칸에 체크하시고, 설명 및 증명을 첨부하십시오.

의료 비용	누가 지불합니까?	금액 $	누가 보호를 받습니까?	무엇이 변경되었습니까?	언제 변경될 것입니까?
부양 가족 보호	누가 지불합니까?	금액 $	누가 보호를 받습니까?	무엇이 변경되었습니까?	언제 변경될 것입니까?
법원 명령 자녀 부양비	누가 지불합니까?	금액 $	누구를 위한 것입니까?	새 법정 명령을 첨부하십시오.	언제 변경될 것입니까?

제 2 부: 지난 보고서 *이후에* 어떤 일이 생겼습니까?

6. 어떤 재산이건 [땅, 집, 차, 은행 예금, 금전 지불 (복권 또는 도박장 당첨금, 소급한 소셜 시큐리티, 세금 환불 따위), 기타] 얻거나, 사거나, 팔거나, 교환하거나, 처분한 것이 있습니까? 만일 "예"라면, 아래에 모든 항목을 기재하시고 증명을 첨부하십시오. ☐ 예 ☐ 아니오

누가 소유, 판매, 교환, 또는 버렸습니까?	재산 유형	언제?	가치 $	☐ 샀음	☐ 팔았음	☐ 이겼음
				☐ 선물 받았음	☐ 교환함	☐ 처분함

당좌예금(Checking) 계좌 ☐ 개설 ☐ 중단 잔액 $ 저축 계좌 ☐ 개설 ☐ 중단 잔액 $

7. 당신의 집에 전입했거나 전출한 사람이 있습니까, 또는 당신이 누군가와 함께 전입합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이름과 성	당신과의 관계	이사를 왔거나 이사갔습니까?	언제?

8. 당신의 가정에 마약 소지, 사용 또는 배포에 따른 마약 관련 중범죄로 유죄 판결을 받은; 중범 죄로 기소, 구금, 또는 감금을 피하거나 도주한; 또는 집행 유예 또는 가석방을 위반한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 만일 "예"라면, 이름: 어디에서 유죄판결? 유죄 판결 날짜:

9. 다음 중 어떤 사항이든지 또는 기타 어떤 변동이든지 당신의 가족 중 누구에게 생겼습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

만일 "예"라면, 아래에 기입하시고 증명을 첨부하십시오. 필요하시다면 별도의 용지를 첨부하십시오.

- ☐ 가족 변동 [결혼, 이혼, 별거, 가주 동거 관계(DP)등록이 되었거나, 비-가주 DP가 있거나, DP가 끝났거나, 임산부가 되었거나, 아기를 가졌거나, 더 이상 임산부가 아닙니까?]
- ☐ 장애 (신체장애가 되었거나 신체 장애나 중병에서 회복되었습니까?)
- ☐ 직장 (일하기 시작 또는 중단했거나, 일 또는 훈련을 거절했거나, 일 또는 훈련 시간수가 증가 또는 감소했거나, 파업으로 들어갔습니까?)
- ☐ 이민 (시민권 또는 이민 신분 변경, 또는 이민국(USCIS/INS)으로 부터 새로운 카드, 양식, 또는 편지를 받았습니까?)
- ☐ 보험 (MEDICARE를 포함하여, 건강, 치과, 생명 보험 혜택을 시작했거나, 중단했거나, 바꿨습니까?)
- ☐ 양육권 (당신이 양육하는 시간 분량에 변동이 있습니까/당신의 자녀에 대한 양육권이 있습니까?)
- ☐ 가내 지원 서비스 (서비스 받는 것을 시작했거나 중단했습니까?)
- ☐ 학교 출석
  - 현금 보조에 한해서만 –연령 6-18세인 학생이 학교를 그만뒀거나 정기적으로 출석하기 시작했습니까?
  - 연령 16세 또는 그 이상인 학생이 학교/대학을 시작했거나 중단했습니다. (당신은 책, 학교 교통비, 등에 대한 비용을 청구하는 것이 가능할 것입니다.)
- ☐ 기타:

이름(들)	당신과의 관계	무슨 일이 생겼습니까?	변경 날짜

주소 변경

만일 당신이 이사를 했거나 새 우편 발송 주소를 가지고 있다면, 이 항목에 한해서만 기입하십시오. 만일 당신이 CalFresh 를 받고 있으면, 당신은 당신의 새 보호소 비용의 증명을 제출하라는 요청을 받을 수도 있습니다.

새집 주소(번호, 도로명, Avenue, Blvd., 등.) 아파트 번호 시 주 우편 번호	새 전화 번호 ( )
이사한 날짜 / 새 우편 주소(집주소와 다른 경우) 시 주 우편 번호	
이 새 주소에 주택 비용이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 예라면, 얼마 $	당신의 주택 비용에서 난방/냉방 비용을 별도로 지급해야 합니까? 예 ☐ 아니오 만일 예라면, 얼마 $

확인 – 사기 주의

본인은 이해합니다: 만일 본인이 보조나 혜택을 계속 받기 위해 본인의 수입, 재산, 또는 가족 상황에 대하여 고의로 모든 사실을 보고하지 않았거나, 잘못된 사실을 제출했을 경우, 본인은 법적으로 기소를 당할 수 있습니다. $ 400 이상의 현금 보조, 및/또는 CalFresh 가 이같은 행동의 결과로 부정하게 지불되면, 본인은 또한 중범죄로 고소당할 수 있습니다. 본인은 현금 보조 및 CalFresh 의 자격/상황 보고서에 대한 설명 및 벌칙의 사본을 받았습니다.

이 보고서에 해당되는 달의 마지말 날 이후 서명을 하고 날짜를 적어야 합니다. 그렇지 않으면 이것은 미완료로 간주될 것입니다.
본인은 미연방 및 가주 법에 의해 위증죄는 처벌을 받는 조건으로 이 보고서에 실려있는 정보가 본인이 알고 있는 바로는 사실이고 정확하고 완료된 것임을 선언합니다.

아래에 누가 서명해야 합니까:	현금 보조의 경우: 당신과 당신의 보조를 받는 배우자, 동거자, 집에 살고 있는 경우 (현금 보조를 받는 아동의) 다른 부모. CalFresh 의 경우: 가장, 책임감 있는 가족 구성원 또는 가구의 권한 대리인.

서명 또는 표 ☛	서명한 날짜	집 전화 ( )	연락처/핸드폰 ( )
배우자, 동거자, 보조받는 아동(들)의 다른 부모	서명한 날짜	표에 대한 증인, 통역, 또는 기타 서류 작성인의 서명	서명한 날짜