

~Giữ Phúc Lợi CalWORKs và CalFresh Của Quý Vị~

Tài Liệu này Cung Cấp Thông Tin Quan Trọng về Làm Thế Nào để Hoàn Tất một cách Chính Xác bản Báo Cáo Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện SAR 7 cho CalWORKs và CalFresh
Gọi số _____ nếu quý vị cần trợ giúp hoàn thành hoặc có thắc mắc về SAR 7.

Câu hỏi 1 & 2

Trả lời Có hoặc Không

Nếu câu trả lời cho một trong hai câu hỏi này là CÓ, hãy điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp

Câu hỏi 3

Nếu quý vị thay đổi chỗ ở, điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp

Câu hỏi 4

Chỉ trả lời nếu quý vị nhận được CalWORKs (Cash Aid)

Câu hỏi 5

Nếu bất cứ ai từ 60+ tuổi hoặc bị tàn tật và nhận được CalFresh bị tăng chi phí y tế, hãy điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng

Báo cáo thu nhập và chi phí cho tháng này/năm

Gửi báo cáo vào ngày 5 của tháng này

Đọc và trả lời mọi câu hỏi một cách cẩn thận và chắc rằng có đính kèm bằng chứng khi được yêu cầu

STATE OF CALIFORNIA--HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
THÁNG BÁO CÁO: _____

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

BÁO CÁO TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN SAR 7

ĐỂ TIẾP TỤC NHẬN ĐƯỢC PHÚC LỢI NGỪNG THỜI GIAN, VUI LÒNG KÝ TÊN VÀO MẪU NÀY SAU NGÀY 01 _____ VÀ GỬI LẠI CHẠM NHẤT VÀO NGÀY 05 _____ THÁNG NỘP BÁO CÁO

Mã số Hồ sơ _____ Tên Hồ sơ _____

Cần sự Trợ giúp? (www.mybenefitscalwin.org)

Tên Nhân viên : _____
Số Điện Thoại của Nhân Viên : _____
Quận : _____
Địa chỉ : _____
Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Zip : _____

MÃ VẠCH: _____

Xin đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn NGỪNG bất cứ phúc lợi nào sau đây:
 NGỪNG CalWORKs của tôi NGỪNG CalFresh của tôi NGỪNG Medi-Cal của tôi

1. Có ai đó đã chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị (kể cả trẻ sơ sinh) hoặc quý vị đã chuyển vào ở với một người khác kể từ lần báo cáo cuối cùng của quý vị không? Có Không (Nếu có, xin hoàn tất phần bên dưới)

Ngày Chuyển (ngày/tháng/năm)	Tên (Tên Gọi, tên Lót, tên Họ)	Ngày Sinh	Quan Hệ Với Quý Vị	Có Thường Xuyên Mua Thực Phẩm Và Chuẩn Bị Thức Ăn Cùng Với Nhau?
<input type="checkbox"/> Vào <input type="checkbox"/> Ra / /		/ /		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
<input type="checkbox"/> Vào <input type="checkbox"/> Ra / /		/ /		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
<input type="checkbox"/> Vào <input type="checkbox"/> Ra / /		/ /		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

2. Có thay đổi gì về địa chỉ của quý vị kể từ lần báo cáo cuối cùng của quý vị không? Có Không
(Nếu có, xin hoàn tất phần dưới đây)
Địa chỉ Mới: _____ Ngày Chuyển: _____
Địa chỉ Gửi thư (nếu khác với địa chỉ ở trên) _____

3. Nếu quý vị đã chuyển chỗ ở kể từ lần báo cáo cuối cùng của quý vị, vui lòng điền vào phần bên dưới:

Tiền thuê nhà hoặc tiền nhà trả góp mỗi tháng hiện nay? \$ _____ Nếu thanh toán riêng, thuế tài sản và bảo hiểm nhà mỗi tháng của quý vị hiện nay? \$ _____

Quý vị có chi phí tiện ích không bao gồm trong tiền thuê nhà hay tiền nhà trả góp không? Nếu có, xin đánh dấu ô thích hợp:
 Điện thoại Rác Nước Điện/Gas Chi phí hệ thống sưởi hoặc làm mát khác

4. Dành riêng cho CalWORKs: Có ai trong nhà quý vị:
A. Chạy trốn lệnh bắt giữ chưa được thực hiện không? **Chỉ trả lời câu hỏi này nếu bạn nhận được CalWORKs (Cash Aid)**
B. Bị tòa án tuyên bố vi phạm tình trạng án treo hoặc tha có điều kiện không?
 Có Không (Nếu có, xin hoàn tất mục dưới đây)

Tên người đó	Lựa chọn A hoặc B ở trên	Lệnh bắt giam được đưa ra hoặc việc vi phạm xảy ra tại tiểu bang nào?	Ngày ra lệnh bắt giam hoặc vi phạm

5. Chi phí Y tế: Nếu người nào đó nhận CalFresh và từ 60 tuổi trở lên hoặc khuyết tật có mức tăng trong chi phí y tế, vui lòng hoàn tất phần dưới đây và đính kèm bằng chứng:

Ai đã có sự thay đổi? _____ Số tiền tăng lên: \$ _____

SAR 7 (VI) (12/14) ELIGIBILITY STATUS REPORT - FOR CASH AID AND CALFRESH-REQUIRED FORM - SUBSTITUTES PERMITTED PAGE 1 OF 3

Câu hỏi 6

Trả lời Có hoặc Không

Nếu câu trả lời là CÓ, điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng

Câu hỏi 7

Nếu bất cứ ai đang nhận được CalFresh đã bị tăng chi phí chăm sóc người phụ thuộc, điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng

Câu hỏi 8

Trả lời Có hoặc Không

Nếu câu trả lời là CÓ, điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng

Câu hỏi 9

Trả lời Có hoặc Không

Nếu câu trả lời là CÓ, điền tất cả thông tin về thu nhập trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng về thu nhập nhận được

10, 11, và 12

Trả lời Có hoặc Không

Nếu câu trả lời là CÓ, điền tất cả thông tin trong các khoảng được cung cấp và đính kèm bằng chứng

6. Tiền Cấp dưỡng Con trẻ: Đã có người nào hưởng CalFresh nhận được một thay đổi trong số tiền cấp dưỡng con trẻ mà họ phải trả kể từ lần báo cáo cuối cùng của họ không? Có Không Nếu có, xin hoàn tất phần dưới đây và đính kèm bằng chứng.

Số tiền được trả vào Tháng Báo cáo là bao nhiêu? \$ _____

Ai trả tiền cấp dưỡng? _____

7. Chăm sóc Người phụ thuộc: Nếu bất cứ ai nhận được CalFresh và làm việc, đang tìm việc làm, hoặc đang đi học, có mức tăng trong chi phí trả cho việc chăm sóc người phụ thuộc kể từ lần báo cáo cuối cùng của người đó, vui lòng hoàn tất phần dưới và đính kèm bằng chứng:

Số tiền đã tự trả vào Tháng Báo cáo là bao nhiêu? \$ _____

Ai trả: _____ Liệt kê (những) người phụ thuộc: _____

8. Đã có người nào: Nhận được, mua, bán, trao đổi hoặc cho đi bất cứ tài sản, đất đai, nhà cửa, xe, tài khoản ngân hàng, tiền, các khoản thanh toán (như trúng số/danh bài, phúc lợi truy lãnh từ an sinh xã hội), hoặc các loại tài sản khác kể từ lần báo cáo cuối cùng không? Có Không (Nếu có, xin hoàn tất phần dưới đây và đính kèm bằng chứng. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, xin đính kèm một tờ giấy rời).

Ai?	Loại Tài sản?	Khi nào?	Số tiền/Trị giá?	<input type="checkbox"/> Đã Mua <input type="checkbox"/> Đã Bán <input type="checkbox"/> Đã Cho Đi <input type="checkbox"/> Đã Sử Dụng
				<input type="checkbox"/> Đã nhận được như một quà tặng <input type="checkbox"/> Đã trao đổi <input type="checkbox"/> Đã thắng được <input type="checkbox"/> Khác

9. Đã có người nào nhận được thu nhập từ việc làm trong Tháng Báo cáo không? Có Không (Nếu có, xin hoàn tất phần dưới đây và đính kèm bằng chứng). Tháng Báo cáo được ghi ở phần trên cùng của trang đầu tiên. Xin liệt kê từng công việc của mỗi người. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, xin đính kèm một tờ giấy rời. Ví dụ như việc trông trẻ, tiền lương, việc làm riêng, lương bệnh, tiền boa, v.v. Nếu quý vị mất việc làm, xin đính kèm bằng chứng.

	Công việc số 1	Công việc số 2	Công việc số 3
Tên của người có thu nhập:			
Nguồn thu nhập/ Tên hãng sản:	Làm việc tự, xin đánh dấu tại đây <input type="checkbox"/>	Làm việc tự, xin đánh dấu tại đây <input type="checkbox"/>	Làm việc tự, xin đánh dấu tại đây <input type="checkbox"/>
Được thanh toán thường xuyên như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi tháng hai lần	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi tháng hai lần	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi tháng hai lần
Tổng thu nhập mà họ đã nhận được vào tháng báo cáo:	\$ _____ (CÁC NGÀY NHẬN: _____)	\$ _____ (CÁC NGÀY NHẬN: _____)	\$ _____ (CÁC NGÀY NHẬN: _____)
Số giờ làm việc mỗi tháng:			

10. Có thay đổi gì về thu nhập từ việc làm của quý vị trong 6 tháng sắp tới (bao gồm cả thu nhập được liệt kê tại số 9) không? Có Không (Nếu có, xin giải thích tại đây và đính kèm bằng chứng). Ví dụ: Ngưng hoặc bắt đầu một công việc; tăng hoặc giảm thu nhập; thay đổi số giờ làm việc; nghỉ việc hoặc đình công; thay đổi trong thời hạn trả lương.

11. Có người nào đã nhận được tiền từ bất cứ nguồn nào khác vào Tháng Báo cáo: Có Không (Nếu có, xin hoàn tất phần dưới đây và đính kèm bằng chứng.) Tháng Báo cáo được ghi ở phần trên cùng của trang đầu tiên. Ví như như: An sinh Xã hội, Bồi thường Thất nghiệp, Quyền lợi Cựu chiến binh, Bảo hiểm Khuyết tật Tiểu bang (State Disability Insurance - SDI), Tiền cấp dưỡng Con trẻ/Vợ chồng, Bồi thường Người lao động, Tiền vay/ Quà tặng, Thu nhập Nhà ở, Tiện ích, Thực phẩm, v.v. Nếu quý vị không còn nhận được tiền từ một nguồn mà trước đây quý vị đã báo cáo, xin đính kèm bằng chứng.

Tên	Nguồn thu nhập	Thanh toán một lần hoặc hàng tháng	Số tiền
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____

12. Có thay đổi gì về số tiền nhận được bất cứ nguồn nào khác trong 6 tháng sắp tới (bao gồm cả số tiền được liệt kê tại số 11) không? Có Không (Nếu có, xin giải thích tại đây và đính kèm bằng chứng). Ví dụ về sự thay đổi: Tăng hoặc giảm thu nhập hoặc phúc lợi, hoặc nếu quý vị bắt đầu hoặc không còn nhận được thu nhập hoặc phúc lợi.

Câu hỏi 13

Trả lời Có hoặc Không

Trả lời câu hỏi này chỉ khi quý vị nhận được CalWORKs (Cash Aid). Báo cáo bất kỳ thay đổi nào đã xảy ra trong nhà của quý vị kể từ khi quý vị báo cáo lần cuối

Chữ ký

Bằng việc ký tên vào báo cáo này, quý vị đã chứng thực, dưới hình phạt khai man, rằng tất cả các câu trả lời đều đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết của quý vị

Bản SAR 7 phải được ký vào ngày hoặc sau ngày đầu tiên của tháng nộp báo cáo như đã thấy ở đầu trang

1

13. Dành riêng cho CalWORKs: Có bất cứ điều gì sau đây đã xảy ra với bất cứ ai trong nhà quý vị kể từ lần báo cáo cuối cùng của quý vị không? Có Không (Nếu có, xin đánh dấu bên dưới và đính kèm bằng chứng):
- Thay đổi về Gia đình (Kết hôn, ly hôn, ly thân, bắt đầu Quan hệ Bạn đời sống Chung có Đăng ký (Registered Domestic Partnership - RDP) California, có Quan hệ Bạn đời sống Chung (Domestic Partnership - DP) không thuộc California, chấm dứt một DP hoặc RDP, mang thai, hoặc không còn mang thai?)
 - Công việc/Việc làm (Bắt đầu, ngừng, nghỉ việc, bắt đầu một doanh nghiệp hoặc đình công?)
 - Tình trạng Khuyết tật (Bị khuyết tật hoặc phục hồi từ một khuyết tật hoặc bệnh nghiêm trọng?)
 - Tình trạng di trú (Thay đổi về tình trạng công dân hoặc di trú, hoặc nhận được một thẻ, mẫu hoặc thư mới từ USCIS (INS)?)
 - Bảo hiểm (Đã bắt đầu, chấm dứt, hoặc thay đổi các phúc lợi bảo hiểm y tế, nha khoa, hoặc nhân thọ, bao gồm cả MEDICARE?)
 - Việc nuôi dưỡng (Bất cứ thay đổi nào trong thời lượng mà quý vị chăm sóc/ nuôi dưỡng con quý vị?)
 - Dịch vụ Hỗ trợ Tại gia (Đã bắt đầu hoặc ngưng nhận dịch vụ?)
 - Việc Đi học
- Đối với sinh viên từ 18 tuổi trở lên- đã bắt đầu hoặc chấm dứt việc học tại trường/cao đẳng? (Quý vị có thể yêu cầu thanh toán chi phí tiền sách, việc chuyên chở đi học, v.v.)
- Người nào đó đã trả tất cả chi phí nhà ở, thực phẩm, quần áo hoặc tiện ích. (vui lòng giải thích) Người nào đó đã trả tất cả chi phí nhà ở, thực phẩm, quần áo hoặc tiện ích. (vui lòng giải thích)
- Khác: _____

Chỉ trả lời câu hỏi này nếu bạn nhận được CalWORKs (Cash Aid)

Vui lòng đọc kỹ, ký tên, và điền ngày.

Bằng việc ký tên vào mẫu này:

- Tôi hiểu và xác nhận theo hình phạt khai man, rằng tất cả các câu trả lời của tôi trong báo cáo này là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi hiểu các hình phạt cho việc gian lận như sau: Tôi có thể bị bắt đi tù trong tối đa 20 năm và bị phạt tối đa \$250,000. Tôi có thể phải trả lại các phúc lợi nếu tôi không hội đủ điều kiện để nhận chúng. Lần đầu cố ý vi phạm các quy định, tôi sẽ không thể nhận được phúc lợi CalFresh trong một năm; lần thứ hai là 2 năm; và sau lần thứ ba tôi sẽ không được nhận phúc lợi CalFresh một lần nào nữa.
- Tôi hiểu và đồng ý cung cấp bản sao của mọi giấy tờ cần thiết để hoàn tất báo cáo nửa năm của mình.
- Tôi hiểu rằng trong một số trường hợp, tôi có thể được yêu cầu để đồng ý cho Quận thực hiện bất cứ liên lạc cần thiết nào để xác định tư cách hội đủ điều kiện.

VIỆC CHỨNG NHẬN - CẢNH CÁO GIAN LẬN

TÔI HIỂU RẰNG: Nếu tôi cố ý không báo cáo tất cả dữ liệu hoặc cung cấp dữ liệu sai về thu nhập, tài sản, hoặc tình trạng gia đình của tôi để nhận được hoặc tiếp tục nhận được trợ cấp hoặc phúc lợi, tôi có thể bị truy tố theo pháp luật. Tôi cũng có thể bị buộc tội nghiêm trọng nếu hơn \$950 trong khoản Trợ cấp Tiền mặt và/hoặc CalFresh được cấp một cách sai lầm do hành động đó. Tôi đã nhận được một bản Hướng dẫn và Hình phạt cho Báo cáo Tình Trạng Hội đủ điều kiện với Trợ cấp Tiền mặt và CalFresh SAR 7.

QUÝ VỊ PHẢI KÝ TÊN VÀ ĐỀ NGÀY VÀO BÁO CÁO NÀY SAU NGÀY CUỐI CÙNG CỦA THÁNG BÁO CÁO, NẾU KHÔNG MẪU NÀY ĐƯỢC XEM LÀ KHÔNG HOÀN CHỈNH.

Tôi xin tuyên bố theo hình phạt khai man thuộc luật pháp Hoa Kỳ và Tiểu bang California rằng những dữ liệu trong báo cáo này là trung thực, chính xác và đầy đủ.

AI PHẢI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY Với Trợ cấp Tiền mặt: Quý vị, người vợ/chồng được, bạn đời sống chung trợ cấp của quý vị, hoặc người cha/mẹ còn lại (của những trẻ em được trợ cấp tiền mặt), nếu sống cùng nhà.
Với CalFresh: Chủ hộ gia đình, thành viên hộ gia đình chịu trách nhiệm, hoặc người đại diện được ủy quyền của hộ gia đình.

CHỮ KÝ HOẶC DẤU CHỮ THẬP	NGÀY KÝ TÊN	DIỆN THOẠI NHÀ	DIỆN THOẠI LIÊN LẠC/ DI ĐỘNG
		()	()
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI VỢ/CHỒNG, BẠN ĐỜI SỐNG CHUNG CÓ ĐĂNG KÝ, HOẶC NGƯỜI CHĂM SÓC LẠI CỦA (NHỮNG) TRẺ ĐƯỢC TRỢ CẤP TIỀN MẶT	TRÁI KÝ TÊN	CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG DẤU CHỮ THẬP, THÔNG DỊCH VIÊN, HOẶC NGƯỜI KHÁC HOÀN TẤT MẪU ĐƠN	NGÀY KÝ TÊN

KÝ TÊN và ghi NGÀY bản báo cáo CalFresh SAR 7 chính xác để tránh mất các phúc lợi của CalWORKs và CalFresh