

TỜ KHAI CÁC ĐIỀU KIỆN VỀ CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TIỀN MẶT CHO NGƯỜI NHẬP CƯ (CAPI)

THÔNG BÁO

Sở Xã Hội của Quận Hạt được ủy quyền để thu thập thông tin trên mẫu đơn này theo Điều Khoản 18940 của Bộ Luật về Phúc Lợi và Thực Thi Điều Luật cũng như luật Liên Bang cho chương trình trợ cấp an sinh xã hội (SSI/SSP). Sở Xã Hội của Quận Hạt cần các thông tin này để đánh giá việc hội đủ điều kiện của đơn xin hoặc hồ sơ đang nhận trợ cấp CAPI.

THÔNG BÁO VỀ ĐẠO LUẬT NGƯỜI KHUYẾT TẬT (ADA)

Đạo luật Người Khuyết Tật của liên bang (ADA) và tiểu bang bảo vệ những người khiếm khuyết về thể chất, tinh thần, cảm xúc, khả năng lĩnh hội, và sự phát triển. ADA cũng bảo vệ những người có trở ngại về sức khỏe.

Quý vị có một trong những vấn đề sau đây không?

- ✓ Bị khiếm thị, khiếm thính hoặc bị hạn chế khi nói
- ✓ Cần thông dịch viên biết dùng ngôn ngữ ký hiệu
- ✓ Gặp khó khăn khi đi lại, ngồi hoặc đứng trong một thời gian dài
- ✓ Cần giúp đỡ, giải thích các mẫu đơn hoặc hướng dẫn phức tạp

Nếu không biết, quý vị có thể nói chuyện với chúng tôi. Nếu cần giúp nộp đơn xin CAPI, hãy yêu cầu để nói chuyện với một nhân viên Quận Hạt ngay!

Mọi người đều bình đẳng trong việc tìm hiểu các chương trình và hưởng các dịch vụ. Nếu bị từ chối, quý vị có thể khiếu nại để được bình đẳng về dân quyền hoặc về khuyết tật với điều phối viên của văn phòng phúc lợi Quận Hạt.

Quận Hạt có trợ giúp gì cho người khuyết tật khi nộp đơn?

Ví dụ như là giúp quý vị đọc và điền đơn hoặc giải thích mọi thông báo nào mà quý vị đã nhận. Nếu cho biết quý vị cần giúp nộp đơn xin trợ cấp, chúng tôi sẽ tìm cách để giúp đỡ. Quý vị không cần phải nộp giấy bác sĩ hoặc đang được điều trị để nhận sự giúp đỡ này.

Quý vị có biết không?

Nếu vì khuyết tật, không thể đến văn phòng để được phỏng vấn, hãy báo cho nhân viên Quận Hạt biết và họ sẽ đến với quý vị. Quận Hạt có thể:

- Phỏng vấn tại nhà, viện dưỡng lão, bệnh viện, hoặc một địa điểm thuận tiện cho quý vị.
- Sử dụng video (chẳng hạn như FaceTime hoặc Skype) để phỏng vấn từ xa.
- Giúp quý vị có được những chứng từ có thể cần cho đơn xin CAPI.

THÔNG BÁO HỖ TRỢ VỀ NGÔN NGỮ

Đạo luật Dịch vụ Song ngữ Dymally-Alatorre của California năm 1973, Bộ luật Chính phủ §7290 et seq., đòi hỏi các mẫu đơn và thông báo phải được dịch ra nhiều ngôn ngữ. Ngôn ngữ mà quý vị yêu cầu phải được đáp ứng khi giải thích về phúc lợi, hướng dẫn cách điền đơn, và trong những cuộc phỏng vấn với nhân viên của Quận Hạt. Hãy cho nhân viên Quận Hạt biết nếu cần được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị.

Hãy trả lời những câu hỏi sau đây để chúng tôi giúp quý vị nộp đơn xin CAPI một cách dễ dàng hơn:

- a. Quý vị cần giúp đọc mẫu đơn này không? Có Không
- b. Quý vị cần giúp điền đơn xin trợ cấp CAPI do khiếm khuyết chức năng không? Có Không
- c. Quý vị có khiếm thính hay lãng tai không? Có Không
Nếu có, Quận Hạt phải cung cấp phương tiện miễn phí để giao tiếp với quý vị. Quý vị cần phương tiện nào?

- d. Quý vị muốn dùng ngôn ngữ nào để đọc?

- e. Quý vị muốn dùng ngôn ngữ nào để nói?

HƯỚNG DẪN

CAPI là một chương trình do tiểu bang tài trợ chỉ dành cho người không phải là công dân Hoa Kỳ. Hãy viết câu trả lời rõ ràng bằng mực xanh hoặc đen. Người nộp đơn phải ký tên và để ngày trên mẫu đơn.

Nếu cần thêm chỗ trống để viết, hãy dùng phần “Nhận xét” ở trang 15. Hãy cho cán sự xã hội biết nếu quý vị cần giúp thu thập chứng từ hay giúp điền mẫu này.

PHẦN 1: THÔNG TIN CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN XIN

- a. Tên (tên, chữ lót, họ): _____

Ngày Tháng Năm Sinh: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Tôi không có số An Sinh Xã Hội.

b. Thông tin liên lạc

Địa chỉ nơi ở (tên đường): _____

Căn #: _____ Thành phố: _____

Quận Hạt: _____ Tiểu Bang: _____ Số khu vực: _____

Địa chỉ nhận thư (nếu khác bên trên): _____

Thành phố: _____ Quận Hạt: _____

Tiểu Bang: _____ Số khu vực: _____

Số điện thoại với số vùng:

Số di động: (_____) _____

Số nhà /Chỗ làm/Nhắn tin: (_____) _____

Điện thư (Email): _____

- c. Quý vị có cho phép Quận Hạt liên lạc về hồ sơ CAPI của quý vị qua tin nhắn điện thoại không? Có Không

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker

Date Received

Linkage

 Aged Blind Disabled

ID

Nếu “**đồng ý**,” hãy cho số điện thoại để nhắn tin. (_____) _____

- d. Quý vị có từng dùng tên khác (kể cả tên trước khi kết hôn)? Có Không

Nếu “**có**” điền các tên đó ở đây:

- e. **Không Bắt Buộc:** (Câu hỏi sau không phải trả lời và nếu trả lời, sẽ được giữ kín.)

Sắc tộc: Quý vị có phải là người Mỹ gốc Tây Ban Nha, gốc La tinh hay người Tây Ban Nha không?

Có Không Từ chối trả lời

Nếu trả lời “**có**”, quý vị tự cho mình là người:

Mỹ Tây Cơ Puerto Rico Cuba
 Guatemala Salvador Honduras
 Nước Khác (nêu rõ): _____

- f. **Không Bắt Buộc:** (Câu hỏi sau không phải trả lời và nếu trả lời sẽ được giữ kín.)

Chủng tộc/nguồn gốc sắc tộc: Đánh dấu những điều liên quan đến quý vị.

Người da trắng Người Mỹ bản địa hay bản địa Alaska

Người Mỹ da đen

Nguồn gốc khác hay con lai (nêu rõ): _____

Châu Á (nếu đánh dấu, hãy chọn một hay nhiều hơn trong các lựa chọn sau)

Phi Luật Tân Cam Bốt Ấn Độ Trung Hoa
 Đại Hàn Lào Nhật Bản Việt Nam
 Samoa Hmong

Các sắc dân Châu Á Khác (nêu rõ): _____

Người đảo Hawaii hay Thái Bình Dương (nếu đánh dấu, hãy chọn một hay nhiều hơn trong các lựa chọn sau đây):

Người đảo Hawaii Người đảo Guam hay Chamorro
 Người đảo khác (nêu rõ): _____

- g. Bắt buộc phải trả lời câu hỏi sau nếu quý vị xin trợ cấp tiền mặt.

Câu trả lời của quý vị được giữ kín.

Giới tính? Nữ Nam
 Chuyển giới: nữ qua nam
 Chuyển giới: nam qua nữ

- h. **Không Bắt Buộc:** (Câu hỏi sau không phải trả lời và nếu trả lời sẽ được giữ kín.)

Quý vị xác định giới tính của mình như thế nào? Vui lòng đánh dấu vào một ô:

Nữ Nam Chuyển giới: nữ qua nam
 Chuyển giới: nam qua nữ Một giới tính khác

COUNTY USE ONLY

Không hẳn là nam hoặc nữ Từ chối trả lời

i. **Không Bắt Buộc:** (Câu hỏi sau không phải trả lời và nếu trả lời sẽ được giữ kín.)

Giới tính nào được ghi trên bản khai sinh gốc của quý vị? Vui lòng đánh dấu vào 1 ô:

Nữ Nam Từ chối trả lời

j. **Không Bắt Buộc:** (Câu hỏi sau không phải trả lời và nếu trả lời sẽ được giữ kín.)

Quý vị xác định xu hướng tính dục của mình là gì? Vui lòng đánh dấu vào một ô:

Dị tính Đồng tính Lưỡng tính Bất thường
 Xu hướng khác Không xác định Từ chối trả lời

k. Quý vị hiện không có chỗ ở? Có Không

("Không có chỗ ở" có nghĩa là không có chỗ ngủ cố định hàng đêm hoặc phải ngủ ở những chỗ tạm thời như nơi tạm trú hoặc nhà trọ hoặc một nơi không dành để ở, như xe hơi, trạm xe buýt, phi trường hoặc nhà bỏ hoang, hoặc ngủ ngoài đường hoặc ở tạm nhà ai đó vì không có khả năng trả tiền cho chỗ ở riêng của mình.)

l. Quý vị có ý định ở lại California không? Có Không

PHẦN 2: SỨC KHỎE

a. Quý vị có bệnh về thể chất hoặc tâm trí hoặc bị khiếm thị không? Có Không

Ví dụ như huyết áp cao, bệnh tim mạch, tiểu đường, viêm khớp, loãng xương, các bệnh về thị lực, trầm cảm, v.v.

b. Nếu trả lời "**Có**" cho câu hỏi trên, vui lòng giải thích ngắn gọn:

Căn bệnh #1 – Bắt đầu khi nào: _____

Mô tả căn bệnh #1: _____

Căn bệnh #2 – Bắt đầu khi nào: _____

Mô tả căn bệnh #2: _____

Căn bệnh #3 – Bắt đầu khi nào: _____

Mô tả căn bệnh #3: _____

c. Quý vị có từng là nạn nhân bị ngược đãi/lạm dụng không? Có Không

Nếu "**có**," có phải người ngược đãi/lạm dụng chính là người bảo trợ quý vị hoặc vợ/chồng của người này không? Có Không

"Ngược đãi/lạm dụng" có nghĩa là có hành vi tấn công hoặc cưỡng chế, gồm cả về thể chất, tình dục hoặc tâm lý, kiểm soát tài chính, theo dõi, cô lập, hăm dọa và các hành vi cưỡng chế khác.

COUNTY USE ONLY

Current Medi-Cal or SSA Disability Determination

DDSD Referral Completed

Disabled

Blind

Presumptive Disability

SSI Referral Completed

APS Referral?

Yes No N/A

PHẦN 3: TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN

a. Tình trạng hôn nhân?

- Độc thân/Chưa kết hôn Kết hôn Ly dị
 Quả phụ Ly thân

Nếu quý vị hiện không kết hôn, hãy qua thẳng **Phần 4** dưới đây

b. Tên vợ/chồng (tên, chữ lót, họ):

Ngày sinh: _____

c. Vợ/chồng của quý vị có từng dùng tên nào khác không (kể cả tên họ trước khi kết hôn)? Có KhôngNếu “**CÓ**”, hãy liệt kê các tên họ khác đã dùng trước đây:

d. Quý vị có đang sống chung với vợ/chồng của mình không? Có Khônge. Nếu trả lời “**không**”, hãy ghi ngày bắt đầu sống riêng:

f. Nếu không sống chung, hãy ghi địa chỉ của vợ/chồng (số nhà, và tên đường, thành phố và số khu vực).

g. Vợ/chồng của quý vị có đang xin trợ cấp CAPI không? Có Không**PHẦN 4: TÌNH TRẠNG DI TRÚ - TỔNG QUÁT**a. Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? Có KhôngNếu trả lời “**CÓ**”, hãy qua thẳng phần cuối đơn xin và ký tên.b. Quý vị có muốn biết làm cách nào để trở thành công dân Hoa Kỳ và được giúp đỡ trong quá trình thi vào quốc tịch không? Có Khôngc. Chính quý vị hoặc vợ/chồng (hoặc người vợ/chồng trước) có từng phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

d. Số thẻ xanh của quý vị là gì? _____

e. Trạm đầu tiên của quý vị khi nhập cảnh Hoa Kỳ là ở đâu?

f. Quý vị có được phép thường trú tại Hoa Kỳ một cách hợp pháp không? Có Khôngg. Nếu trả lời “**CÓ**”, hãy ghi ngày được chấp thuận thường trú và qua thẳng **Phần 5**.

h. Nếu trả lời “**không**”, hãy giải thích ngắn gọn tình trạng di trú hiện tại của mình chiếu theo Văn Phòng Dịch Vụ Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS). _____

COUNTY USE ONLY**Spouse:**

Linkage:

- Aged
 Blind
 Disabled

ID:

Spouse Eligible?

- Yes No

Resident Card on File?

- Yes No N/A

Resident Card Expired?

- Yes No N/A

If Yes: Current status verified on SAVE?

- Yes No

- i. Văn Phòng USCIS cho phép quý vị ở lại Hoa Kỳ cho đến ngày nào? Hãy ghi ngày cho phép hoặc “vô thời hạn”, tùy theo điều nào được áp dụng. _____

PHẦN 5: TÌNH TRẠNG DI TRÚ – BẢO TRỢ

- a. Quý vị có người bảo trợ không? Có Không

Nếu trả lời “**không**”, hãy qua thẳng **Phần 6**

Ghi chú: Thu nhập của người bảo trợ và người phối ngẫu sẽ thường được tính vào hồ sơ của quý vị trong mười năm. (ĐIỀU KHOẢN PHÚC LỢI §18940(B)). Điều này có thể làm cho mức thu nhập vượt hơn mức giới hạn và quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận CAPI. Tuy nhiên, nếu vì người bảo trợ giúp rất ít hoặc không giúp đỡ mà quý vị không thể có thức ăn, chốn ở, thì quý vị có thể đủ điều kiện cho trường hợp nghèo ngoại lệ, và thu nhập của người bảo trợ sẽ không bị tính.

Xin lưu ý: Chúng tôi sẽ không tính mọi trợ cấp cho chỗ ở hoặc thực phẩm khi xem xét việc quý vị có thể có nơi ở và thức ăn hay không.

Để nộp đơn xin trường hợp nghèo ngoại lệ, quý vị sẽ được yêu cầu phải điền mẫu đơn SOC 809 (Tờ khai xin ngoại lệ CAPI). Để được giúp đỡ và giải thích thêm, hãy liên lạc với Cán sự Xã hội của quý vị.

- b. Hãy ghi tên họ, địa chỉ và số điện thoại của người bảo trợ.
Nếu có nhiều người bảo trợ, hãy ghi thông tin của từng người bảo trợ.

- c. Có người bảo trợ nào đã qua đời không? Có Không

Nếu trả lời “**có**”, hãy ghi tên họ người bảo trợ đã qua đời

- d. Có người bảo trợ nào bị khuyết chức năng không? Có Không

Nếu trả lời “**có**”, hãy ghi tên họ người bảo trợ bị khuyết chức năng

PHẦN 6: CƯ TRÚ

- a. Quý vị có đang trốn tránh pháp luật vì đã phạm tội hình, mưu toan phạm tội hình, vi phạm tạm tha hay quản chế không? Có Không

Nếu trả lời “**có**”, vui lòng qua thẳng phần cuối đơn và ký tên

- b. Quý vị bắt đầu cư ngụ tại Hoa Kỳ từ ngày nào? _____

- c. Quý vị có từng sống ngoài Hoa Kỳ sau đó không? Có Không

Nếu trả lời “**có**”, hãy ghi các ngày tháng quý vị từng ra khỏi Hoa Kỳ (tháng/ngày/năm rời và tháng/ngày/năm về lại). _____

- d. Quý vị có từng sống ngoài Hoa Kỳ trong vòng 30 ngày vừa qua không? Có Không

COUNTY USE ONLY

Sponsored?

Yes No

Affidavit of Support

Form I-134

Form I-864

Sponsor Verifications:

Deceased

Disabled

USCIS documentation

on file? Yes No

SOC 809 completed?

Yes No N/A

SOC 813 approved?

Yes No N/A

If NO, SOC 860
mailed to sponsor(s)
and applicant?

Yes No

Abuse exception to
sponsor deeming (see
question #2c)?

Yes No N/A

Lawfully admitted
permanent resident?

Yes No

Passport viewed and
copy on file?

Yes No

Month aid begins:

Nếu trả lời “**CÓ**”, hãy ghi các ngày tháng quý vị từng ra khỏi và về lại Hoa Kỳ.

PHẦN 7: CÁCH SINH SỐNG

a. Đánh dấu các mục cho biết nơi quý vị đang sống:

- Nhà Viện dưỡng lão Chung cư
 Nhà di động Nhà tù Phòng (nhà riêng)
 Bệnh viện Nơi tạm trú cho người không có chỗ ở Viện khác
 Cơ sở chăm sóc
 Phòng (khách sạn/cơ sở thương mại)
 Nơi tạm trú cho phụ nữ bị ngược đãi/hành hung
 Nơi khác (nói rõ): _____

b. Quý vị có đang nhận Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Nhà (IHSS) không? Có Không

Nếu “**không**”, quý vị có cần giúp về vệ sinh cá nhân hoặc các công việc khác trong nhà (như cho ăn, mặc quần áo, tắm rửa, uống thuốc, đi lại, dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt ủi, đi chợ, v.v.), hoặc đưa đi bác sĩ/bệnh viện vì quý vị không thể tự làm không?

Có, và tôi muốn Quận Hạt giúp đỡ về chăm sóc sức khỏe cá nhân/các công việc khác trong nhà.

Có, và tôi hiện đang nhận sự giúp đỡ của:

- Vợ/chồng
 Người thân, người giám hộ hợp pháp hoặc người giám hộ do tòa chỉ định
 Người khác (ghi tên) _____

Không, tôi không cần sự giúp đỡ về việc chăm sóc sức khỏe cá nhân/các công việc khác trong nhà.

c. Nơi quý vị đang sống có chỗ để nấu ăn, và lưu trữ thực phẩm thích hợp không? Có Không

d. Quý vị có đang sống một mình không? Có Không

e. Nếu không sống một mình, hãy cho biết về từng người quý vị đang sống chung, kể cả vợ hay chồng của quý vị. Hãy ghi tên họ từng người đang sống chung, liên hệ như thế nào với quý vị, ngày sinh của họ và có đang nhận trợ cấp xã hội hay không. “Trợ cấp xã hội” bao gồm BIA, CalWORKs, SSI/SSP, General Assistance/General Relief, Tiền hưu trí cựu quân nhân, v.v. Nếu người sống chung với quý vị chỉ nhận trợ cấp thực phẩm CalFresh hoặc CFAP, vui lòng đánh vào ô “không” cho người này. Có chỗ dưới đây đủ cho quý vị ghi được năm người hiện đang sống với quý vị. Nếu nhiều hơn 5 người, vui lòng dùng phần Nhận xét ở trang cuối của đơn này.

Tên người #1: _____

Liên hệ như thế nào với quý vị: _____

Giới tính và ngày sinh: _____

COUNTY USE ONLY

IHSS referral?
 Yes No

NMOHC?
 Yes No

Cooking Facilities?
 Yes No

Người #1 có đang nhận trợ cấp (như BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Tiền hưu trí cựu quân nhân) không?

Có Không

Tên người #2: _____

Liên hệ như thế nào với quý vị: _____

Giới tính và ngày sinh: _____

Người #2 có đang nhận trợ cấp (như BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Tiền hưu trí cựu quân nhân) không?

Có Không

Tên người #3: _____

Liên hệ như thế nào với quý vị: _____

Giới tính và ngày sinh: _____

Người #3 có đang nhận trợ cấp (như BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Tiền hưu trí cựu quân nhân) không?

Có Không

Tên người #4: _____

Liên hệ như thế nào với quý vị: _____

Giới tính và ngày sinh: _____

Người #4 có đang nhận trợ cấp (như BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Tiền hưu trí cựu quân nhân) không?

Có Không

Tên người #5: _____

Liên hệ như thế nào với quý vị: _____

Giới tính và ngày sinh: _____

Người #5 có đang nhận trợ cấp (như BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Tiền hưu trí cựu quân nhân) không?

Có Không

f. Quý vị trả tiền nhà như thế nào?

- Trả tiền thuê cho chủ nhà Thuê lại Trả tiền mượn mua nhà
 Làm chủ căn nhà Được ở miễn phí

g. Tiền nhà hàng tháng phải trả là bao nhiêu? \$ _____

h. Có ai đang ở chung cũng trả tiền thuê hoặc tiền vay mua nhà không? Có Không

COUNTY USE ONLY

Rental liability/ ownership verified?
 Yes No

SOC 453?
 Yes No

PHẦN 8: NGUỒN LỢI TỨC/TÀI SẢN

a. Quý vị hoặc người phối ngẫu có tên trên giấy chủ quyền chiếc xe nào không? Có Không

Bao gồm xe hơi, xe vận tải, tàu thuyền, xe gắn máy, xe được thiết kế thành nhà ở, v.v.

Exempt vehicle?
 Yes No

b. Nếu trả lời “**CÓ**”, hãy ghi tên người đứng chủ quyền cho mỗi loại xe/tàu mà quý vị hoặc người phối ngẫu sở hữu, và mô tả là loại gì (đời máy, hiệu và kiểu nào), được dùng cho việc gì (đi làm, đi khám bác sĩ, v.v.), trị giá theo thị trường hiện tại, và số tiền còn nợ.

Tên chủ xe #1: _____

Mô tả (đời, hiệu và kiểu): _____

Xe được dùng để: _____

2nd Vehicle:
 Market Value:
 \$ _____

Encumbrances:
 \$ _____

Equity Value:
 \$ _____

Trị giá theo thị trường hiện tại là: _____

Số tiền còn nợ: _____

Tên chủ xe #2: _____

Mô tả (đời, hiệu và kiểu): _____

Xe được dùng để: _____

Trị giá theo thị trường hiện tại là: _____

Số tiền còn nợ: _____

- c. Quý vị hoặc người phối ngẫu đã hay có đang mua bảo hiểm nhân thọ không? Có Không

Nếu trả lời “**CÓ**”, hãy cung cấp các chi tiết sau đây cho mỗi bảo hiểm nhân thọ:

Tên người mua bảo hiểm #1: _____

Tên người được bảo hiểm: _____

Tên công ty bảo hiểm: _____

Hợp đồng bảo hiểm #: _____

Số tiền bảo hiểm: _____

Giá trị tích lũy: _____

Ngày mua bảo hiểm: _____

Có vay tiền từ bảo hiểm này không? Có Không

Tên người mua bảo hiểm #2: _____

Tên người được bảo hiểm: _____

Tên công ty bảo hiểm: _____

Hợp đồng bảo hiểm #: _____

Số tiền bảo hiểm: _____

Giá trị tích lũy: _____

Ngày mua bảo hiểm: _____

Có vay tiền từ bảo hiểm này không? Có Không

- d. Quý vị (hoặc người phối ngẫu, nếu có kết hôn) có sở hữu một mình hoặc đứng chung với người khác bất kỳ tài sản trọn đời nào hay quyền được thừa kế tài sản không thuộc quy định giám sát của tòa không? Có Không

Nếu trả lời “**CÓ**”, hãy cho biết tên người có được quyền sở hữu tài sản trọn đời hoặc quyền thừa kế, mô tả tài sản, trị giá bán, và số nợ còn thiếu của tài sản này.

Tên người mua bảo hiểm #1: _____

Mô tả: _____

Trị giá bán: _____

Số nợ còn thiếu của #1: _____

Tên người mua bảo hiểm #2: _____

Mô tả: _____

COUNTY USE ONLY

CSV?

Yes No

Amount: \$ _____

Trị giá bán: _____

Số nợ còn thiếu của #2: _____

COUNTY USE ONLY

e. Quý vị hoặc người phối ngẫu có sở hữu hoặc đứng tên (một mình hay chung) trên tài sản nào liệt kê dưới đây ở Hoa Kỳ hoặc ở ngoại quốc không?

Tiền mặt (ở nhà, trong người, hoặc ở một nơi khác)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Trương mục vãng lai (checking)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Trương mục tiết kiệm (saving)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Trương mục Hiệp hội Tín Dụng (Credit Union)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Trương mục ký thác định kỳ (CD)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Giấy nợ ngân hàng (Notes)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Trái phiếu (Bonds)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Tài khoản tiền mặt có sinh lãi (Money Market Account)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Cổ phiếu (Stocks)

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Tài khoản hưu trí IRA

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

Tài sản khác có thể chuyển đổi ra tiền mặt

Quý vị: Có Không

Người phối ngẫu: Có Không

f. Cung cấp chi tiết cho câu hỏi trả lời “**CÓ**” bên trên:

Tên chủ tài sản: _____

Loại tài sản: _____ Trị giá: \$ _____

Tên của Ngân hàng hoặc Tổ chức tài chính: _____

Trương mục #: _____

Tên chủ tài sản: _____

Loại tài sản: _____ Trị giá: \$ _____

Tên của Ngân hàng hoặc Tổ chức tài chính: _____

Trương mục #: _____

Tên chủ tài sản: _____

Loại tài sản: _____ Trị giá: \$ _____

Tên của Ngân hàng hoặc Tổ chức tài chính: _____

Information in Item f verified?

Yes No

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Total: \$ _____

Trương mục #: _____

COUNTY USE ONLY

g. Quý vị hoặc người phối ngẫu có sở hữu đất đai hoặc nhà cửa, hoặc có tên trên bằng khoán của bất động sản NÀO ở Hoa Kỳ hoặc ở ngoại quốc, khác với địa chỉ quý vị đang sống không?

Information in Item g verified?

Yes No

Quý vị: Có Không Người phối ngẫu: Có Không

Nếu trả lời “**Có**” hãy cho biết các chi tiết sau đây:

Bất động sản #1: Loại bất động sản: _____

Địa điểm: _____

Trị giá: \$ _____

Bất động sản #2: Loại bất động sản: _____

Địa điểm: _____

Trị giá: \$ _____

h. Quý vị hoặc người phối ngẫu có bán, sang nhượng chủ quyền, bỏ đi hoặc cho đi tiền bạc, hoặc tài sản, kể cả tiền bạc hoặc tài sản ở ngoại quốc, trong vòng 36 tháng trước ngày nộp đơn xin này, và sau ngày 14 tháng 12 năm 1999 không?

Property sold for less than market value?

Yes No

Quý vị: Có Không Người phối ngẫu: Có Không

Nếu trả lời “**Có**” hãy cho biết các chi tiết sau đây:

Date and transfer verified?

Yes No

Mô tả tài sản: _____

Trị giá hiện tại theo thị trường: \$ _____ Ngày giao dịch: _____

Lý do: _____

Period of ineligibility? Beginning Date:

Tên họ, địa chỉ và số điện thoại của người mua hoặc người nhận tài sản:

Ending Date: _____

Quan hệ như thế nào với người nộp đơn xin:

Giá bán hoặc thỏa thuận khác:

i. Quý vị hoặc người phối ngẫu có dành tiền cho việc hậu sự không?

Money set aside for burial expenses: Exempt?

Quý vị: Có Không Người phối ngẫu: Có Không

Yes No

Nếu trả lời “**Có**” hãy cho biết các chi tiết sau đây:

Amount over \$1,500:

Người đứng tên: _____

Mô tả (Loại tài sản, tên của tổ chức): _____

Trị giá: \$ _____ Ngày bắt đầu để dành: _____

Cho hậu sự của ai, (liên hệ thế nào)? _____

Người đứng tên: _____

Mô tả (Loại tài sản, tên của tổ chức): _____

Trị giá: \$ _____ Ngày bắt đầu để dành: _____

Cho hậu sự của ai, (liên hệ thế nào)? _____

- j. Quý vị hoặc người phối ngẫu có sở hữu đất chôn, hầm mộ, quan tài, lăng tẩm hoặc bình tro cốt nào không?

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không

Người đứng tên tài sản hậu sự #1: _____

Mô tả: _____

Trị giá: \$ _____ Dành cho ai (liên hệ thế nào): _____

Người đứng tên tài sản hậu sự #1: _____

Mô tả: _____

Trị giá: \$ _____ Dành cho ai (liên hệ thế nào): _____

COUNTY USE ONLY

Burial Asset #1:

 Revocable Irrevocable

Burial Asset #2:

 Revocable Irrevocable**PHẦN 9: THU NHẬP**

- a. Quý vị hoặc người phối ngẫu có nhận hoặc dự tính sẽ nhận thu nhập từ những nguồn sau đây không?

Quà tặng/Yểm trợQuý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền An Sinh Xã Hội**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Trợ cấp dành cho cựu chiến binh**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền già (SSI)**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Trợ cấp thất nghiệp**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Trợ cấp tàn phế của tiểu bang**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền bảo hiểm tai nạn nghề nghiệp**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền hưu trí/Niên kim khác (Annuities)**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Trợ cấp CalWORKs**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Trợ cấp của Quận hạt General Assistance/Relief**

Section 9a info verified?

 Yes No

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Total: \$ _____

Wages verified?

 Yes No

Paid:

 Daily Weekly Bi-Weekly Monthly Twice Monthly Fluctuating

Tax return?

 Yes No

Year of tax return?

IRWE?

 Yes No

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền cho thuê nhà**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền hăng bảo hiểm thanh toán cho quý vị**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền lời/lợi tức từ cổ phần**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng/con cái**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**Thu nhập khác**Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có KhôngNếu trả lời “**CÓ**”, cung cấp các chi tiết sau:

Người nhận: _____ Loại: _____

Số tiền trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

Người nhận: _____ Loại: _____

Số tiền trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

Người nhận: _____ Loại: _____

Số tiền trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

Người nhận: _____ Loại: _____

Số tiền trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

b. Quý vị hoặc người phối ngẫu có dự tính sẽ nhận được tiền lương nào không?

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có KhôngNếu trả lời “**CÓ**”, hãy cho biết các chi tiết sau đây:

Tên người đi làm: _____

Tên hăng/chủ nhân, địa chỉ và số điện thoại: _____

Lương trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

Ngày tháng làm việc: _____

Tên người đi làm: _____

Tên hăng/chủ nhân, địa chỉ và số điện thoại: _____

Lương trước khi trừ thuế: \$ _____ Bao lâu nhận một lần: _____

Ngày tháng làm việc: _____

c. Quý vị hoặc người phối ngẫu có từng hoặc có dự tính sẽ tự làm chủ một cơ sở trong năm nay không?

COUNTY USE ONLY

Wages verified?

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không Yes NoNếu trả lời “**Có**” hãy cho biết các chi tiết sau đây:

Hình thức kinh doanh: _____

Ngày tháng tự làm chủ (từ ngày/đến ngày): _____

Thu nhập trước khi trừ thuế của năm vừa rồi: \$ _____

Thu nhập sau khi trừ thuế/lỗ của năm vừa rồi: \$ _____

Thu nhập trước khi trừ thuế của năm nay: \$ _____

Thu nhập trước khi trừ thuế/lỗ của năm nay: \$ _____

Hình thức kinh doanh: _____

Ngày tháng tự làm chủ (từ ngày/đến ngày): _____

Thu nhập trước khi trừ thuế của năm vừa rồi: \$ _____

Thu nhập sau khi trừ thuế/lỗ của năm vừa rồi: \$ _____

Thu nhập trước khi trừ thuế của năm nay: \$ _____

Thu nhập trước khi trừ thuế/lỗ của năm nay: \$ _____

- d. Nếu quý vị hoặc người phối ngẫu dưới 65 tuổi và bị khiếm khuyết chức năng thì có chi phí đặc biệt nào cần thiết để giúp quý vị có thể làm việc, liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích không?

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có KhôngNếu trả lời “**Có**” giải thích thêm trong mục “Nhận xét” ở **Phần 10**.

- e. Quý vị hoặc người phối ngẫu có đang nhận trợ cấp CalFresh (Food Stamps) không?

Quý vị: Có KhôngNgười phối ngẫu: Có Không**COUNTY USE ONLY**

Paid:

- Daily
 Weekly
 Bi-Weekly
 Monthly
 Twice Monthly
 Fluctuating

Tax return?

 Yes No

Year of tax return?

IRWE?

 Yes No

CalFresh referral?

 Yes No**PHẦN 10: NHẬN XÉT**

Nhận xét: (Dùng phần này để giải thích thêm vào điều đã khai trong các trang trước hoặc để thêm chi tiết khác.)

COUNTY USE ONLY**GIẤY CHO PHÉP VÀ CHỨNG NHẬN**

Tôi cho phép các cơ quan của Tiểu Bang và Quận Hạt kiểm tra các thông tin tôi cung cấp trên mẫu này và những mẫu đơn CAPI khác bao gồm việc liên lạc với thành phần thứ ba (ví dụ: chủ nhà hoặc người đứng đơn của tôi), để xác minh sắp xếp cuộc sống của tôi và chi phí gia đình của tôi. Tôi hiểu rằng các cơ quan sẽ so sánh thông tin trên mẫu này với tài liệu từ các cơ quan khác của Quận Hạt, Tiểu Bang và Liên Bang để bảo đảm số trợ cấp được phát là đúng.

Tôi đã đọc (hoặc người khác đã đọc cho tôi nghe) và hiểu trách nhiệm của tôi, bao gồm trách nhiệm báo cáo cho Quận Hạt mọi thay đổi trong vòng mười ngày. Tôi hiểu rằng nếu tôi không báo cáo những thay đổi về hồ sơ của tôi trong vòng 10 ngày tôi có thể bị phạt.

Tôi hiểu rằng cố ý khai man hoặc nói sai sự thật hoặc dàn xếp cho ai đó khai man hoặc nói sai sự thật là phạm tội hình và có thể bị trừng phạt chiếu theo luật của Tiểu Bang.

Tôi xác nhận những lời khai trên mẫu này là đúng sự thật theo sự hiểu biết của tôi và tôi sẽ chịu trách nhiệm trước pháp luật.

CHỮ KÝ NGƯỜI NHẬN / CHỮ KÝ NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:

_____ NGÀY: _____

NGƯỜI LÀM CHỨNG THỨ NHẤT, NẾU QUÝ VỊ KÝ BẰNG DẤU "X": _____

NGƯỜI LÀM CHỨNG THỨ HAI, NẾU QUÝ VỊ KÝ BẰNG DẤU "X": _____

Chữ ký của người thông dịch hoặc người giúp điền đơn:

_____ Quan hệ với người nhận: _____

Điện thoại: _____ NGÀY: _____

Thông Tin Quan Trọng – Hãy Đọc Kỹ**TRÁCH NHIỆM TRONG VẤN ĐỀ BÁO CÁO**

Quý vị phải báo cho Sở Xã Hội biết trong vòng 10 ngày sau khi có sự thay đổi. Quý vị sẽ bị phạt nếu không báo cáo trong vòng 10 ngày.

CÁC THAY ĐỔI PHẢI BÁO CÁO**Về Nơi Cư ngụ:**

- Dọn nhà.
- Rời khỏi Hoa Kỳ 30 ngày hoặc hơn.
- Không còn là cư dân hợp pháp của Hoa Kỳ.
- Được xuất viện (bệnh viện, viện điều dưỡng, v.v...)
- Có ai dọn ra khỏi nhà 1 tháng trở lên không? Ví dụ như phải nhập viện hoặc đi thăm thân nhân.

Sinh Hoạt Trong Đời Sống:

- Có ai dọn vào hoặc dọn ra khỏi nhà.
- Có ai trong nhà qua đời hoặc có thêm trẻ mới sinh.
- Chi phí trong nhà thay đổi:
- Tình trạng hôn nhân thay đổi như: Kết hôn, ly thân, ly dị, hoặc hôn nhân bị hủy bỏ hoặc bắt đầu chung sống trở lại với nhau sau thời gian ly thân.

Thu Nhập:

- Số tiền (hay chi phiếu hoặc bất cứ loại tiền nào khác) nhận được từ người nào hoặc chỗ nào tăng hay giảm.
- Khi bắt đầu nhận tiền (hay chi phiếu hoặc bất cứ loại tiền nào khác).
- Bắt đầu đi làm hay ngưng việc làm.
- Thu nhập từ việc làm tăng hay giảm.

Được Người Khác Trợ Giúp:

- Trợ giúp (tiền, thức ăn, quần áo, hoặc chi phí nhà ở) nhận được tăng hay giảm.
- Có người ngưng/ bắt đầu trợ giúp cho quý vị.

Những Thứ Đáng Giá Mà Quý Vị Sở Hữu:

- Tổng giá trị tài sản hơn \$2000 (\$3000 nếu đã lập gia đình và hiện đang sống với người phối ngẫu)
- Bán hoặc cho đi bất cứ vật gì có giá trị
- Mua hoặc nhận bất cứ vật gì có giá trị

Quý Vị Bị Khiếm Thị Hay Mất Khả Năng Làm Việc

- Sức khỏe của quý vị đã khá hơn hoặc bác sĩ cho biết có thể đi làm lại.
- Ngưng hoặc từ chối nhận dịch vụ phục hồi khả năng làm việc.
- Đi làm.

Độc Thân Và Dưới 22 Tuổi

- Là cha/mẹ của một trẻ đang nhận trợ cấp CAPI thì phải báo cáo nếu chính quý vị hay con cái có thay đổi về thu nhập, tình trạng hôn nhân, trị giá của bất cứ sở hữu nào của gia đình, nơi cư trú.
- Trẻ bắt đầu hoặc ngưng đi học.

TÌNH TRẠNG DI TRÚ VÀ NHẬP TỊCH (CHIẾU THEO USCIS) CỦA QUÝ VỊ CÓ THAY ĐỔI HOẶC QUÝ VỊ ĐÃ TRỞ THÀNH CÔNG DÂN HOA KỲ.

Tôi hiểu rõ trách nhiệm báo cáo của tôi và đồng ý hợp tác.

CHỮ KÝ NGƯỜI NHẬN / CHỮ KÝ NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN:

_____ NGÀY: _____

NGƯỜI LÀM CHỨNG THỨ NHẤT, NẾU QUÝ VỊ KÝ BẰNG DẤU "X": _____

NGƯỜI LÀM CHỨNG THỨ HAI, NẾU QUÝ VỊ KÝ BẰNG DẤU "X": _____

HÃY LƯU GIỮ TRONG HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

Thông Tin Quan Trọng – Hãy Đọc Kỹ

TRÁCH NHIỆM TRONG VẤN ĐỀ BÁO CÁO

Quý vị phải báo cho Sở Xã Hội biết trong vòng 10 ngày sau khi có sự thay đổi. Quý vị sẽ bị phạt nếu không báo cáo trong vòng 10 ngày.

CÁC THAY ĐỔI PHẢI BÁO CÁO**Về Nơi Cư ngụ:**

- Dọn nhà.
- Rời khỏi Hoa Kỳ 30 ngày hoặc hơn.
- Không còn là cư dân hợp pháp của Hoa Kỳ.
- Được xuất viện (bệnh viện, viện điều dưỡng, v.v...)
- Có ai dọn ra khỏi nhà 1 tháng trở lên không? Ví dụ như phải nhập viện hoặc đi thăm thân nhân.

Sinh Hoạt Trong Đời Sống:

- Có ai dọn vào hoặc dọn ra khỏi nhà.
- Có ai trong nhà qua đời hoặc có thêm trẻ mới sinh.
- Chi phí trong nhà thay đổi:
- Tình trạng hôn nhân thay đổi như: Kết hôn, ly thân, ly dị, hoặc hôn nhân bị hủy bỏ hoặc bắt đầu chung sống trở lại với nhau sau thời gian ly thân.

Thu Nhập:

- Số tiền (hay chi phiếu hoặc bất cứ loại tiền nào khác) nhận được từ người nào hoặc chỗ nào tăng hay giảm,
- Khi bắt đầu nhận tiền (hay chi phiếu hoặc bất cứ loại tiền nào khác).
- Bắt đầu đi làm hay ngưng việc làm.
- Thu nhập từ việc làm tăng hay giảm.

Được Người Khác Trợ Giúp:

- Trợ giúp (tiền, thức ăn, quần áo, hoặc chi phí nhà ở) nhận được tăng hay giảm.
- Có người ngưng/ bắt đầu trợ giúp cho quý vị.

Những Thứ Đáng Giá Mà Quý Vị Sở Hữu:

- Tổng giá trị tài sản hơn \$2000 (\$3000 nếu đã lập gia đình và hiện đang sống với người phối ngẫu)
- Bán hoặc cho đi bất cứ vật gì có giá trị
- Mua hoặc nhận bất cứ vật gì có giá trị

Quý Vị Bị Khiếm Thị Hay Mất Khả Năng Làm Việc

- Sức khỏe của quý vị đã khá hơn hoặc bác sĩ cho biết có thể đi làm lại.
- Ngưng hoặc từ chối nhận dịch vụ phục hồi khả năng làm việc.
- Đi làm.

Độc Thân Và Dưới 22 Tuổi

- Là cha/mẹ của một trẻ đang nhận trợ cấp CAPI thì phải báo cáo nếu chính quý vị hay con cái có thay đổi về thu nhập, tình trạng hôn nhân, trị giá của bất cứ sở hữu nào của gia đình, nơi cư trú hoặc.
- Trẻ bắt đầu hoặc ngưng đi học.

TÌNH TRẠNG DI TRÚ VÀ NHẬP TỊCH (CHIẾU THEO USCIS) CỦA QUÝ VỊ CÓ THAY ĐỔI HOẶC QUÝ VỊ ĐÃ TRỞ THÀNH CÔNG DÂN HOA KỲ.