

กระทรวงบริการสังคมประจำรัฐแคลิฟอร์เนียได้  
ประกาศการหมดอายุ

FS ของคุณจะหมดอายุในวันที่:

หากต้องการรับ Food Stamps และ/หรือ FI  
โดยไม่มีการหยุดชะงัก

กรุณากรอกและคืนแบบฟอร์มนี้มาให้เรา  
พร้อมกับเอกสารสำหรับการพิสูจน์ให้กับ  
สำนักงาน DSS ประจำท้องที่ของคุณให้เร็ว  
ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

และไม่ช้ากว่า:

**สำคัญ – กรุณาอ่านข้อกำหนดดังต่อไปนี้**

- แบบฟอร์มนี้จะถูกถือว่าส่งแล้วหากมีชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็นของคุณ
- ตอบคำถามทั้งหมดบนแบบฟอร์มนี้ หากช่องว่างในแบบฟอร์มนี้ไม่ใหญ่พอสำหรับคำตอบของคุณ กรุณาแนบกระดาษเพิ่มอีกหนึ่งใบ
- หากคุณล้มเหลวในการตอบคำถามอย่างถูกต้องหรือคืนแบบฟอร์มไม่ทันวันที่กำหนด การตรวจสอบ FI และ/หรือ FOOD STAMPS ของคุณอาจล่าช้า ลดลง หรือถูกยกเลิก
- หากคุณสามารถส่งแบบฟอร์มของคุณในวันที่กำหนดและไม่ได้รับการแจ้งการอนุมัติหรือไม่อนุมัติในวันสุดท้ายของเดือนนั้น กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่คดีของคุณ
- เจ้าหน้าที่คดีของคุณอาจติดต่อคุณและขอหลักฐานเพิ่มเติมสำหรับข้อมูลที่你可以ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้
- คุณอาจจะติดต่อเราได้สำหรับการเข้ารับสัมภาษณ์โดยวิธีอื่นๆ คุณจะติดต่อเราเพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์ที่ คุณพลาดใหม่
- หากทุกคนในครัวเรือนของคุณได้รับผลประโยชน์ SSI คุณสามารถที่จะสมัครรับ FOOD STAMPS ได้จากฝ่ายบริหารบริการสังคม

**แบบฟอร์มขอการรับรองใหม่ที่ส่งแล้ว**

<input type="text"/>	วันที่ได้รับ – สำหรับเจ้าพนักงานเท่านั้น		หากคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับแบบฟอร์มนี้ กรุณาติดต่อ	หมายเลข CO.	ชื่อคดี	
					รหัสคดี	รหัสการระคดี
				ชื่อเจ้าหน้าที่		
				จดหมายรับรอง FOOD STAMP วันที่ได้รับ		

แบบฟอร์มนี้จะถูกถือว่าส่งแล้วหากได้รับโดยที่มีชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็นของคุณ ข้าพเจ้ารับรองว่าคำถามต่อไปนี้ได้รับคำตอบที่ถูกต้องและสมบูรณ์ภายใต้การลงโทษของการเบิกความเท็จ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้ไว้บนแบบฟอร์มนี้อาจจะทำให้ผลประโยชน์ FI หรือ Food Stamp ของข้าพเจ้าได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิก ข้าพเจ้าได้ให้อนุญาตกับกระทรวงบริการสังคมในการทำการติดต่อที่จำเป็นในการตรวจสอบค่าเฉลี่ยการณของข้าพเจ้า

ลายเซ็น: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ช่วงกลางวัน: \_\_\_\_\_

1. บอกเราว่าคุณอาศัยอยู่ที่ไหนและติดต่อคุณได้อย่างไร

นามสกุล:	ชื่อ:	MI:	โทรศัพท์เวลากลางวัน:	
ที่อยู่: (รวมถึงรหัสไปรษณีย์/เลขที่บ้าน)	เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:	ประเทศ: เลือกประเทศ...
ที่อยู่สำหรับส่งจดหมาย: (หากไม่เหมือนกัน กรุณารวมถึงรหัสไปรษณีย์/เลขที่บ้าน)	เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:	ประเทศ: เลือกประเทศ...

2. บอกเราว่าใครอาศัยอยู่กับคุณ ใส่ชื่อคุณเป็นชื่อแรกในนี้

ใส่ชื่อตามข้อมูลในบัตรประกันสังคม (หากเขามีบัตรประกันสังคม)	อายุ	เพศ (ช หรือ หญิง)	ความสัมพันธ์กับบุคคลชื่อแรก	หากเรียนอยู่ให้ใส่ชื่อโรงเรียน	ชั้น

3. บุคคลเหล่านี้มีผู้ที่เป็นผู้หลบหนีคดีร้ายแรง ผู้ฝ่าฝืนการควบคุมประพฤติ/ทัศนคติ หรือมีการกระทำความผิดซึ่งเป็นการละเมิดการควบคุมการใช้สารเสพติดหลังจากวันที่ 22 ส.ค. คศ.19967 หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ หากใช่ กรุณาใส่ชื่อ: \_\_\_\_\_

4. สมาชิกในครัวเรือนของคุณท่านใดมีงานทำ?  ใช่  ไม่ใช่ หากใช่ กรุณาส่งใบรับค่าจ้างที่ได้รับใน \_\_\_\_\_ ให้เรา

หากคุณไม่มีใบรับค่าจ้าง กรุณาให้ผู้ว่าจ้างของคุณกรอกข้อมูลส่วนนี้

ก	ชื่อของผู้ที่ทำงานทำ					ข	ชื่อของผู้ที่ทำงานทำ				
	ชื่อและที่อยู่ของผู้ว่าจ้าง						ชื่อและที่อยู่ของผู้ว่าจ้าง				
	วันที่ได้รับค่าจ้าง	ค่าจ้าง	ทิพ	ชั่วโมง		วันที่ได้รับค่าจ้าง	ค่าจ้าง	ทิพ	ชั่วโมง		
	เดือน	วันที่	ปี	ทั้งหมด		เดือน	วันที่	ปี	ทั้งหมด		
1.						1.					
2.						2.					
3.						3.					
4.						4.					
5.						5.					
ลายเซ็นผู้ว่าจ้าง					ลายเซ็นผู้ว่าจ้าง						
โทรศัพท์ประจำท้องที่ของผู้ว่าจ้าง หมายเลข					โทรศัพท์ประจำท้องที่ของผู้ว่าจ้าง หมายเลข						

5. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณได้รับค่าจ้างนอกเหนือจากการทำงานหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

รายได้的其他	จำนวน	คุณได้รับค่าจ้างนี้บ่อยเท่าใด	ใครได้ค่าจ้าง
ค่าสนับสนุนเลี้ยงดูบุตร (โดยสมัครใจหรือศาลบังคับ)	\$		
SSI	\$		
ค่าประกันสังคม	\$		
ผลประโยชน์สำหรับผู้ว่างงาน	\$		
ผลประโยชน์สำหรับทหาร	\$		
อื่นๆ: (อธิบาย)	\$		

6. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณที่จ่ายค่าใช้จ่ายเหล่านี้หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่ หากใช่ กรุณากรอกข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณต้องการลดราคาและส่งหลักฐานมา

รายการ	ใครเป็นผู้จ่าย?	จำนวน	รายการ	ใครเป็นผู้จ่าย?	จำนวน
ค่าเช่า		\$	ค่าจ้างของ/ ค่าจ้างครั้งที่สอง		\$
ค่าให้ยืม		\$	ภาษี/การประเมินผลโรงเรียนและที่ดิน ซึ่งไม่รวมอยู่ในค่าใช้จ่ายในบ้าน		\$
ค่าเช่าสถานที่/ที่อยู่บ้านเคลื่อนที่		\$	ค่าประกันเจ้าของบ้าน ซึ่งไม่รวมอยู่ในค่าใช้จ่ายในบ้าน		\$


7. มีผู้ใดชำระค่าเลี้ยงดูบุตร หรือส่งเงินให้กับการดูแลผู้พิการในบ้านหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

กรุณาส่งใบเสร็จและ/หรือใบรับเงินสำหรับ \_\_\_\_\_ และกรอกข้อมูลด้านล่างสำหรับเดือนนั้น

ใครเป็นผู้ที่ถูกดูแล?: \_\_\_\_\_ ใครเป็นผู้จ่ายผู้ดูแล?: \_\_\_\_\_

ชื่อของผู้ดูแล?: \_\_\_\_\_

ค่าใช้จ่าย: \_\_\_\_\_ บ่อยแค่ไหน? \_\_\_\_\_

หากคุณไม่มีใบเสร็จ/ใบรับเงินทั้งหมด กรุณาให้ผู้ดูแลของคุณกรอกข้อมูลส่วนนี้ 

ลายเซ็นผู้ดูแล: \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ของผู้ดูแล: \_\_\_\_\_

คุณได้รับบัตรกำนัลดูแลเด็ก ABC หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

8. มีผู้ใดที่มีอายุเกิน 60 หรือเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ค่ายาของผู้พิการกินเดือนละ \$35 หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

- คุณต้องการที่จะเรียกร้องการลดราคาสำหรับค่าใช้จ่ายเหล่านี้หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่ หากใช่ กรุณาส่งใบเสร็จหรือค่าใช้จ่ายที่พิมพ์ไว้โดยคอมพิวเตอร์ มิฉะนั้นเราจะไม่สามารถให้ส่วนลดคุณได้

9. คุณมีข้อตกลงด้านกฎหมาย/คำสั่งศาลในการสั่งให้ชำระค่าเลี้ยงดูบุตรที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคุณหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่ หากคุณมีและคุณต้องการจะเรียกร้องรับส่วนลดสำหรับค่าใช้จ่ายเหล่านี้ กรุณาส่งหลักฐานของข้อตกลงให้เรา และกรุณาส่งจำนวนของค่าใช้จ่ายที่คุณจ่ายให้ \_\_\_\_\_ หากคุณไม่ให้หลักฐาน เราก็ไม่สามารถให้ส่วนลดคุณได้

10. หากคุณต้องการที่จะเปลี่ยนหัวหน้าครอบครัว กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ดูแลคดีของคุณ