

BÁO CÁO TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU
KIỆN SAR 7



THÁNG BÁO CÁO _____

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

SỐ HỒ SƠ TẠI ĐÂY _____

Cần sự Trợ giúp? (County Specific instructions w/county url)

Tên Nhân viên: _____

Số Điện Thoại của Nhân Viên: _____

[DIST. ID HERE]

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?
☐ Vào ☐ Ra / /		/ /		☐ CÓ ☐ KHÔNG
☐ Vào ☐ Ra / /		/ /		☐ CÓ ☐ KHÔNG
☐ Vào ☐ Ra / /		/ /		☐ CÓ ☐ 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?

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:

\$ _____

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 tự 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/đánh 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?	☐ Đã Mua ☐ Đã Bán ☐ Đã Cho Đi ☐ Đã Sử Dụng ☐ Đã nhận được như một quà tặng ☐ Đã trao đổi ☐ Đã thắng được ☐ 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 sở:	Làm việc tư, xin đánh dấu tại đây ☐	Làm việc tư, xin đánh dấu tại đây ☐	Làm việc tư, xin đánh dấu tại đây ☐
Được thanh toán thường xuyên như thế nào?	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Khác ☐ Hàng tháng ☐ Mỗi tháng hai lần	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Khác ☐ Hàng tháng ☐ Mỗi tháng hai lần	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Khác ☐ Hàng tháng ☐ 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, Tiệc 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.

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) _____
- ☐ Khác: _____

Vui lòng đọc kỹ, ký tên, và để 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 RANG: 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 ĐỂ 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 DÂY

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 CHA/MẸ CÒN LẠI CỦA (NHỮNG) TRẺ ĐƯỢC TRỢ CẤP TIỀN MẶT	NGÀY KÝ TÊN	CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG DẤU CHỮ THẬP, THÔNG DỊCH VIÊN, HOẶC NGƯỜI KHÁC HOÀN TẤT MẪU ĐƠN	NGÀY KÝ TÊN