

Bắt đầu từ ngày 1 tháng Chín, 2019, một số người nhận trợ cấp CalFresh ở Quận Alameda sẽ cần phải hội đủ các điều kiện làm việc của liên bang. Các quy chế này áp dụng cho bất kỳ ai nhận trợ cấp CalFresh từ 18 đến 49 tuổi và không có trẻ em cư ngụ trong gia đình. Bản khảo sát ý kiến này sẽ giúp xác định quý vị được miễn các điều kiện nói trên hay là cần tham gia các hoạt động làm việc đã phê chuẩn để tiếp tục nhận trợ cấp CalFresh mà không có giới hạn về thời gian.

Điền bản khảo sát ý kiến dưới đây để giúp Ty Xã Hội (SSA) xác định trợ cấp của quý vị trong tương lai.

Quý vị có thể cần phải cung cấp chứng từ xác minh hoặc cung cấp thêm thông tin cho nhân viên phụ trách quý vị.



Tên: _____ Số Hồ Sơ (nếu biết): _____

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội: _____

Vui lòng cho biết nếu quý vị hiện đang đi làm hoặc tham gia một hoạt động có thể hội đủ điều kiện làm việc ABAWD.

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Tôi đang làm việc ít nhất 20 giờ một tuần hoặc 80 giờ một tháng (bao gồm cả tự kinh doanh).</p> <p>Tên hãng sò: _____</p> <p>Số giờ làm việc: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi đang thực hiện các hoạt động phục vụ cộng đồng hoặc công việc tình nguyện ít nhất 80 giờ một tháng.</p> <p>Tên tổ chức: _____</p> <p>Số giờ: _____</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Tôi đang tham gia các hoạt động huấn luyện việc làm</p> <p>Tên chương trình: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi đang kết hợp thực hiện các hoạt động ở trên. (điền tất cả các ô thích hợp và ghi số giờ)</p> |

Quý vị có thể được miễn các điều kiện làm việc nếu bất kỳ lựa chọn nào sau đây áp dụng cho quý vị. (Chọn tất cả các ô thích hợp)

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Tôi bị khuyết tật về thể chất, tâm thần, hoặc cảm xúc, hoặc có vấn đề cá nhân khác khiến tôi không thể làm việc ít nhất 80 giờ trung bình một tháng.</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi đi học hoặc tham gia huấn luyện ít nhất một nửa thời gian.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Tôi trông nom chăm sóc một đứa trẻ phụ thuộc dưới 6 tuổi (Không cần phải sống cùng với quý vị hoặc là con của quý vị)</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi sống cùng với một đứa trẻ dưới 18 tuổi. (Đứa trẻ đó phải có tên trong hồ sơ trợ cấp CalFresh của quý vị)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Tôi đang chăm sóc một người khuyết tật. (Người này không nhất thiết phải sống cùng với quý vị)</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi đang mang thai (bất kỳ thai kỳ nào) Ngày dự liệu sinh nở (nếu biết): _____</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Tôi đang nhận hoặc đã nộp đơn xin trợ cấp thất nghiệp.</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi đang nhận hoặc đã nộp đơn xin trợ cấp tàn tật từ bất kỳ nguồn nào.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Tôi đang tham gia một chương trình cai nghiện rượu hoặc ma túy, hoặc tôi đang gặp rắc rối về nghiện rượu hoặc ma túy.</p> | <p><input type="checkbox"/> Tôi hiện vô gia cư và không có khả năng đáp ứng các nhu cầu của tôi.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Tôi đang trốn chạy bạo hành gia đình.</p> |

Chữ ký của thân chủ: _____

Ngày: _____