

از تاریخ 1 سپتامبر، 2019 برخی از گیرندگان CalFresh در کانتی آلامیدا (Alameda) ملزم به اجرای مقررات کاری فدرال خواهند شد. این قوانین برای هر فرد دریافت کننده CalFresh اعمال می شود که بین سنین 18-49 سالگی باشد و فرزندی در خانه نداشته باشد که با وی زندگی می کند. این نظرسنجی به شما در تعیین این مورد کمک می کند که آیا شما برای ادامه دریافت مزایای CalFresh بدون محدودیت زمانی، از برآوردن الزامات معاف هستید یا به مشارکت در فعالیت های کاری تأیید شده نیاز دارید.

نظرسنجی زیر را تکمیل کنید تا به اداره خدمات اجتماعی (SSA) برای تعیین مزایای آینده تان کمک کنید.
ممکن است لازم باشد مدارک تأیید کننده هویت ارائه دهید یا اطلاعات اضافی به مددکار خود بدهید.



نام: _____ شماره پرونده (در صورت اطلاع): _____

چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی/ سوشال سکوریته: _____

لطفاً اگر مشغول به کار یا فعالیتی هستید که با شرایط کاری شخص بالغ با جسمی توانا و بدون وابسته (ABAWD) همخوانی دارد، به ما اطلاع دهید.

- ☐ من حداقل 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه کار می کنم (این شامل خود اشتغالی نیز هست).
- ☐ من حداقل 80 ساعت در ماه فعالیت های خدمات اجتماعی یا کار داوطلبانه انجام می دهم.

نام کارفرما: _____ نام سازمان: _____

تعداد ساعات کار: _____ تعداد ساعات: _____

- ☐ من در فعالیت های آموزش شغلی شرکت می کنم
- ☐ من ترکیبی از فعالیت های فوق را انجام می دهم. (تمام موارد قابل اعمال را تیک زده و تعداد ساعات را بنویسید)

نام برنامه: _____

اگر هر یک از گزینه های زیر در مورد شما صادق باشد، می توانید از همخوانی با الزامات کاری معاف شوید. (همه موارد قابل اعمال را انتخاب کنید).

- ☐ من معلولیت جسمی، مشکل روحی یا عاطفی یا مسئله شخصی دیگری دارم که من را از متوسط حداقل 80 ساعت کار ماهیانه باز می دارد.
- ☐ من از یک کودک تحت تکفل زیر 6 سال مراقبت می کنم (نیازی نیست که با شما زندگی کند یا فرزند شما باشد)
- ☐ من از یک فرد معلول مراقبت می کنم. (نیازی نیست که شخص با شما زندگی کند)
- ☐ من باردار هستم (هر مرحله از بارداری). تاریخ وضع حمل (در صورت اطلاع): _____
- ☐ من برای دریافت مزایای بیکاری اقدام کرده ام یا آن را دریافت می کنم.
- ☐ من از هر منبعی برای دریافت مزایای معلولیت درخواست کرده ام یا آن را دریافت می کنم.
- ☐ من در حال حاضر بی خانمان هستم و قادر به پاسخگویی به نیازهای خود نیستم.
- ☐ من برنامه درمان سوء مصرف مواد مخدر یا الکل را می گذرانم، یا با مشکل سوء مصرف مواد دست و پنجه نرم می کنم.
- ☐ من حداقل نیمی از وقت را به مدرسه یا آموزشگاه می روم.
- ☐ من با یک کودک زیر 18 سال زندگی می کنم. (کودک باید در پرونده CalFresh شما ثبت شده باشد)
- ☐ من باردار هستم (هر مرحله از بارداری). تاریخ وضع حمل (در صورت اطلاع): _____
- ☐ من در حال فرار از خشونت خانگی هستم.

امضای مشتری: _____ تاریخ: _____