

## 一般救濟的申請

## 警告

## 給一般救濟領取者的通知

從 1994 年 5 月 1 日起生效，如果你被發現蓄意地在洛杉磯縣或者在任何其他的城市或縣，遞交重複的一般救濟 (GR) 申請以獲得重複的補助，你將會受到下列的懲罰：

- 第一次違反 - 你將不符合資格 6 個月.
- 第二次違反 - 你將不符合資格 12 個月.
- 第三次違反 - 你將永久不符合資格.

重複申請補助可以使用多種方法偵查到。其中一種方法即為偵查重複補助個案的自動化指紋處理。如果指紋電腦或者任何其他的偵查方式顯示吻合，你就會遭受上述的懲罰。

## 你的權利

你有權利和否決投訴聯絡員進行與否決有關的爭議。在你的 GR 現金補助被終止以及在對你的個案實施懲罰以前，你有權利複審有關於你沒有遵守規定的指控，以及要求一個聽證會。欲獲得有關你的權利和責任的更多資訊，請洽詢顧客服務工作人員或者資格審核員，以獲得一般救濟資訊的傳單 (ABP 392)。

---

申請者的簽名

---

日期

---

資格審核員的簽名

---

日期

### 一般救濟的申請

個案姓氏	名字	個案號碼	申請日期	<input type="checkbox"/> 不能夠閱讀 和/或書寫  <input type="checkbox"/> 需要特別協助
社會安全號碼		電話/留言號碼	出生日期	
你要將你的一般救濟 GR 個案送往哪個 GR 辦事處?			COUNTY USE ONLY	
請為你自己和所有與你一起申請的家庭成員回答下列所有的問題。對於每一項問題，請勾選“是”或“否”的方格。對於某些問題，你必須寫上資料。				
1. 我有緊急的現金需要..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  如果是“是”，請勾選是屬於下列何種的需要： <input type="checkbox"/> 無家可歸 <input type="checkbox"/> 沒有食物 <input type="checkbox"/> 被驅逐 <input type="checkbox"/> 水電瓦斯被切斷			<input type="checkbox"/> This is an immediate need case.	
2.: 在我申請以前，我撫養我自己，以下列方式 (請解釋):				
3. 我有身份證明..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  如果是“是”，我持有的身份證明種類是： <input type="checkbox"/> 出生證明 <input type="checkbox"/> 護照 <input type="checkbox"/> 駕駛執照 <input type="checkbox"/> 附有照片的身份證明 <input type="checkbox"/> 外僑登記表 <input type="checkbox"/> 其他: _____  請列出其他任何沒有身份證明的家庭成員： _____			<input type="checkbox"/> Identification copied.  <input type="checkbox"/> Needs PA 230.	
4. 我有社會安全卡..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> Copy/copies on file. <input type="checkbox"/> MC 194.	
5. 我的年齡在 18 歲以下..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是“是”，請提供你父母親的姓名，地址以及電話號碼： _____			<input type="checkbox"/> PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/CalWORKs linkage.	
6. 我在過去的一年裡搬到洛杉磯縣，並且打算回到我先前的居所..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是“是”，請提供你的縣或州的名字: _____			<input type="checkbox"/> Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.	

7. 我住在洛杉磯縣並且計劃留在這裡.....  是  否

請提供你開始住在洛杉磯縣的日期: \_\_\_\_\_

8. 我無家可歸.....  是  否

如果是“否”:

A. 勾選下列其中一個方格:

我有免費的住屋  我擁有/正在購買我的房子  我租房子

B. 我現有的住屋種類是:

房間  公寓  旅館/汽車旅館  房屋  拖帶式居住車  膳宿和照顧

宿舍設施  住房和膳食  教會場所  汽車/箱型車  其他

9. 我單獨居住.....  是  否

如果是“否”:

A. 如果你和你的配偶, 或者登記的家庭伴侶住在一起, 請詳細說明:

姓名

關係

B. 我的配偶, 或者家庭伴侶, 他或她是否正在領取一般救濟 GR.  是  否

C. 我的配偶, 或者家庭伴侶已經正在領取公共補助.....  是  否

如果是“是”, 請解釋是哪一種公共補助:

10. 我的/我們的地址是:

居住地址 \_\_\_\_\_ 公寓# \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 公寓# \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電子郵件地址 \_\_\_\_\_

A. 總共的房租或者支付的房子貸款為..... \$ \_\_\_\_\_

B. 你支付的房租/房子貸款的部份為..... \$ \_\_\_\_\_

C. 你家裡總共的水電瓦斯費用為..... \$ \_\_\_\_\_

D. 你支付的水電瓦斯費用的部份為..... \$ \_\_\_\_\_

E. 是否還有其他的人支付部份的水電瓦斯費或者房租/房子貸款?  是  否

如果是“是”, 請解釋是誰支付並且支付多少.

Household size is determined to be:\_\_\_\_\_.

Rent receipt or rental agreement

Landlord statement

Utility bill(s)

Other \_\_\_\_\_

<p>11. 我是退伍軍人..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，請提供下列資料：          服務的分支機構：          退伍軍人號碼：          服役日期：</p>	<p><input type="checkbox"/> Veteran, CA 5 on file.  <input type="checkbox"/> No VA income.  <input type="checkbox"/> VA income:_____.</p>
<p>12. 在過去的一年裡，我曾經發生過意外或個人有受傷..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. <input type="checkbox"/> PA 971 and ABCDM 228 initiated.</p>
<p>13. 我年齡在 21 歲以下並且我有興趣透過 "兒童健康和殘障防治計劃" 作免費的健康檢查..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p><input type="checkbox"/> CHDP referral made.  <input type="checkbox"/> CHDP referral refused.</p>
<p>14. 我有拖車屋, 活動房屋, 屋船或者船庫..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，說明種類: _____ 和價值:\$ _____</p>	
<p>15. 我擁有土地, 房子, 公寓或其他建築..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，          A. 請提供估值:\$ _____          B. 我願意讓洛杉磯縣政府放留置權在我的財產上 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>16. 在過去兩年間，我曾贈送金錢或出售或贈送財產, 土地或建築物..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，送出什麼: _____ 和價值:\$ _____</p>	
<p>17. 我能夠工作..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“否”，我不能工作的原因是:</p>	<p><input type="checkbox"/> Employment Specialist referral made.</p>
<p>18. 我曾經在過去的 5 年工作..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，請提供下列的資料，從你最後的工作開始寫：          A. 工作地方的名稱: _____ 離開的原因: _____          地址: _____ 電話號碼: _____          特別的工作技能或培訓的使用: _____          開始的日期: _____ 離開的日期: _____ 每個月的薪資: \$ _____          B. 工作地方的名稱: _____ 離開的原因: _____          地址: _____ 電話號碼: _____          特別的工作技能或培訓的使用: _____          開始的日期: _____ 離開的日期: _____ 每個月的薪資: \$ _____          我有更多可列出的工作..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>19. 你是否正在潛逃以避免被起訴或拘押/被定罪?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>20. 你是否違反假釋/緩刑的條例?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>21. 你是否有醫療上的狀況而需要特別的食物 (例如, 糖尿病等等)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否          如果是“是”，請描述情況: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Needs PA 596</p>

## 重要資訊

### A 項 - 就業能力要求

我瞭解如果我現在可以工作，或者如果我在未來可以工作：

1. 我必須參與強制性的，旨在幫助我尋找工作的一般救濟工作機會 (GROW) 計劃。如果我繼續參與 GROW，每 12 個月期間，我符合資格領取六個月的一般救濟 (GR) 加上額外的三個月。當我參加 GROW，我將會領取交通費用。
2. 我瞭解我不能夠辭掉我的工作或被解雇。
3. 我必須在就業發展局 (EDD) 註冊登記找工作。
4. 我瞭解我不能在 ABP 85-1 "尋找工作" 表格上給予不實的資料。
5. 我必須執行在 ABP 85-1 上所顯示的工作尋找次數，並且在截止日期之前交回。我瞭解 DPSS 會打電話給表格上所列的工作進行聯繫，以確認我有在那些地方要求過工作。
6. 我必須接受由 DPSS 批准的就業服務項目，以及參加所有安排好的訪談，約見，就業準備課程，和其他活動。
7. 我必須接受推介，參加訪談，和接受任何工作或培訓計劃的機會。
8. 如果我沒有進行 GR 以及 GROW 的工作活動，我知道我可以被制裁並且喪失我的現金補助。
9. 如果 DPSS 決定終止我的 GR 現金補助以及制裁我，我將收到解釋規則和我的權利的通知。

你可能會被制裁如果你沒有符合以上所列的任何要求。被制裁表示你將失去你的 GR 現金補助，並且你必須等待它重新恢復。等待期可以是 0 天，30 天或者 60 天。如果你受到制裁，我們將在另外的通知告訴你，你被制裁的等待期為多久。你的 GR 將不會被停止如果：

1. 在過去一年中，有三個月你沒有領取 GR 現金補助；或者
2. 你由於（疏忽）所造成的錯誤；或者
3. 你有充分的理由不提供任何上述所列的就業要求。

### B 項 - 防止酒精藥物使用失調 (SUD) 要求

為符合 GR 的資格，你必須被預先篩選濫用藥物/酒精的可能性，如果被認定有問題，你必須參與縣政府批准的強制性酒精藥物使用失調康復計劃 (MSUDRP)。如果你沒有符合防止酒精藥物使用失調 SUD 康復計劃的要求，你的 GR 現金補助可能會被否決。如果你已經在領取 GR 現金補助而你卻沒有符合防止酒精藥物使用失調 SUD 康復計劃的要求，你的 GR 可能隨時會被停止與製裁。

**注意：**任何沒有充分的理由，蓄意或由於疏忽的不遵循規則，可以導致你的 GR 停止，並且可能不符合資格 0 天，30 天，或 60 天。我已經詳讀（或有人唸給我聽）所有上列的規則。我瞭解，如果我沒有遵循這些規則的每一項，而沒有充分的理由，我的 GR 現金補助將被停止。如果我的配偶，未成年的孩子和 18 歲參加高中/培訓計劃的孩子，也在我的個案上接受補助，他們的補助也會被停止。如果我的情況改變（例如，我生病了）或者我具有充分的理由，我的 GR 現金補助將不會被降低。對於這些規則，如果我有疑問，我知道我可以致電顧客服務中心。

### C 項 - 一般協議

我瞭解並且同意下列條件：

1. 我擁有的，或者我將來獲得的任何房地產都將被放上留置權，例如，一棟房子或一塊土地。簽署留置權將允許縣政府在房地產出售時可以扣除任何 GR 曾支付給我的款項。
2. 州法律要求縣政府將已經去世，或已經被發出重罪逮捕令的人士的某些特定的資料，提供給執法機構。這些資料是：姓名，地址，生日，社會安全號碼和個人外表的描述。
3. 所有領取 GR 人士必須提供他們的社會安全號碼 (SSN) 和被按捺指紋才能符合資格。所提供的社會安全號碼，指紋和任何其他資料同時也可以被用來進行電腦配對，複查和稽核。
4. 我必須歸還洛杉磯縣政府為我在 GR 計劃所延伸的其他支付給我的所有金錢援助。如果我在還清補助以前去世，洛杉磯縣政府可以提出申請索取我的財產。於此我對於所有支付給我的救濟，照顧以及生活費和/或醫療補助，我放棄任何限定法律行動有效時限的法令。
5. 如果我收到一筆總付的款項，包括，但不限於，法律訴訟的和解，合格其他的計劃（包括社會安全補助金，退伍軍人福利和殘障保險），彩票獲獎，賭博，保險的和解，和繼承財產，我必須歸還洛杉磯縣政府所支付給我的補助。如果我不歸還給洛杉磯縣政府，我會被以我在基本預算表上相當於這筆總付款項的 GR 福利月份數目，來決定我不符合資格的月數。
6. 當我的地址，家庭費用，收入，財產，或住在我家的人數有任何的改變時，我必須在改變的 5 個日曆天內致電或寫信給我的資格審

核員。

7. 如果我給的資料是不真實的或我沒有報告會影響我的個案的更改或我獲得補助數額的改變給我的資格審核員。 我可能被以刑事罪起訴和必須繳罰款或坐牢。
8. 我住在洛杉磯縣和計劃留在這裡。
9. 我瞭解作為領取一般救濟 GR 的條件之一，我必須被預先篩選濫用藥物/酒精的可能性，如果被認定有問題，我必須參加縣府批准的治療計劃以便繼續領取 GR。

#### **D 項 - 申請社會安全補助金 (SSI)**

如果公共社會服務部門 DPSS 決定我可以符合 SSI 的資格，我瞭解下列條件均適用：

1. 如果 DPSS 要求，我將會在當地的社會安全辦公室或指定的辦事處申請 SSI。
2. 在 DPSS 決定我也許合格 SSI 的同時，或在以後的任何時候，我的姓名，地址，社會安全號碼 SSN，和永久的個案記錄資料將會給予 SSI 的權益代表人，他們將在為我獲得 SSI 的批准方面提供技術上的幫助。我將會與 SSI 的權益代表人合作。
3. 當社會安全署批准或否決我的 SSI 申請時，我將會告訴 DPSS (在 5 個日曆天以內)。
4. 我會在社會安全辦事處提出 "要求重新考慮" 上訴任何的否決 (在否決信發出日期的 60 個日曆天內)。
5. 我將提供給 DPSS (當要求時) 我已經提出 "要求重新考慮" 的證明。
6. 如果我的重新考慮也被否決，我將提出 "要求聽證" (上訴)。
7. 我將提供給 DPSS (當要求時) 我已經提出 "要求聽證" 的證明。
8. 如果我申請 SSI，而我的 SSI 申請被否決並且我上訴這個否決，縣政府可以把我的姓名，地址，電話號碼，和社會安全號碼 SSN 給私人的簽約者，他可以在我的上訴聽證會上代表我。
9. 為了在法律上幫助我的 SSI 聽證，我將接受 DPSS 提供的簽約者 (我不需要花費)，選擇我自己的代表 (任何的費用我必須負責)，或者代表我自己。
10. 我將保存所有我從社會安全署 SSA 收到的信件和通知，當 DPSS 要求時可以提供副本給他們。
11. 我將回覆所有從 DPSS，社會安全署 SSA 和我的代表要求我提供關於我的 SSI 申請或上訴的資料的信件。
12. 我將完全地與 DPSS，社會安全署 SSA 和我的代表在我的 SSI 申請或申訴方面所有相關的問題上合作。
13. 我知道，沒有遵從這些要求會導致我的 GR 被否決/終止。 如果我需要知道更多的詳情，我將致電顧客服務中心。

#### **E 項 - 對於初始申索或重續資格個案的臨時性補助償還授權**

## AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE

NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY/TOWN	ZIP CODE
COUNTY IA AGENCY Los Angeles County		GR CODE 05200

### For the purpose of this Authorization Form:

The term "State" means the California county interim assistance (IA) agency (s) that the California Department of Social Services has an interim assistance reimbursement agreement with and that paid you public assistance.

The term "SSI/SSP benefits" means "Supplemental Security Income/State Supplementary Payment" benefits under Title XVI of the Social Security Act.

### What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Initial Claim Only" block?

Initial Claim Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if you are eligible to receive SSI/SSP benefits. If you become eligible, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the first month you are eligible to receive SSI/SSP benefits through the first month your monthly SSI/SSP benefit begins.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

### What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Posteligibility Case Only" block?

Posteligibility Case Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if your SSI/SSP benefits can be reinstated after being terminated or suspended. If your SSI/SSP benefits resume, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the day of the month the reinstatement is effective through the first month your monthly SSI/SSP benefit resumes.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

### How can the State use this form when blocks for initial claims and posteligibility cases are part of the form?

The State can use this form for one case situation at a time, either an initial claim or a posteligibility case. If both blocks are checked the form is not valid. You and the State must sign and date a new form with only one block checked.

### What kind of State payment qualifies for reimbursement by SSA?

SSA can reimburse a State for a payment that is paid only from State or local funds. The State cannot be reimbursed for payments made wholly or partially from Federal funds.

### How does SSA determine how much of my SSI/SSP money to pay the State?

SSA decides the amount of payment based on two considerations. First, SSA looks at the amount of money claimed by the State, and second, SSA looks at the amount of your retroactive SSI/SSP money available to pay the State. SSA can reimburse the State for a payment made in a month only when you receive a State payment and an SSI/SSP payment for the same month. SSA will not pay the State more money than you have for the SSI/SSP retroactive period.

### How long is this authorization effective for the State and me if I checked the "Initial Claims Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For the State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the state matching your SSI record with your state record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

**Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?**

The authorization can stay effective longer than the 12-month period, if you

- apply for SSI/SSP benefits before the State has the authorization form, or
- apply within the 12-month period the authorization is effective, or
- file a valid appeal of SSA’s determination on your initial claim.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your initial claim; or
- SSA makes a final determination on your claim; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

**How long is this authorization effective for the State and me if I check the “Posteligibility Case Only” block?**

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For a State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the State matching your SSI record with your State record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA’s regular payment rules.

**Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?**

The authorization can stay in effect longer than the 12-month period if you file a valid appeal. You must file your appeal within the time frame SSA requires.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or can end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your posteligibility case after a period of suspension or termination; or
- SSA makes a final determination on your appeal; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

**Can SSA use this authorization form to protect my filing date for SSI/SSP benefits?**

SSA can use this form to protect your filing date if you checked the “Initial Claims Only” block. When you sign this form, you are saying that you have the intention of filing for SSI/SSP benefits if you have not already applied for benefits.

You have sixty (60) days from the date the State receives this form to file for SSI/SSP benefits. Your eligibility to receive SSI/SSP benefits can be as early as the date you sign this authorization if you file within the 60-day time period. If you file for SSI/SSP benefits after the 60-day time period, this form will not protect your filing date. Your filing date will be later than the date you sign this form.

**How do I appeal the State’s decision if I do not agree with the decision?**

You can disagree with a decision the State made during the reimbursement process. You will receive the State notice telling you how to appeal the decision. You cannot appeal to SSA if you disagree with any State decision.

Within 10 working days after the State receives the reimbursement money from SSA, the State must send you a notice. The notice will tell you three things: (1) the amount of the payments the State paid you; (2) that SSA will send you a letter explaining how SSA will pay the remaining SSI/SSP money (if any) due you, and (3) about your right to a hearing with the State, including how to request the State hearing.

SIGNATURE OF INDIVIDUAL RECEIVING INTERIM ASSISTANCE	DATE
SIGNATURE OF STATE REPRESENTATIVE	DATE

**If the applicant signs this application with a mark, the signature must have two witnesses who provide their signatures, addresses, and the dates they signed below.**

WITNESSED BY:	WITNESSED BY:
ADDRESS (#, STREET):	ADDRESS (#, STREET):
CITY   STATE   ZIP	CITY   STATE   ZIP

**F 項 - 取消一般救濟申請**

我瞭解，即使如果與我訪談的人告訴我我不符合領取一般救濟 GR 的資格，我仍然有權利填妥一份申請表，而這份權利是不能被剝奪的。

我瞭解，如果我不同意對於我要求一般救濟 GR 所採取的任何行動，我可以從協助我瞭解此表的人員中，獲得申請程序的完整解釋。

我瞭解，我必須被給予書面的否決通知。

我瞭解，如果我不同意對於我要求一般救濟 GR 所採取的任何行動，我有權利上訴該行動，並且有權要求由否決投訴聯絡員給予我做出此決定的解釋，或者複審我的申請。

我瞭解，我不符合領取一般救濟 GR 的資格，但是我要繼續填寫我的申請表。

我瞭解，我不符合領取一般救濟 GR 的資格，我要取消我一般救濟 GR 的申請。

申請者的簽名	日期	資格審核員的簽名	日期
--------	----	----------	----

**G 項 - 聲明和簽名**

所有的成年人（18歲或以上）和未成年人（單獨申請），要申請一般救濟（GR），必須閱讀聲明部份，然後在下面簽名：

**聲明：** 在作偽証要受懲罰之下，我宣稱：所有我給予我的一般救濟申請表上的資料，以我最佳的認知，都是真實和正確的。

#1 成年人簽名	日期	#2 成年人簽名	日期	#3 成年人簽名	日期
----------	----	----------	----	----------	----

如果任何人以記號作為簽名，則必須有兩個見證人在以下簽名，同時給予日期和他們的地址：

見證人簽名	日期	見證人簽名	日期
-------	----	-------	----

地址	地址
----	----

**CERTIFICATION OF ELIGIBILITY**

**KEY ELIGIBILITY ITEMS**

**SHOW  
RESPONSE  
BELOW**

**IDENTIFICATION:** (ABP 898-1, Question 3)  
Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?

[ ] YES [ ] NO

**UNDER 18:** (ABP 898-1, Question 5)  
Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.

[ ] YES [ ] NO

**RESIDENCE:** (ABP 898-1, Questions 6 and 7)  
Has the client lived in Los Angeles County 15 days and plans to remain here? If the client wants to return to place of residence, the PA 898-15 Non-Resident application must be on file.

[ ] YES [ ] NO

**CITIZENSHIP:**  
Is the client a United States citizen? If no:  
[ ] acceptable alien verification is on file, or  
[ ] a PA 696 is on file.

[ ] YES [ ] NO

**PERSONAL PROPERTY:** (ABP 898-1, Question 14)  
Does the client meet all personal property limits, as shown below:

- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Cash
- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Checking savings, credit union, other
- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit.
- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Each adult may own interest in one motor vehicle with value of \$4,500 or less. For couple cases, only one vehicle is allowed.
- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: House trailer, houseboat or boat home used as residence worth no more than \$11,500.
- [ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000.

[ ] YES [ ] NO

**REAL PROPERTY:** ( ABP 898-1, Question 15)  
Does the client meet all real property limits, as shown below:  
[ ] Yes [ ] No [ ] None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less

[ ] YES [ ] NO

**ASSETS GIVEN AWAY:** (ABP 898-1, Question 16)  
Does the client declare that no property was given away in the last two years?

[ ] YES [ ] NO

**INCOME:**  
Is the client's total non-exempt income below the GR level?

[ ] YES [ ] NO

**EMPLOYMENT:** (ABP 898-1, Question 18)  
A potential UIB application has been filed, if appropriate, and the client's employment history does not qualify the client for CalWORKs (if this is a family case).

[ ] YES [ ] NO

**HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST:** (ABP 898-1, Question 9)  
Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level?

[ ] YES [ ] NO

Housing cost is over the GR level? [ ] Yes [ ] No If yes, PA 908 is initiated and follow-up control set.

**FLEEING FELONS:** (ABP 898-1, Questions 19-20)  
Is the client fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. IF YES, DENY AID.

[ ] YES [ ] NO

**ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION:** The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.

[ ] YES [ ] NO

**CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI):** The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.

[ ] YES [ ] NO

**PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE USE DISORDER**

Did client complete pre-screening?  
If positive or in treatment was client referred for assessment?

[ ] YES [ ] NO  
[ ] YES [ ] NO

**DETERMINATION:**

[ ] Eligible for General Relief. [ ] Not Eligible for General Relief. Denial Code: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eligibility Worker's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Eligibility Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date