

## APLIKASYON PARA SA GENERAL RELIEF

## BABALA

## PAUNAWA SA MGA APLIKANTE NG GENERAL RELIEF

Simula sa Mayo 1, 1994, kung natukoy na ikaw ay naghain ng parehong aplikasyon sa General Relief (GR) sa County ng Los Angeles o sa alinmang iba pang lungsod o county na may layunin na makatanggap ng parehong tulong, ikaw ay mapaparusahan tulad ng mga sumusunod:

- Unang Paglabag** - Ikaw ay hindi karapat-dapat para sa anim na buwan.  
**Ikalawang paglabag** - Ikaw ay hindi karapat-dapat para sa 12-buwan.  
**Ikatlong paglabag** - Ikaw ay hindi karapat-dapat ng panghabang-buhay.

Ang parehong aplikasyon para sa tulong ay maaaring matukoy sa maraming paraan. Ang isang paraan ay ang awtomatikong pagproseso ng tatak ng daliri na kung saan nakikita ang parehong kasong may tulong. Kung sa panahon ng sistema ng pagkuha ng tatak ng daliri o anumang iba pang paraan ay nagpapakita ng pagkakapareho, maaari kang sumailalim sa mga parusang nabanggit sa itaas.

## ANG IYONG MGA KARAPATAN

Mayroon kang karapatang labanan ang isang Pagtangga sa isang Tagapag-ugnay ng Reklamo sa Pagtangga (Denial Complaint Liaison). Ikaw ay may karapatan para sa isang Pagsusuri sa Hindi Pagsunod at isang Pagdinig bago mahinto ang iyong salaping tulong ng GR at ang parusa ay maipataw sa iyong kaso. Para sa higit pang impormasyon sa iyong mga karapatan at mga pananagutan, tanungin ang Manggagawa sa Customer Service o ang iyong Manggagawang Tagahirang para sa *Dokumento ng Impormasyon sa General Relief (ABP 392)*.

---

Lagda ng Aplikante

---

Petsa

---

Lagda ng Manggagawang Tagahirang

---

Petsa

**APLIKASYON PARA SA GENERAL RELIEF**

|   |          |  |  |
|---|----------|--|--|
| APELYIDO NG KASO  | PANGALAN | NUMERO NG KASO   | PETA NG APLIKASYON<br><input type="checkbox"/> Hindi makabasa at/o makasulat<br><input type="checkbox"/> Kailangan ng Espesyal na Tulong |
| NUMERO NG SEGURO SOSYAL   |          | NUMERO NG TELEPONO/MENSAHE   | PETA NG KAPANAKANAN  |
| SAANG TANGGAPAN NG GR MO GUSTONG IPAPADALA ANG IYONG KASO?  |          | COUNTY USE ONLY  |  |
| <b>MANGYARING SAGUTIN ANG LAHAT NG MGA KATANUNGAN SA IBABA PARA SA IYONG SARILI AT SA LAHAT NG KASAPI NG PAMILYA NA KASAMA MONG NAG-AAPLAY. PARA SA BAWAT TANONG, LAGYAN NG TSEK ANG KAHON NG OO O HINDI. PARA SA ILANG MGA KATANUNGAN, KAILANGAN MONG ISULAT ANG IMPORMASYON.</b>  |          |  |  |
| <b>1. Mayroon akong agarang pangangailangan para sa salapi.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi<br><br>Kung oo, lagyan ng tsek ang uri ng pangangailangan sa ibaba:<br>[ ] Walang Tirahan [ ] Walang Pagkain [ ] Pinalayas [ ] Naputulan ng utilidad   |          | [ ] This is an immediate need case.  |  |
| <b>2. Bago ako nag-aplay, sinuportahan ko ang aking sarili sa pamamagitan ng (ipaliwanag):</b>  |          |  |  |
| <b>3. Mayroon akong pagkakakilanlan.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi<br><br>Kung oo, ang uri ng pagkakakilanlan na mayroon ako ay:<br>[ ] Sertipiko ng Kapanganakan [ ] Pasaporte<br>[ ] Lisensiya sa Pagmamaneho [ ] Pagkakakilanlan na may Larawan<br>[ ] Pormularyo ng Rehistrasyon ng [ ] Iba Pa: _____<br>Dayuhan<br><br>Itala ang sinumang karagdagang mga kasapi ng pamilya na walang pagkakakilanlan:<br>_____ |          | [ ] Identification copied.<br>[ ] Needs PA 230.  |  |
| <b>4. Mayroon akong Tarheta ng Seguro Sosyal.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi  |          | [ ] Copy/copies on file.<br>[ ] MC 194.  |  |
| <b>5. Ang aking edad ay mababa sa 18 taong gulang.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi<br>Kung oo, ibigay ang mga pangalan, tirahan at numero ng telepono ng iyong mga magulang:<br>_____  |          | [ ] PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/CalWORKs linkage. |  |
| <b>6. Lumipat ako sa County ng Los Angeles nitong nakaraang taon at nais kong bumalik sa dati kong tirahan.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi<br>Kung oo, ibigay ang pangalan ng iyong county o estado: _____  |          | [ ] Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.   |  |
| <b>7. Ako ay nakatira sa County ng Los Angeles at plano kong manatili dito.....</b> [ ] Oo [ ] Hindi<br><br>Mangyaring ibigay ang petsa nang magsimula kang manirahan sa County ng Los Angeles:<br>_____  |          |  |  |

**8. Ako ay walang tirahan.....** [ ] Oo [ ] Hindi

Kung hindi:

A. Lagyan ng tsek ang isa sa mga kahong ito:

[ ] Ako ay may libreng tirahan [ ] Ako ay may-ari/bibili ng bahay [ ] Ako ay umuupa

B. Ang uri ng tirahan na mayroon ako ay:

- [ ] Kuwarta [ ] Bahay-paupahan [ ] Hotel/Motel [ ] Bahay [ ] Treyler [ ] Mangasera at Pangangalaga  
 [ ] Pasilidad ng Dormitoryo [ ] Kuwarta at Nangangasera [ ] Pasilidad ng Misyon  
 [ ] Kotse/Ban [ ] Iba pa

**9. Ako ay nag-iisang namumuhay.....** [ ] Oo [ ] Hindi

Kung hindi:

A. Kung ikaw ay naninirahan kasama ang **iyong asawa o ang iyong rehistradong kapareha**, mangyaring tukuyin:

PANGALAN

KAUGNAYAN



B. Ang aking asawa o kapareha ay tumatanggap o nag-aaplay para sa GR..... [ ] Oo [ ] Hindi

C. Ang aking asawa o kapareha ay tumatanggap ng pampublikong tulong..... [ ] Oo [ ] Hindi

Kung oo, mangyaring ipaliwanag kung anong uri ng pampublikong tulong:

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

- [ ] Rent receipt or rental agreement  
 [ ] Landlord statement  
 [ ] Utility bill(s)  
 [ ] Other \_\_\_\_\_

**10. Ang aking/aming tirahan ay:**

Tirahan # ng Apartment Lungsod Kodigo Postal

Direksiyong Pangkoreo # ng Apartment Lungsod Kodigo Postal

E-Mail

A. Ang kabuuang upa o bayad sa bahay ay ..... \$ \_\_\_\_\_

B. Ang bahagi ng upa/bayad sa bahay na iyong binabayaran ay .....\$ \_\_\_\_\_

C. Ang kabuuang halaga ng utilidad para sa iyong tahanan ay ..... \$ \_\_\_\_\_

D. Ang bahagi ng mga utilidad na iyong binabayaran ay ..... \$ \_\_\_\_\_

E. Mayroon bang sinuman na nagbabayad para sa isang bahagi ng mga utilidad o ng upa/bayad sa bahay? ..... [ ] Oo [ ] Hindi

Kung oo, mangyaring ipaliwanag kung sino ang nagbabayad at magkano ang kanilang ibinabayad.

  


**11. Ako ay nagsilbi sa militar .....** [ ] Oo [ ] Hindi

Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Sangay ng Serbisyo:

Numero ng Beterano:

Mga Petsa ng Serbisyo:

- [ ] Veteran, CA 5 on file.  
 [ ] No VA income.  
 [ ] VA income: \_\_\_\_\_.

|  |  |
|--|--|
| <p>12. Nagkaroon ako ng aksidente o ng personal na pinsala sa loob ng nakaraang taon.... [ ] Oo [ ] Hindi</p>  | <p>If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. [ ] PA 971 and ABCDM 228 initiated.</p> |
| <p>13. Ako ay may edad na mababa sa 21 taong gulang at interasado ako sa libheng pisikal na pagsusuri sa pamamagitan ng Programang Pangkalusugan at Pagpigil sa Kapansanan ng mga Bata.....<br/>..... [ ] Oo [ ] Hindi</p>   | <p>[ ] CHDP referral made.<br/>[ ] CHDP referral refused.</p>  |
| <p>14. May treyler akong bahay, mobil na bahay, bahay na bapor o bapor na bahay .....[ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung oo, sabihin ang uri: _____ at halaga: \$ _____</p>  |  |
| <p>15. Ako ay nagmamay-ari ng lupain, ng bahay, mga apartment o iba pang mga gusali ...[ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung oo,<br/>A. Ibigay ang itinasang halaga: \$ _____<br/>B. Handa akong hayaan ang County ng Los Angeles na kunin ang prenda (lien) sa aking ari-arian<br/>.....[ ] Oo [ ] Hindi</p>  |  |
| <p>16. Namigay ako ng pera, nagbenta, namigay ng ari-arian, lupain, o mga gusali nitong nakaraang dalawang tao. [ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung oo, ano ang ipinamigay: _____ at halaga: \$ _____</p>  |  |
| <p>17. Kaya kong magtrabaho..... [ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung hindi, ang dahilan kung bakit hindi ako makapagtrabaho ay:</p>  | <p>[ ] Employment Specialist referral made.</p>  |
| <p>18. Nagtrabaho ako nitong nakalipas na 5 taon..... [ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung oo, mangyaring ibigay ang mga sumusunod na impormasyon, simula sa iyong huling trabaho:<br/>A. Pangalan ng Maypatrabaho: _____ Dahilan ng Pag-alis: _____<br/>Direksiyon: _____ Telepono: _____<br/>Espesyal na Kakayahan o Ginamit na Pagsasanay: _____<br/>Petsa na Nagsimula: _____ Petsa ng Pag-alis: _____ Buwanang Sahod: \$ _____<br/>B. Pangalan ng Maypatrabaho: _____ Dahilan ng Pag-alis: _____<br/>Direksiyon: _____ Telepono: _____<br/>Espesyal na Kakayahan o Ginamit na Pagsasanay: _____<br/>Petsa na Nagsimula: _____ Petsa ng Pag-alis: _____ Buwanang Sahod: \$ _____<br/>Petsa na Nagsimula: _____ Petsa ng Pag-alis: _____ Buwanang Sahod: \$ _____<br/>Marami pa akong trabahong ililista..... [ ] Oo [ ] Hindi</p> |  |
| <p>19. Ikaw ba ay tumatakas upang maiwasan ang pag-uusig o pagkabilanggo/paghatol? [ ] Oo [ ] Hindi</p>  |  |
| <p>20. Ikaw ba ay lumabag sa parol/probasyon? ..... [ ] Oo [ ] Hindi</p>   |  |
| <p>21. Ikaw ba ay may isang medikal na kondisyon na nangangailangan ng isang espesyal na pagkain (hal., dyabetis)? [ ] Oo [ ] Hindi<br/>Kung oo, ilarawan ang kondisyon: _____</p>   | <p>[ ] Needs PA 596</p>  |

## MAHALAGANG IMPORMASYON

### **Seksiyon A – Kinakailangan Para Magkaroon ng Trabaho**

Naiintindihan ko na kung ako ay may kakayahang magtrabaho ngayon, o kung ako ay magkaroon ng kakayahang magtrabaho sa darating na panahon:

1. Dapat akong lumahok sa ipinag-uutos na Programa ng Pagkakataon Magtrabaho sa General Relief (GROW), na dinisenyo upang tulungan akong makahanap ng trabaho. Ako ay karapat-dapat na makatanggap ng General Relief (GR) para sa anim na buwan pati na ang mga karagdang tatlong buwan sa bawat 12-buwang tagal ng panahon kung patuloy akong makikilahok sa GROW. Makakatanggap ako ng transportasyon habang ako ay nakikilahok sa GROW.
2. Naiintindihan ko na hindi ako maaaring tumiwalag o masisante sa trabaho.
3. Kailangan kong magparehistro para sa trabaho sa Kagawaran ng Pagsulong sa Trabaho (EDD).
4. Naiintindihan ko na hindi ako maaaring magbigay ng huwad na impormasyon sa ABP 85-1 "Paghahanap ng Trabaho."
5. Dapat kong isagawa ang bilang ng mga paghahanap ng trabaho tulad ng ipinakita sa pormularyong ABP 85-1 "Paghahanap ng Trabaho" at ibalik ito sa takdang petsa. Alam ko na tatawag ang DPSS sa mga kontak ng trabaho na nakalista sa pormularyo para patotohanan na ako ay nagtanong kung may trabaho sa mga lugar na nakalista.
6. Dapat kong tanggapin ang mga serbisyo sa trabaho na ini-aalok ng aprubadong mga proyekto ng DPSS at dumalo sa lahat ng itinakdang mga panayam, mga tipanan, mga klase sa paghahanda sa trabaho, at iba pang mga gawain.
7. Dapat kong tanggapin ang mga pagsasangguni, dumalo sa mga panayam, at tanggapin ang anumang iniaalok na trabaho o programa ng pagsasanay.
8. Kung hindi ko gagawin ang mga gawain ng GR at GROW para sa trabaho, alam kong maaari akong maparusahan at mawala ang aking salaping tulong.
9. Ako ay makakakuha ng paunawa na nagpapaliwanag ng mga patakaran at ng aking mga karapatan kung pagpasyahan ng DPSS na wakasan ang aking salaping tulong sa GR at ako ay parusahan.

Maaari kang maparusahan kung ikaw ay hindi makatutugon sa anumang mga pangangailangan na nakatala sa itaas. Ang kaparusahan ay nangangahulugang mawawala ang iyong salaping tulong sa GR at kailangan mong maghintay upang makuha ito pabalik. Ang panahon ng paghihintay ay maaaring 0 na araw, 30 araw o 60 araw. Kung ikaw ay maparusahan, ipapaalam namin sa iyo sa isa pang paunawa kung gaano katagal ang iyong parusa. Ang iyong GR ay hindi titigil kung:

1. Ikaw ay walang salaping tulong sa GR nang tatlong buwan sa nakaraang taon; o
2. Ikaw ay gumawa ng pagkakamali (naging pabaya); o
3. Ikaw ay mayroong isang magandang dahilan para sa hindi pagtugon sa anumang mga kinakailangan sa pagtatrabaho na nakalista sa itaas.

### **Seksiyon B – Kinakailangan Para Sa Pang-aabuso Sa Paggamit Ng Bawal Na Sangkap (SUD)**

Upang maging karapat-dapat para sa GR, dapat kang magpasuri para sa posibleng pag-abuso ng droga/alkohol, at kung natukoy na may suliranin, dapat kang dumalo sa isang Programa ng Sapilitang Paggaling sa Pag-aabuso sa Paggamit ng ng Bawal Na Sangkap [Mandatory Substance Use Disorder Recovery Program (MSUDRP)] na inaprubahan ng County. Ang iyong salaping tulong sa GR ay maaaring tanggihan kung hindi mo natugunan ang kinakailangan sa programa ng paggaling sa SUD. Kung ikaw ay tumatanggap na ng salaping tulong sa GR at hindi mo natugunan ang kinakailangan sa programa ng paggaling sa SUD, ang iyong GR ay maaaring mahinto at mapatawan ng parusa sa anumang oras.

**TANDAAN:** Ang anumang **sinadya o pagpapabaya** na (mga) di-pagsunod na nakuha mo nang walang **magandang dahilan** ay maaaring maging sanhi ng paghinto ng iyong GR at maaaring hindi ka maging karapat-dapat sa alinman sa 0, 30, o 60 araw.

Nabasa ko (o binasa sa akin) ang lahat ng mga panuntunan na nakalista sa itaas. Nauunawaan ko na kung hindi ko sundin ang bawat isa sa mga tuntuning ito ng walang magandang dahilan, ang aking salaping tulong sa GR ay ihihinto. Kung ang aking asawa, mga menor de edad na anak at mga 18 taong gulang na pumapasok sa mataas na paaralan/mga programa sa pagsasanay ay tinutulungan sa aking kaso, ang kanilang tulong ay ihihinto rin. Ang aking salaping tulong sa GR ay hindi ibababa kung ang aking kalagayan ay nagbago (tulad ng, ako ay nagkasakit) at ako ay mayroong isang magandang dahilan. Alam kong maaari akong tumawag sa Customer Service Center kung mayroon akong mga katanungan tungkol sa mga patakarang ito.

### **Seksiyon C – Pangkalahatang Kasunduan**

Nauunawaan ko at sumasang-ayon sa mga sumusunod na kondisyon:

1. Ang isang prenda (lien) ay kukunin sa anumang tunay na ari-arian na aking pag-aari, o na aking makukuha sa darating na panahon, tulad ng bahay o lupa. Ang paglagda sa prenda ay magpapahintulot sa County na ibawas mula sa pagbebenta ng tunay na ari-arian ang anumang GR na ibinigay sa akin.
2. Ang batas ng estado ay nag-aatas sa County na magbigay sa mga ahensiya ng pagpapatupadng batas ng ilang impormasyontungkol sa mga taong namatay o para sa sinumang nabigyan ng utos ng pag-aresto. Ang impormasyong ito ay: pangalan, tirahan, petsa ng kapanganakan, numero ng seguro sosyal (SSN), at pisikal na paglalarawan.
3. Ang lahat ng mga taong tumatanggap ng GR ay dapat na magbigay ng kanilang Numero ng Seguro Sosyal (SSN) at tatak ng daliri upang maging karapat-dapat. Ang mga SSN, tatak ng daliri at anumang iba pang impormasyon na ibinigay ay maaari ring gamitin para sa pagtutugma sa kompyuter, pagsusuri at awdit (pagsusuri sa pinansiyal na tala).

4. Dapat kong bayaran sa County ng Los Angeles ang lahat ng salapi na ginastos ng County sa aking ngalan bilang bahagi ng programang GR. Kung ako ay mamatay bago mabayaran ang tulong, ang County ng Los Angeles ay maaaring magharap ng paghahabol laban sa aking ari-arian (estate). Sa pamamagitan nito tinatalikdan ko ang mga limitasyon ng anumang batas para sa paghaharap ng anumang paghahabol para sa pagbabayad ng sinabing lunas, pag-aalaga at pagpapanatili at/o tulong na medikal.
5. Kung makatanggap ako ng isang buong bayad, kabilang ang, pero hindi limitado sa, kasunduan sa isang kaso, pagiging karapat-dapat para sa iba pang mga programa (kabilang ang Karagdagang Kitang Panseguro, mga benepisyo ng Beterano at seguro sa may kapansanan), mga panalo sa lotto, sugal, pagkakaayos ng usaping panseguro, o mana, dapat kong bayaran ang County ng Los Angeles para sa tulong na ibinigay sa akin. Kung hindi ko mabayaran ang County ng Los Angeles, ako ay magiging hindi karapat-dapat para sa GR para sa ilang buwan hanggang matugunan ng kabuuang kabayaran ang pangangailangan ng aking Pangunahing Talahanayan ng Badyet.
6. Dapat kong **TAWAGAN** o **SULATAN** ang aking Manggagawang Tagahirang kung may **ANUMANG PAGBABAGO** sa aking tirahan, gastos sa bahay, kita, ari-arian, o bilang ng mga taong naninirahan sa aking tahanan **SA LOOB NG 5 ARAW NG KALENDARYO PAGKATAPOS NG PAGBABAGO**.
7. Kung magbigay ako ng impormasyon na di-totoo o kung hindi ko iulat sa aking Manggagawang Tagahirang ang mga pagbabago na makakaapekto sa aking kaso o sa halaga ng tulong na tinatanggap ko, maaari akong isakdal at kailangang magmulta o mabilanggo.
8. Naninirahan ako sa County ng Los Angeles at balak na manatili dito.
9. Nauunawaan ko na bilang kondisyon sa pagtanggap ng GR, ako ay dapat na magpasuri para sa posibleng pag-abuso ng droga/alkohol at kung natukoy na may problema, ako ay dapat na dumalo sa isang programa ng pagpapagamot na inaprubahan ng County upang patuloy na makatanggap ng GR.

#### **Seksiyon D – Pag-aaplay para sa Karagdagang Kitang Panseguro (SSI)**

Nauunawaan ko na ang mga sumusunod ay sumasaklaw kung natukoy ng DPSS na ako ay maaaring magiging karapat-dapat para sa SSI:

1. Kung hiniling ng DPSS, ako ay mag-aaplay para sa SSI sa Tanggapan ng Seguro Sosyal o sa tanggapaning itinalaga.
2. Sa oras na matukoy ng DPSS na ako ay maaaring maging karapat-dapat para sa SSI, o sa anumang oras pagkatapos noon, ibibigay ang aking pangalan, tirahan, SSN, at impormasyon sa permanenteng talaan ng kaso sa isang tagataguyod ng SSI na magbibigay ng teknikal na tulong upang maaprubahan ako para sa SSI. Makikipagtulungan ako sa tagataguyod ng SSI.
3. Ipapaalam ko sa DPSS (sa loob ng limang araw ng kalendaryo) kapag inaprubahan o tinanggihan ng Pangasiwaan ng Seguro Sosyal ang aking aplikasyon para sa SSI.
4. Iaapela ko ang anumang pagtanggig (sa loob ng 60 araw ng kalendaryo mula sa petsa ng liham ng pagtanggig) sa pamamagitan ng paghaharap ng isang "Kahilingan para sa Muling Pagsasaalang-alang" (Request for Reconsideration) sa Tanggapan ng Seguro Sosyal.
5. Ako ay magbibigay sa DPSS ng patunay (kapag hiniling) na ako ay nakapagharap ng isang "Kahilingan para sa Muling Pagsasaalang-alang".
6. Maghaharap ako ng "Kahilingan sa Pagdinig" (apela) kung ang aking muling pagsasaalang-alang ay tinanggihan din.
7. Ako ay magbibigay sa DPSS ng patunay (kung hiniling) na ako ay nakapagharap ng isang "Kahilingan sa Pagdinig".
8. Kung ako ay mag-aaplay para sa SSI, at ang aking aplikasyon para sa SSI ay tinanggihan at inapela ko ang pagtanggig, maaaring ibigay ng County ang aking pangalan, tirahan, numero ng telepono at SSN sa isang pribadong kontratista, na maaaring kumatawan sa akin sa pagdinig ng aking apela.
9. Para sa legal na tulong sa aking pagdinig sa SSI, tatanggapin ko ang isang pribadong kontratista na ipagkakaloob ng DPSS (nang walang gastos sa akin), pipili ako ng sariling kinatawan (kung saan ako ang mananagot sa anumang kabayaran), o kakatawanin ko ang aking sarili.
10. Itatabi ko ang lahat ng mga liham at mga paunawa na matatanggap ko mula sa SSA at magbibigay ako sa DPSS ng mga kopya nito kapag hiniling.
11. Sasagutin ko ang lahat ng mga liham mula sa DPSS, sa SSA at sa aking kinatawan na humihiling sa akin na magkaloob ng impormasyon tungkol sa aking pag-aapela o aplikasyon para sa SSI.
12. Lubos akong makikipagtulungan sa DPSS, sa SSA at sa aking kinatawan sa lahat ng mga bagay na kaugnay ng aking pag-aapela o aplikasyon para sa SSI.
13. Nauunawaan ko na ang pagkabigong tumupad sa mga kinakailangan ay maaaring maging sanhi ng pagtanggig/pagtigil ng aking GR. Kung kailangan ko ng higit na impormasyon, ako ay tatawag sa Customer Service Center.

#### **Seksiyon E - Pahintulot para sa Pagbabayad-Pabalik ng Pansamantalang Paunang Tulong o Pagkatapos Maging Karapat-dapat ang Kaso**

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

|  |           |                        |
|--|-----------|------------------------|
| NAME                                   |           | SOCIAL SECURITY NUMBER |
| ADDRESS                                | CITY/TOWN | ZIP CODE               |
| COUNTY IA AGENCY<br>Los Angeles County |           | GR CODE<br>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   |



**Seksiyon F – Pagkansela ng Aplikasyon sa General Relief**

Naiintindihan ko na kahit sinabi sa akin ng taong nakapanayam ko na ako ay hindi karapat-dapat para sa GR, may karapatan pa rin akong kumumpleto ng isang aplikasyon at ang karapatang ito ay hindi maaaring alisin sa akin.

Nauunawaan ko na kung hindi ako sumasang-ayon sa anumang aksiyon na ginawa sa aking kahilingan para sa GR, maaari akong makakuha ng isang buong pagpapaliwanag ng mga pamamaraan sa pagrereklamo na maaari kong gamitin mula sa mga tao tumutulong sa akin sa pormularyong ito.

Naiintindihan ko na dapat akong bigyan ng isang nakasulat na paunawa ng pagtangga.

Nauunawaan ko na kung hindi ako sumasang-ayon sa anumang aksiyon na ginawa sa aking aplikasyon para sa GR, mayroon akong karapatan na mag-apela sa mga aksyon at humiling ng isang paliwanag ng mga desisyon o ng isang pagrepaso ng aking aplikasyon sa pamamagitan ng Tagapag-ugnay ng Reklamo sa Pagtangga.

Nauunawaan ko na hindi ako karapat-dapat para sa GR, ngunit nais kong magpatuloy sa aplikasyon.

Nauunawaan ko na hindi ako karapat-dapat para sa GR at nais kong kanselahin ang aking kahilingan para sa GR.

|                    |       |                                  |       |
|--------------------|-------|----------------------------------|-------|
| Lagda ng Aplikante | Petsa | Lagda ng Manggagawang Tagahirang | Petsa |
|--------------------|-------|----------------------------------|-------|

**Seksiyon G – Pahayag at Lagda**

Ang lahat ng may sapat na gulang (edad 18 o mas matanda over) at mga menor de edad (nag-iisang nag-aaplay) na humihiling ng GR ay dapat basahin ang pahayag at pumirma sa ibaba:

**Pahayag:** Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling na ang lahat ng impormasyon na aking ibinigay sa aking aplikasyon ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

|                                 |       |                                 |       |                                 |       |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Lagda ng May Sapat na Gulang #1 | Petsa | Lagda ng May Sapat na Gulang #2 | Petsa | Lagda ng May Sapat na Gulang #3 | Petsa |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|

**Kung sinuman ang pumirma ng marka, dalawang saksi ay dapat na pumirma at lagyan ng petsa at ibigay ang kanilang tirahan sa ibaba:**

|                |         |                |       |
|----------------|---------|----------------|-------|
| Lagda ng Saksi | Petsa   | Lagda ng Saksi | Petsa |
| Tirahan        | Tirahan |                |       |

| CERTIFICATION OF ELIGIBILITY  |                                  |
|---|----------------------------------|
| KEY ELIGIBILITY ITEMS   | SHOW RESPONSE BELOW              |
| <b>IDENTIFICATION:</b> (ABP 898-1, Question 3)<br>Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>UNDER 18:</b> (ABP 898-1, Question 5)<br>Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>RESIDENCE:</b> (ABP 898-1, Questions 6 and 7)<br>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                   |
| <b>CITIZENSHIP:</b><br>Is the client a United States citizen? If no:<br><input type="checkbox"/> acceptable alien verification is on file, or<br><input type="checkbox"/> a PA 696 is on file.  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>PERSONAL PROPERTY:</b> (ABP 898-1, Question 14)<br>Does the client meet all personal property limits, as shown below:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Cash<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Checking savings, credit union, other<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit.<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: House trailer, houseboat or boat home used as residence worth no more than \$11,500.<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000. | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>REAL PROPERTY:</b> ( ABP 898-1, Question 15)<br>Does the client meet all real property limits, as shown below:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>ASSETS GIVEN AWAY:</b> (ABP 898-1, Question 16)<br>Does the client declare that no property was given away in the last two years?  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>INCOME:</b><br>Is the client's total non-exempt income below the GR level?   | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>EMPLOYMENT:</b> (ABP 898-1, Question 18)<br>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                   |
| <b>HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST:</b> (ABP 898-1, Question 9)<br>Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level?<br>_____<br>Housing cost is over the GR level? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, PA 908 is initiated and follow-up control set.  | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>FLEEING FELONS:</b> (ABP 898-1, Questions 19-20)<br>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                   |
| <b>ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION:</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.   | [ ] YES [ ] NO                   |
| <b>CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI):</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.<br><b>PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE USE DISORDER</b><br>Did client complete pre-screening?<br>If positive or in treatment was client referred for assessment?  | [ ] YES [ ] NO<br>[ ] YES [ ] NO |
| <b>DETERMINATION:</b><br><input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____</span><br>_____ Date <span style="float: right;">_____ Date</span><br>Eligibility Worker's Signature <span style="float: right;">Eligibility Supervisor's Signature</span>  |                                  |