

## ĐƠN XIN HƯỞNG CỨU TRỢ TỔNG QUÁT

## CẢNH CÁO

THÔNG BÁO CHO NGƯỜI NẠP ĐƠN XIN HƯỞNG  
CHƯƠNG TRÌNH CỨU TRỢ TỔNG QUÁT (GR)

Có hiệu lực từ ngày 1 Tháng Năm, 1994, nếu quý vị được xác định là đã nộp trùng lặp đơn xin hưởng Cứu Trợ Tổng Quát (General Relief - GR) tại Quận-Hạt Los Angeles hay tại bất cứ thành phố hoặc quận-hạt nào khác, với ý đồ nhận hưởng trợ cấp trùng lặp, quý vị sẽ bị xử phạt như sau:

- Phạm tội lần đầu tiên** - Quý vị sẽ không hội đủ điều kiện trong một giai đoạn 6 tháng.
- Phạm tội lần thứ nhì** - Quý vị sẽ không hội đủ điều kiện trong một giai đoạn 12 tháng.
- Phạm tội lần thứ ba** - Quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện.

Các đơn xin trợ cấp trùng lặp có thể được phát hiện bằng nhiều cách. Một cách là thi hành tiến trình lấy dấu tay tự động hóa để phát hiện những hồ sơ hưởng trợ cấp trùng lặp. Nếu phương pháp kiểm tra dấu tay bằng máy điện toán hoặc các phương pháp khác cho thấy có một sự trùng lặp, thì quý vị có thể bị xử phạt như ghi ở trên.

## CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền phản biện một vụ Bác Đơn Xin với một Liên Lạc Viên Về Vấn Đề Khiếu Nại Việc Bị Bác Đơn. Quý vị có quyền được có một Đợt Xét Lại Việc Không-Tuân-Thủ và một Phiên Điều Trần, trước khi trợ cấp tiền mặt GR của quý vị bị chấm dứt và hồ sơ của quý vị bị áp dụng các hình phạt. Để có thêm thông tin về các quyền và trách nhiệm của quý vị, quý vị hãy yêu cầu Cán Sự Dịch Vụ Khách Hàng hoặc Cán Sự Thẩm Định của quý vị cấp cho một *Bản Thông Tin về Chương Trình Cứu Trợ Tổng Quát (ABP 392)*.

---

Chữ Ký của Người Nạp Đơn Xin

---

Ngày

---

Chữ Ký của Cán Sự Thẩm Định

---

Ngày

## ĐƠN XIN HƯỞNG CỨU TRỢ TỔNG QUÁT

TÊN HỌ TRONG HỒ SƠ	TÊN GỌI	SỐ HỒ SƠ	NGÀY NẠP ĐƠN XIN	<input type="checkbox"/> Không biết đọc và/hoặc viết <input type="checkbox"/> Cần Sự Trợ Giúp Đặc Biệt
SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐIỆN THOẠI/NHẮN TIN		NGÀY SINH	
QUÝ VỊ MUỐN HỒ SƠ GR CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC GỬI ĐẾN VĂN PHÒNG GR NÀO?			<b>COUNTY USE ONLY</b>	
<b>XIN QUÝ VỊ TRẢ LỜI TẤT CẢ CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY VỀ BẢN THÂN QUÝ VỊ VÀ VỀ MỌI THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH CÓ NẠP ĐƠN XIN CÙNG VỚI QUÝ VỊ. Ở MỖI CÂU HỎI, XIN QUÝ VỊ NGOẮC DẤU VÀO Ô CÓ HOẶC KHÔNG. Ở MỘT SỐ CÂU HỎI, QUÝ VỊ PHẢI VIẾT RA CÁC THÔNG TIN.</b>				
<b>1. Tôi có nhu cầu cấp thiết về tiền mặt</b> ..... [ ] Có [ ] Không  Nếu là Có, xin ngoắc dấu vào loại nhu cầu dưới đây: <input type="checkbox"/> Không có nơi cư ngụ [ ] Không có thực phẩm [ ] Bị đuổi nhà [ ] Tiện nghi điện, nước, v.v., bị cắt			[ ] This is an immediate need case.	
<b>2. Trước khi nộp đơn xin, tôi sinh sống bằng (xin giải thích)</b>				
<b>3. Tôi có giấy tờ tùy thân</b> ..... [ ] Có [ ] Không  Nếu là Có, loại giấy tờ tôi có là: <input type="checkbox"/> Giấy Khai Sinh [ ] Thẻ Thông Hành <input type="checkbox"/> Bằng Lái Xe [ ] Thẻ Căn Cước Có Dán Hình <input type="checkbox"/> Giấy Đăng Ký Ngoại Kiều [ ] Giấy tờ khác: _____  Xin liệt kê bất cứ thành viên bổ sung nào trong gia đình không có giấy tờ tùy thân: _____			[ ] Identification copied. [ ] Needs PA 230.	
<b>4. Tôi có Thẻ An Sinh Xã Hội</b> ..... [ ] Có [ ] Không			[ ] Copy/copies on file. [ ] MC 194.	
<b>5. Tôi dưới 18 tuổi</b> ..... [ ] Có [ ] Không  Nếu là Có, xin cho biết tên họ, địa chỉ & số điện thoại của cha mẹ quý vị: _____			[ ] PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/CalWORKs linkage.	
<b>6. Tôi đã dọn tới sống tại Quận-Hạt Los Angeles trong vòng một năm qua và muốn quay trở về nơi cư ngụ cũ</b> ..... [ ] Có [ ] Không  Nếu là Có, xin cho biết tên của quận-hạt hoặc tiểu bang: _____			[ ] Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.	
<b>7. Tôi hiện sống tại Quận-Hạt Los Angeles và dự tính ở lại nơi này</b> ..... [ ] Có [ ] Không  Xin cho biết ngày quý vị khởi sự sinh sống tại Quận-Hạt Los Angeles: _____				

8. Tôi là người vô gia cư ..... [ ] Có [ ] Không

Nếu là Không:

A. Xin ngoặc dấu vào một trong số các ô dưới đây:

[ ] Tôi được cư ngụ miễn phí [ ] Tôi sở hữu/đang mua căn nhà tôi hiện ở [ ] Tôi ở mượn

B. Nơi cư ngụ của tôi thuộc loại:

[ ] Phòng [ ] Chung cư [ ] Khách sạn/Nhà trọ (Motel) [ ] Căn nhà [ ] Xe Rờ Moọc (Trailer)  
[ ] Nhà trọ & Chăm Sóc [ ] Nhà Ngủ Tập Thể (Dormitory Facility) [ ] Ăn Ở Trọ (Room and Board)  
[ ] Cơ Sở Từ Thiện (Mission Facility) [ ] Xe hơi/Xe Van [ ] Loại khác

9. Tôi sống một mình ..... [ ] Có [ ] Không

Nếu là Không:

A. Nếu quý vị sống cùng người phối ngẫu hoặc người sống chung như vợ chồng có đăng ký, xin ghi rõ:

TÊN

QUAN HỆ

B. Người phối ngẫu của tôi hoặc người sống chung với tôi như vợ chồng đang

nhận hưởng hoặc đang nộp đơn xin hưởng GR ..... [ ] Có [ ] Không

C. Người phối ngẫu của tôi hoặc người sống chung với tôi như vợ chồng

đang nhận hưởng trợ cấp công cộng ..... [ ] Có [ ] Không

Nếu là Có, xin giải thích trợ cấp công cộng thuộc loại nào:

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

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

10. Địa chỉ của tôi/chúng tôi là:

Địa Chỉ Nơi Cư Ngụ Căn Hộ số Thành Phố Mã Số Bưu Chính

Địa Chỉ Thư Tín Căn Hộ số Thành Phố Mã Số Bưu Chính

Địa Chỉ Điện Thư (E-Mail)

A. Tổng số tiền thuê nhà hoặc trả góp mua nhà là .....\$ \_\_\_\_\_

B. Phần tiền thuê nhà hoặc trả góp mua nhà mà quý vị phải trả là .....\$ \_\_\_\_\_

C. Tổng số chi phí về tiện nghi điện nước, v.v., của nhà quý vị là .....\$ \_\_\_\_\_

D. Phần chi phí về tiện nghi điện nước, v.v., mà quý vị phải trả là .....\$ \_\_\_\_\_

E. Có bất cứ người nào khác trả giữm một phần chi phí tiện nghi điện nước hoặc tiền thuê nhà/tiền trả góp mua nhà không? [ ] Có [ ] Không

Nếu là Có, xin cho biết ai là người trả, và người đó trả bao nhiêu tiền.

11. Tôi là một cựu chiến binh ..... [ ] Có [ ] Không

Nếu là Có, xin cung cấp những thông tin sau đây:

Ngành Phục Vụ: \_\_\_\_\_

Số Cựu Chiến Binh: \_\_\_\_\_

Thời Gian Phục Vụ: \_\_\_\_\_

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

<p>12. Tôi đã bị tai nạn hoặc mang thương tích cá nhân trong vòng một năm qua.... [ ] Có [ ] Không</p>	<p>If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. [ ] PA 971 and ABCDM 228 initiated.</p>
<p>13. Tôi dưới 21 tuổi và tôi muốn được khám nghiệm cơ thể miễn phí qua Chương Trình Sức Khỏe Trẻ Em và Phòng Ngừa Tàn Tật ..... [ ] Có [ ] Không</p>	<p>[ ] CHDP referral made. [ ] CHDP referral refused.</p>
<p>14. Tôi có một nhà rời-mooc (house trailer), nhà di động (mobile home), nhà-tàu (house boat) hoặc tàu-nhà (boat house)..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Có, xin cho biết là loại nào: _____ và có trị giá là: \$ _____</p>	
<p>15. Tôi sở hữu đất đai, một căn nhà, một số căn hộ hoặc dinh thự khác ..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Có, A. Xin cho biết trị giá giám định: \$ _____ B. Tôi sẵn sàng để Quận-Hạt Los Angeles giữ quyền thế chấp tài sản của tôi [ ] Có [ ] Không</p>	
<p>16. Tôi đã cho đi tiền bạc, bán ra, cho đi tài sản, đất đai, hoặc nhà cửa trong khoảng hai năm vừa qua ..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Có, những thứ gì đã được cho đi: _____ và có trị giá là: \$ _____</p>	
<p>17. Tôi có khả năng đi làm ..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Không, lý do tôi không thể đi làm được là:</p>	<p>[ ] Employment Specialist referral made.</p>
<p>18. Tôi đã đi làm trong 5 năm vừa qua..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Có, xin cung cấp những thông tin sau đây, bắt đầu từ công việc sau cùng: A. Tên của Nơi Làm Việc: _____ Lý Do Nghỉ Việc: _____ Địa Chỉ: _____ Số Điện Thoại: _____ Đã Sử Dụng Kỹ Năng hay Nghiệp Vụ Đặc Biệt Nào: _____ Ngày Khởi Sự Đi Làm: _____ Ngày Ngưng Đi Làm: _____ Lương Tháng: \$ _____ B. Tên của Nơi Làm Việc: _____ Lý Do Nghỉ Việc: _____ Địa Chỉ: _____ Số Điện Thoại: _____ Đã Sử Dụng Kỹ Năng hay Nghiệp Vụ Đặc Biệt Nào: _____ Ngày Khởi Sự Đi Làm: _____ Ngày Ngưng Đi Làm: _____ Lương Tháng: \$ _____ Tôi có thêm việc làm khác nữa muốn liệt kê..... [ ] Có [ ] Không</p>	
<p>19. Quý vị có đang đào tẩu nhằm tránh né bị truy tố hoặc bị giam giữ/kết án về một trọng tội không?..... [ ] Có [ ] Không</p>	
<p>20. Quý vị có đang vi phạm quy chế tạm tha/quản chế không? ..... [ ] Có [ ] Không</p>	
<p>21. Quý vị có "tình trạng bệnh lý" nào đòi hỏi quý vị phải theo quy chế kiêng khem đặc biệt (chẳng hạn như bị bệnh tiểu đường) không? ..... [ ] Có [ ] Không Nếu là Có, xin mô tả tình trạng của quý vị: _____</p>	<p>[ ] Needs PA 596</p>

## **THÔNG TIN QUAN TRỌNG**

### **Phần A - Những Quy Định về Vấn Đề Đi Làm**

Tôi hiểu rằng nếu bây giờ tôi đủ khả năng đi làm, hoặc nếu trong tương lai tôi đủ khả năng đi làm:

1. Tôi phải tham gia vào “Chương Trình Cứu Trợ Tổng Quát - Các Cơ Hội Đi Làm” (General Relief Opportunities for Work [GROW]), có tính cách bắt buộc, được thiết lập để giúp tôi tìm được việc làm. Tôi được thẩm định cho nhận hưởng Cứu Trợ Tổng Quát (GR) trong 6 tháng cộng thêm với 3 tháng bổ sung trong mỗi giai đoạn 12 tháng, nếu tôi tiếp tục tham gia vào chương trình GROW. Tôi sẽ được giúp đỡ về mặt chuyên chở trong thời gian tôi tham gia vào GROW.
2. Tôi hiểu rằng tôi không được bỏ việc hoặc để bị đuổi việc.
3. Tôi phải đăng ký xin việc tại Nha Phát Triển Nhân Dụng (Employment Development Department [EDD]).
4. Tôi hiểu rằng tôi không được cung cấp thông tin giả mạo trong mẫu đơn ABP 85-1 “Tìm Kiếm Việc Làm”.
5. Tôi phải thi hành đủ số lần tìm kiếm việc làm như có ghi trên mẫu đơn ABP 85-1 “Tìm Kiếm Việc Làm”, và gửi trả mẫu đơn về trước ngày đáo hạn. Tôi biết rằng Sở DPSS sẽ kiểm tra những nơi tôi đã liên lạc, được liệt kê trong mẫu đơn, để biết chắc là tôi có thật sự tới những nơi đó để xin việc.
6. Tôi phải chấp nhận các dịch vụ kiểm việc, do các dự án đã được Sở DPSS chấp thuận đề nghị, và tham dự mọi cuộc phỏng vấn, buổi hẹn, lớp học chuẩn bị việc làm, cùng mọi hoạt động khác, theo đúng thời biểu đã được sắp xếp.
7. Tôi phải chấp nhận các dịp được giới thiệu chuyển gửi, tham dự các cuộc phỏng vấn, và chấp nhận bất cứ việc làm nào hoặc chương trình huấn nghiệp nào được đề nghị.
8. Nếu tôi không thi hành các hoạt động về việc làm của GR và của GROW, tôi biết rằng tôi có thể bị phạt và bị mất trợ cấp tiền mặt.
9. Tôi sẽ nhận được một thông báo để giải thích cho tôi hay về luật lệ và về những quyền của tôi, nếu Sở DPSS quyết định chấm dứt trợ cấp tiền mặt GR của tôi và phạt tôi.

Quý vị có thể bị phạt nếu quý vị không đáp ứng bất cứ quy định nào được liệt kê bên trên. Bị phạt có nghĩa là quý vị bị mất trợ cấp tiền mặt GR và phải chờ đợi một thời gian rồi mới xin lại được. Giai đoạn chờ đợi có thể là 0 ngày, 30 ngày hoặc 60 ngày. Nếu quý vị bị phạt, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo khác để quý vị được biết giai đoạn chờ-đợi-do-bị-phạt của quý vị là bao lâu. Phúc lợi GR của quý vị sẽ không bị ngưng nếu:

1. Quý vị đã không nhận hưởng ba tháng trợ cấp tiền mặt GR trong năm vừa qua; hoặc
2. Quý vị phạm sai lầm (do sơ suất); hoặc
3. Quý vị có lý do chính đáng khiến quý vị đã không đáp ứng được các quy định về vấn đề đi làm, có liệt kê bên trên.

### **Phần B – Quy Định về Tình Trạng Rối Loạn Do Sử Dụng Rượu/Ma Túy (SUD)**

Để được thẩm định cho hưởng GR, quý vị phải được kiểm tra trước để xem có tiềm năng bị mắc tật nghiện rượu/ma túy hay không, và nếu được xác định là có vấn đề, quý vị phải tham dự Chương Trình Phục Hồi Khỏi Tật Nghiện Rượu/Ma Túy Có Tính Cách Bắt Buộc (MSUDRP). Trợ cấp tiền mặt GR của quý vị có thể bị bác đơn xin nếu quý vị không đáp ứng được quy định về việc tham dự chương trình phục hồi SUD. Nếu quý vị hiện đã đang nhận hưởng trợ cấp tiền mặt GR rồi, và quý vị không đáp ứng được quy định về việc tham dự chương trình phục hồi SUD, trợ cấp GR của quý vị có thể bị ngưng hoặc bị phạt vào bất cứ lúc nào.

**GHI CHÚ:** Bất cứ hành vi không-tuân-thủ nào, dù là **cố tình** hay **do sơ suất**, mà không có **Lý Do Chính Đáng**, cũng đều khiến cho trợ cấp GR của quý vị bị ngưng, và quý vị có thể bị xét không hội đủ điều kiện trong 0 ngày, 30 ngày, hoặc 60 ngày.

Tôi đã đọc (hoặc nhờ người đọc cho nghe) tất cả các luật lệ liệt kê ở trên. Tôi hiểu rằng nếu tôi không tuân theo bất cứ luật lệ nào trong số những luật lệ đó, mà không có lý do chính đáng, thì trợ cấp của tôi sẽ bị ngưng. Nếu người phối ngẫu của tôi, các con còn vị thành niên và các con đã 18 tuổi của tôi đang theo học bậc trung học/các chương trình huấn nghiệp, mà đang được trợ giúp trong cùng hồ sơ với tôi, thì trợ cấp của họ cũng sẽ bị ngưng. Trợ cấp tiền mặt GR của tôi sẽ không bị phạt nếu tình trạng hoàn cảnh của tôi thay đổi (chẳng hạn như tôi mắc bệnh) hoặc tôi có Lý Do Chính Đáng. Tôi biết rằng tôi có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng nếu tôi có bất cứ thắc mắc gì về những luật lệ này.

### **Phần C - Thỏa Thuận Tổng Quát**

Tôi hiểu và chấp nhận những điều kiện sau đây:

1. Một hợp đồng về quyền giữ đồ thế chấp (lien) sẽ được thiết lập đối với bất cứ bất động sản nào mà tôi hiện đang sở hữu, hoặc tôi sẽ sở hữu trong tương lai, chẳng hạn như một căn nhà hay một lô đất. Việc ký tên vào bản hợp đồng về quyền giữ đồ thế chấp sẽ cho phép Quận-Hạt được khấu trừ bất cứ khoản trợ cấp GR nào đã trả cho tôi vào số tiền bán bất động sản đó.
2. Một đạo luật Tiểu Bang đòi hỏi Quận-Hạt phải cung cấp cho các cơ quan thực thi pháp luật một số thông tin nào đó về những người nhận hưởng GR đã chết rồi hoặc đang là đối tượng của một trát bắt giữ do các đương sự đã phạm trọng tội. Những thông tin này là: tên họ, địa chỉ, ngày sinh, số an sinh xã hội, và nhận dạng.
3. Ai nhận hưởng GR cũng đều phải cung cấp số an sinh xã hội (SSN) của mình và phải lăn dấu tay thì mới được thẩm định cho hưởng GR. SSN, dấu tay và bất kỳ thông tin nào khác mà tôi cung cấp cũng đều có thể được đem dùng để so trùng khớp trên máy điện toán, để duyệt xét và để kiểm toán (audit).

4. Tôi phải bồi hoàn lại cho Quận-Hạt Los Angeles tất cả những khoản tiền mà Quận-Hạt đã tiêu dùng chi trả nhân danh tôi, như là một phần của chương trình GR. Nếu tôi qua đời trước khi những khoản trợ cấp đó được bồi hoàn, Quận-Hạt Los Angeles có thể nộp đơn đòi lại khoản trợ cấp đó từ tài sản của tôi. Tôi xin khước từ nơi đây các sự giới hạn của bất cứ quy chế nào, khi tôi nhận được bất cứ yêu cầu nào đòi tôi hoàn trả lại các khoản cứu trợ, chăm sóc và chu cấp và/hoặc trợ cấp y tế, như nêu ở trên.
5. Nếu tôi nhận được một món tiền gộp làm một lần (lump sum), bao gồm, nhưng không giới hạn ở, tiền nhận được sau một vụ giàn xếp tố tụng, được thẩm định cho hưởng các chương trình khác (bao gồm: tiền Phụ Cấp An Sinh – SSI, tiền phúc lợi Cựu Chiến Binh, tiền bảo hiểm tàn tật), tiền trúng xổ số, ăn bài, tiền giàn xếp bảo hiểm và tiền do thừa hưởng gia tài. Tôi phải hoàn trả lại cho Quận-Hạt Los Angeles khoản tiền đã trợ cấp cho tôi. Nếu tôi không trả lại tiền cho Quận-Hạt Los Angeles, tôi sẽ không được thẩm định cho nhận hưởng trợ cấp GR trong một số tháng, là những tháng mà “khoản tiền gộp làm một lần” nêu trên đủ đáp ứng cho những nhu cầu của tôi, dựa trên Bảng Ngân Sách Căn Bản.
6. Tôi phải **GỌI** hoặc **VIẾT THƯ** cho Cán Sự Thẩm Định (EW) của tôi khi xảy ra **BẤT CỬ THAY ĐỔI NÀO** về địa chỉ, chi phí cư ngụ, thu nhập, tài sản của tôi, về số người sinh sống trong nhà tôi, **TRONG VÒNG NĂM NGÀY LỊCH KHI XẢY RA SỰ THAY ĐỔI**.
7. Nếu tôi cung cấp thông tin không đúng sự thật hoặc tôi không phúc trình cho EW của tôi về các thay đổi có ảnh hưởng tới hồ sơ của tôi hoặc tới số lượng trợ cấp GR mà tôi đang nhận lãnh, thì tôi có thể bị truy tố về mặt hình sự và phải đóng tiền phạt hoặc bị tổng giam.
8. Tôi hiện đang sống tại Quận-Hạt Los Angeles và dự tính định cư tại đây.
9. Tôi hiểu rằng một trong những điều kiện để được nhận lãnh trợ cấp GR là tôi phải được khám nghiệm trước để xem tôi có tiềm năng bị nghiện rượu/ma túy hay không, và nếu được xác định là có vấn đề, tôi sẽ phải theo một chương trình chữa trị được Quận-Hạt chấp thuận, thì tôi mới tiếp tục được nhận hưởng GR.

#### **Phần D - Nộp Đơn Xin Hưởng Phụ Cấp An Sinh (SSI)**

Tôi hiểu rằng những điều sau đây sẽ áp dụng nếu Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS) quyết định rằng tôi có thể hội đủ điều kiện nhận hưởng SSI:

1. Nếu được Sở DPSS yêu cầu, tôi sẽ nộp đơn xin hưởng SSI tại Phòng An Sinh Xã Hội (Social Security Office) hoặc tại một văn phòng được chỉ định.
2. Vào lúc Sở DPSS quyết định rằng tôi có thể hội đủ điều kiện hưởng SSI, hoặc vào bất cứ thời gian nào sau đó, thì tên họ, địa chỉ, SSN của tôi, cũng như các thông tin thích đáng lấy từ hồ sơ của tôi, sẽ được cung cấp cho một Biện Hộ Viên về SSI (SSI Advocate) để người này giúp đỡ tôi về mặt kỹ thuật nhằm cho tôi được chấp thuận cho hưởng SSI. Tôi sẽ hợp tác với Biện Hộ Viên SSI này.
3. Tôi sẽ thông báo cho Sở DPSS (trong vòng năm ngày lịch) khi nào Ban Quản Trị An Sinh Xã Hội hoặc chấp thuận hoặc bác đơn xin hưởng SSI của tôi.
4. Tôi sẽ kháng cáo bất cứ sự bác đơn nào (trong vòng 60 ngày lịch tính từ ngày ghi trong lá thư bác đơn) bằng cách nộp một đơn “Yêu Cầu Tái Xét” (Request for Reconsideration) tại Phòng An Sinh Xã Hội.
5. Tôi sẽ cung cấp cho Sở DPSS bằng chứng (khi nào được yêu cầu) là tôi đã nộp một đơn “Yêu Cầu Tái Xét” rồi.
6. Tôi sẽ nộp một đơn “Yêu Cầu Được Điều Trần” (Request for Hearing) (kháng cáo) nếu đơn xin được tái xét của tôi cũng bị bác.
7. Tôi sẽ cung cấp cho Sở DPSS bằng chứng (khi nào được yêu cầu) là tôi đã nộp một đơn “Yêu Cầu Được Điều Trần” rồi.
8. Nếu tôi nộp đơn xin hưởng SSI và đơn bị bác, và tôi kháng cáo vụ bị bác đơn đó, thì Quận-Hạt có thể cung cấp tên họ, địa chỉ, số điện thoại, và SSN của tôi cho một “tư nhân có hợp đồng”, người này có thể đại diện cho tôi tại phiên điều trần kháng án.
9. Để được giúp đỡ về mặt pháp lý trong vụ điều trần vấn đề xin hưởng SSI của tôi, tôi sẽ hoặc chấp nhận một “tư nhân có hợp đồng” do Sở DPSS cung cấp cho (tôi không phải chịu số phí nào), hoặc tự lựa chọn một người đại diện cho mình (tôi phải chịu mọi phí tổn đối với người này), hoặc tự đại diện cho chính mình.
10. Tôi sẽ cất giữ mọi thư từ và giấy thông báo do SSA gửi tới, và sẽ cung cấp cho Sở DPSS những bản sao của những giấy tờ đó khi được yêu cầu.
11. Tôi sẽ hồi đáp mọi thư từ do Sở DPSS, Ban SSA và người đại diện gửi tới để yêu cầu tôi cung cấp thông tin về đơn xin hưởng SSI hoặc đơn kháng cáo về SSI của tôi.
12. Tôi sẽ hợp tác chặt chẽ với Sở DPSS, Ban SSA và người đại diện cho tôi về mọi vấn đề liên quan tới đơn xin hưởng SSI hoặc đơn kháng cáo về SSI của tôi.
13. Tôi hiểu rằng việc không tuân thủ những quy định trên có thể đưa tới kết quả là trợ cấp GR của tôi sẽ bị bác đơn xin/bị đình chỉ. Nếu cần có thêm thông tin, tôi sẽ gọi cho Trung Tâm Phục Vụ Khách Hàng.

#### **Phần E – Đơn Cho Phép Bồi Hoàn Khoản Trợ Cấp Lâm Thời “Vào Lúc Khởi Đầu Nộp Đơn Xin” hoặc “Sau Khi Hồ Sơ Không Còn Hội Đủ Điều Kiện Nửa”.**

## 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



**Phần E - Hủy Bỏ Đơn Xin Hưởng General Relief**

Tôi hiểu rằng ngay dù tôi đã được người phỏng vấn tôi cho biết rằng tôi không hội đủ điều kiện để nhận hưởng trợ cấp GR, tôi vẫn có quyền hoàn tất nộp một đơn xin và không ai có thể đoạt mất quyền này của tôi.

Tôi hiểu rằng nếu tôi không đồng ý về bất cứ biện pháp thi hành nào áp dụng đối với yêu cầu được nhận hưởng GR của tôi, tôi có thể được người giúp đỡ tôi làm đơn này giải thích tường tận về các thủ tục khiếu nại mà tôi có thể tiến hành.

Tôi hiểu rằng tôi phải được thông báo bằng văn bản về việc đơn xin của tôi bị bác.

Tôi hiểu rằng nếu tôi không đồng ý về bất cứ biện pháp thi hành nào áp dụng đối với đơn xin hưởng GR của tôi, tôi có quyền khiếu tố biện pháp đó, và có quyền yêu cầu được Liên Lạc Viên Về Vấn Đề Khiếu Nại Việc Bị Bác Đơn (Denial Complaint Liaison) giải thích về quyết định đối với đơn xin của tôi, hoặc duyệt xét lại đơn xin của tôi.

Tôi hiểu rằng tôi không hội đủ điều kiện nhận hưởng trợ cấp GR, nhưng tôi vẫn muốn tiếp tục nộp đơn xin.

Tôi hiểu rằng tôi không hội đủ điều kiện nhận hưởng trợ cấp GR và tôi muốn hủy bỏ yêu cầu được hưởng GR của tôi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn Xin	Ngày	Chữ Ký của Cán Sự Thẩm Định	Ngày
------------------------------	------	-----------------------------	------

**Phần F - Cam Kết và Ký Tên**

Tất cả mọi người đã thành niên (18 tuổi trở lên) và còn vị thành niên (nộp đơn một mình) nộp đơn xin được nhận hưởng trợ cấp GR đều phải đọc phần cam kết và ký tên ở dưới đây.

**Phần Cam Kết:** Tôi xin cam kết, nếu khai man sẽ bị trừng trị trước pháp luật, rằng mọi thông tin do tôi cung cấp trong đơn xin của tôi đều đúng sự thật và chính xác nhất theo như chỗ tôi biết.

Chữ Ký của Người Thành Niên Số 1	Ngày	Chữ Ký của Người Thành Niên Số 2	Ngày	Chữ Ký của Người Thành Niên Số 3	Ngày
----------------------------------	------	----------------------------------	------	----------------------------------	------

**Nếu người nào đó ký tên bằng cách đánh dấu, thì phải có hai nhân chứng ký tên, ghi ngày tháng và địa chỉ của họ ở phần dưới đây:**

Chữ Ký của Nhân Chứng	Ngày	Chữ Ký của Nhân Chứng	Ngày
Địa Chỉ	Địa Chỉ		

<b>CERTIFICATION OF ELIGIBILITY</b>	
<b>KEY ELIGIBILITY ITEMS</b>	<b>SHOW RESPONSE BELOW</b>
<b>IDENTIFICATION:</b> (ABP 898-1, Question 3) Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>UNDER 18:</b> (ABP 898-1, Question 5) Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>RESIDENCE:</b> (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.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>CITIZENSHIP:</b> Is the client a United States citizen? If no: <input type="checkbox"/> acceptable alien verification is on file, or <input type="checkbox"/> a PA 696 is on file.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>PERSONAL PROPERTY:</b> (ABP 898-1, Question 14) Does the client meet all personal property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Cash <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Checking savings, credit union, other <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit. <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 \$4500 or less. For couple cases, only one vehicle is allowed. <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. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>REAL PROPERTY:</b> ( ABP 898-1, Question 15) Does the client meet all real property limits, as shown below: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>ASSETS GIVEN AWAY:</b> (ABP 898-1, Question 16) Does the client declare that no property was given away in the last two years?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>INCOME:</b> Is the client's total non-exempt income below the GR level?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>EMPLOYMENT:</b> (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).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST:</b> (ABP 898-1, Question 9) Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level? _____ 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.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>FLEEING FELONS:</b> (ABP 898-1, Questions 19-21) The client has been convicted, including a plea of guilty or nolo contendere, of a drug-related felony after 12/31/97 and is an unaided member of a family unit receiving CalWORKs, or is fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. <b>IF YES, DENY AID.</b>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION:</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI):</b> The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE ABUSE</b> Did client complete pre-screening? If positive or in treatment was client referred for assessment?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>DETERMINATION:</b> <input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____</span> _____ Eligibility Worker's Signature <span style="margin-left: 150px;">Date</span> <span style="margin-left: 150px;">Eligibility Supervisor's Signature</span> <span style="margin-left: 150px;">Date</span>	