

درخواست نامه برای وجوه نقد مکمل یا تکراری

هشدار

اعلان به مشتریان امداد عمومی

قابل اجراء از تاریخ 1، مه 1994، اگر تائید شده است که شما درخواست تکراری برای امداد عمومی (GR) در کانتی لس آنجلس و یا هر شهرستان دیگر و یا کانتی با هدف به دریافت کمک های تکراری واصل کرده اید، شما به شرح زیر جریمه خواهید شد:

- قانون شکنی اول - شما فاقد شرایط لازم برای یک دوره شش - ماهه خواهید بود.
- قانون شکنی دوم - شما فاقد شرایط لازم برای یک دوره 12- ماهه خواهید بود.
- قانون شکنی سوم - شما فاقد شرایط لازم برای همیشه خواهید بود.

برنامه های درخواست کمک های تکراری را می توان در بسیاری از زمینه ها شناسایی کرد. یکی از راه ها روند انگشت نگاری خودکار که به تشخیص موارد کمک های تکراری است. اگر کامپیوتر انگشت نگاری و یا هر یک از روش های دیگر همنا نشان می دهد شما، ممکن است در معرض مجازات های ذکر شده در بالا باشید.

حقوق شما

شما حق به اختلاف انکار با یک رابط شکایت انکار را دارید. شما حق بررسی عدم رعایت و استیناف قبل از اینکه کمک نقدی GR شما فسخ و تحریم ها در مورد شما اعمال شود را دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق و مسنولیت های خود، از کارگران خدمات مشتریان و یا کارکنان واجد شرایط خود برای یک برگه اطلاعات امداد عمومی سوال کنید (ABP 392).

تاریخ

امضای متقاضی

تاریخ

امضای کارگران واجد شرایط

درخواست نامه برای امداد عمومی

<p><input type="checkbox"/> قادر به خواندن و/یا نوشتن نیست</p> <p><input type="checkbox"/> نیاز های کمک ویژه</p>	<p>تاریخ درخواست نامه</p>	<p>شماره پرونده</p>	<p>نام اول</p>	<p>نام فامیل پرونده</p>
<p>تاریخ تولد</p>		<p>شماره تلفن / پیغام</p>	<p>شماره سوشال سکوریته</p>	
<p>پرونده GR خود را به کدام بخش GR می خواهید که فرستاده شود؟</p>			<p>COUNTY USE ONLY</p>	
<p>لطفاً به تمام سوالات زیر برای خود و تمام اعضای خانواده که با شما درخواست می کنند پاسخ دهید. برای هر سوال، کادر بله یا خیر را چک کنید. برای بعضی از پرسشها، شما باید اطلاعات را در آن بنویسید.</p>				
<p>1. من یک نیاز اضطراری برای پول نقد دارم [] بله [] خیر</p> <p>اگر بله، به نوع نیاز زیر علامت بگذارید:</p> <p>[] بیخانمان [] بدون خوراک [] اخراج [] قطع آب و برق</p>			<p>[] This is an immediate need case.</p>	
<p>2. قبل از اینکه درخواست کنم، من از خودم حمایت می کردم (توضیح):</p>				
<p>3. من کارت شناسایی دارم [] بله [] خیر</p> <p>اگر بله، نوعی که دارم این است:</p> <p>[] گواهی تولد [] گذرنامه</p> <p>[] گواهی نامه رانندگی [] کارت شناسایی عکس دار</p> <p>[] فرم ثبت نام بیگانه [] سایر: _____</p> <p>اعضای دیگر خانواده که که کارت شناسایی ندارند را فهرست بندی کنید:</p> <p>_____</p>			<p>[] Identification copied.</p> <p>[] Needs PA 230.</p>	
<p>4. من یک کارت سوشال سکوریته دارم ----- [] بله [] خیر</p>			<p>[] Copy/copies on file.</p> <p>[] MC 194.</p>	
<p>5. من زیر 18 سال هستم ----- [] بله [] خیر</p> <p>اگر بله، نام، آدرس و شماره تلفن پدر و مادر خود را بدهید:</p> <p>_____</p>			<p>[] PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/AFDC linkage.</p>	
<p>6. من در سال گذشته به لس آنجلس نقل مکان کردم و می خواهم به محل اقامت سابق خود برگردم ----- [] بله [] خیر</p> <p>اگر بله، نام کشور یا ایالت شما: _____</p>			<p>[] Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.</p>	
<p>7. من در لس آنجلس زندگی می کنم و قصد دارم اینجا بمانم ----- [] بله [] خیر</p> <p>لطفاً تاریخ شروع به زندگی شما در کانتی لس آنجلس را بدهید: _____</p>				

8. من بی خانمان هستم ----- [] بله [] خیر

اگر نه:

A. یکی از این کادر ها را جک کنید:

[] من مسکن رایگان دارم [] مالک/خانه ام را می خرم [] کرایه می کنم

B. نوع مسکنی که من دارم است:

[] اطاق [] آپارتمان [] هتل/مotel [] خانه [] پشت بند [] هیئت مدیره و راقبت

[] هیلات خوابگاه [] اطاق و هیئت مدیره [] تسهیلات مأموریت [] ماشین/ون [] سایر

9. من تنها زندگی می کنم----- [] بله [] خیر

اگر نه:

A. اگر شما با همسر یا شریک زندگی ثبت شده داخلی خود زندگی می کنید، لطفا مشخص کنید:

ارتباط

نام

B. همسر یا شریک زندگی داخلی من او است و او GR دریافت و یا درخواست آن را می کند- [] بله [] خیر

C. همسر یا شریک داخلی کمک های عمومی دریافت میکند----- [] بله [] خیر

اگر بله، لطفا توضیح دهید چه نوع از کمک های عمومی:

Household size is determined to be:_____.

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

10. آدرس من / ما است:

آدرس زیست # آپارتمان شهر کد پستی

آدرس پستی # آپارتمان شهر کد پستی

آدرس الکترونیکی

A. پرداختی کل اجاره و یا خانه است----- \$ _____

B. بخشی از این مبلغ اجاره / خانه که شما پرداخت میکنید است ----- \$ _____

C. کل هزینه آب و برق برای خانه خود است ----- \$ _____

D. بخشی از آب و برق پرداخت شده توسط شما است----- \$ _____

E. آیا کسی دیگر هزینه برای بخشی از آب و برق و یا اجاره / خانه را پرداخت می کند؟ [] بله [] خیر

اگر بله، لطفا توضیح دهید که آنها پرداخت می کند و چه مقدار از آن را.

<p>11. در ارتش خدمت کردم [] بله [] خیر اگر بله، اطلاعات زیر را بدهید:</p> <p>شعبه از خدمات: _____ شماره و تران: _____ تاریخ خدمت: _____</p>	<p>[] Veteran, CA 5 on file. [] No VA income. [] VA income: _____.</p>
<p>12. یک تصادف داشتیم یا صدمه شخصی در سالهای گذشته داشتیم ----- [] بله [] خیر</p>	<p>If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. [] PA 971 and ABCDM 228 initiated.</p>
<p>13. من زیر 21 سالم و علاقه مند به یک معاینه فیزیکی رایگان از طرف برنامه بهداشت برای پیشگیری از ناتوانی کودک هستم----- [] بله [] خیر</p>	<p>[] CHDP referral made. [] CHDP referral refused.</p>
<p>14. من یک تریلر، خانه قابل نقل مکان، قایق خانه یا خانه قایق دارم----- [] بله [] خیر اگر بله، چه نوع: _____ و ارزش: \$ _____</p>	
<p>15. من مالک زمین، خانه، آپارتمان و ساختمانهای دیگر دارم ----- [] بله [] خیر A. اگر بله، ارزش ارزیابی شده را بدهید: \$ _____ B. مایلیم و اجازه می دهیم که کانتی لس آنجلس حق تصرف ملک مرا داشته باشد [] بله [] خیر</p>	
<p>16. من در طول دو سال گذشته پول دادم، فروختم، ملک را، زمین، یا ساختمان، را به کسی دادم [] بله [] خیر اگر بله، چه نوعی: _____ و ارزش: \$ _____</p>	
<p>17. من قادر به کار کردن هستم----- [] بله [] خیر اگر نه دلیل برای کار نکردن است:</p>	<p>[] Employment Specialist referral made.</p>
<p>18. من در 5 سال گذشته کار کردم----- [] بله [] خیر اگر بله، اطلاعات پائین را بدهید، با شروع آخرین کار شما: A. نام کار فرما: _____ دلیل ترک: _____ آدرس: _____ تلفن: _____ مهارت های شغلی ویژه و یا آموزش: _____ تاریخ شروع: _____ تاریخ ترک: _____ حقوق ماهانه: \$ _____ B. نام کار فرما: _____ تاریخ ترک: _____ آدرس: _____ تلفن: _____ مهارت های شغلی ویژه و یا آموزش: _____ تاریخ شروع: _____ تاریخ ترک: _____ حقوق ماهانه: \$ _____ تاریخ شروع: _____ تاریخ ترک: _____ حقوق ماهانه: \$ _____ من شغل های بسیاری برای فهرست دارم----- [] بله [] خیر</p>	
<p>19. آیا شما در حال فرار برای جلوگیری از تعقیب یا بازداشت / محکومیت از جرم هستید؟ [] بله [] خیر</p>	
<p>20. آیا شما در تخلفات نقض شرایط تعلیق مجازات / آزادی ه [] بله [] خیر</p>	
<p>21. آیا شما یک وضعیت پزشکی دارید که نیاز به یک رژیم غذایی خاص دارد (مثال دیابت)؟ [] بله [] خیر اگر بله، شرایط را توصیف کنید. _____</p>	<p>[] Needs PA 596</p>

اطلاعات مهم

بخش A - الزامات قادر به استخدام

من درک می کنم اگر من در حال حاضر قادر به انجام کار هستم، یا اگر من قادر به کار کردن در آینده خواهم شد:

1. من باید در فرصت های امداد رسانی عمومی اجباری برای کار در برنامه (GROW)، که طراحی شده برای کمک به من برای پیدا کردن کار شرکت کنم و واجد شرایط برای دریافت امداد عمومی (GR) به مدت شش ماه به علاوه سه ماه دیگر در هر دوره 12 ماهه هستم اگر من همچنان به شرکت در GROW ادامه دهم. من حمل و نقل را دریافت خواهم کرد در حالی که من در GROW شرکت می کنم.
2. من درک می کنم که نمی توانم کار را ترک کنم و یا از کار اخراج شوم.
3. من باید برای کار در وزارت توسعه اشتغال (EDD) ثبت نام کنم.
4. من درک می کنم من نمی توانم اطلاعات نادرست در فرم ABP 85-1 "جست و جوی شغل" را بدهم.
5. من باید تعداد جستجوی شغل در فرم ABP 85-1 "جستجوی شغل" ن را که شان داده شده است انجام دهم و آن را در موعد مقرر برگردانم. من می دانم که DPSS تماس با کار های ذکر شده در فرم را بررسی می کند تا مطمئن شود که من برای کار در آن مکان ها پرسیده ام.
6. من باید خدمات اشتغال ارائه شده توسط پروژه DPSS - تایید شرایط و شرکت در مصاحبه برنامه ریزی شده، قرار ملاقات ها، کلاس های آماده سازی شغلی و فعالیت های دیگر را تقبل کنم.
7. من باید معارفه ها، شرکت در مصاحبه و گرفتن هر گونه پیشنهاد برای یک کار یا برنامه های آموزشی را تقبل کنم.
8. اگر من فعالیت های کار GR و GROW را انجام ندهم، من می دانم که من می توانم تحریم شوم و کمک نقدی خود را از دست بدهم.
9. من اعلانی را دریافت خواهم کرد که توضیح می دهد قوانین و حقوق مرا اگر DPSS تصمیم گیرد به فسخ GR کمک نقدی من و برای تحریم من.

شما ممکن است تحریم شوید اگر شما هیچ کدام از شرایط ذکر شده در بالا را برآورده نکنید. معنای تحریم آن است که شما کمک نقدی GR خود را از دست می دهید و شما باید برای دریافت آن صبر کنید. مدت انتظار می تواند 0 روز، 30 روز و یا 60 روز باشد. اگر شما تحریم شده اید، دوره مدت دوره تحریم خود را، در یک اطلاع دیگری با خیر خواهیم ساخت. GR شما قطع نخواهد شد اگر:

1. شما بر کمک نقدی GR به مدت سه ماه در سال گذشته نبوده اید؛ یا
2. شما اشتباه می کنید (غفلت می باشد)؛ یا
3. شما دلیل خوبی برای شرکت نکردن در الزامات قادر به استخدام در فهرست بالا را دارید.

بخش B - الزامات سوء مصرف از مواد (SUD)

به منظور واجد شرایط بودن برای GR، شما باید قبلاً از عامل بالقوه سوء مصرف مواد / الکل، چک شوید و اگر معین شد که شما مشکل دارید، شما باید در یک برنامه سوء مصرف مواد اجباری تصویب شده کانتی و برنامه بهبود (MSUDRP) شرکت کنید. کمک نقدی GR شما ممکن است تکذیب و یا متوقف شود اگر شما الزامات بازبازی یا بهبودی برنامه SUD را برآورده نکنید. اگر شما در حال حاضر کمک نقدی GR را دریافت می کنید و الزامات بازبازی یا بهبودی برنامه SUD را برآورده نمی کنید، GR شما ممکن است در هر زمان متوقف و تحریم شود.

توجه: هر گونه عدم رعایت عمدی و یا غفلت اجابت نکردن (های شما بدون علت خوب ممکن است باعث شود GR خود را متوقف کرده و شما ممکن است واجد

شرایط برای 0، 30، یا 60 روز نباشید.

همه قوانین ذکر شده در بالا را خوانده ام (یا برای من خوانده اند). من درک می کنم که اگر هر یک از این قوانین بدون هیچ دلیل مناسبی پیروی نکنم، کمک من متوقف خواهد شد. اگر همسر من، فرزندان صغیر و افراد 18 سال حضور در برنامه های دبیرستان / آموزش در پرونده من کمک دریافت می کنند، کمک های آنها نیز متوقف می شود. GR کمک نقدی من تحریم نمی شود اگر شرایط عوض شود (مانند، بیمار شدن من) و یا اگر من یک علت خوبی دارم. من می دانم که اگر سوالی در این مورد دارم می توانم با مرکز خدمات مشتریان تماس بگیرم.

بخش C - موافقت نامه عمومی

من درک می کنم و به شرایط زیر نظر موافق دارم:

1. بر روی هر ملکی که دارم یا اگر در آینده بدست خواهم آورد حق رهن اعمال خواهد شد، مانند یک خانه یا زمین، امضای حق رهن اجازه خواهد داد که کانتی هر GR ی را که به من پرداخت کرده است از فروش ملک کسر خواهد کرد.
2. قانون ایالتی الزام به آن است که کانتی به سازمان های اجرای قانون برخی از اطلاعات مربوط به افرادی که فوت کرده اند و یا برای آنها حکم بازداشت جنایت صادر شده است بدهد. این اطلاعات شامل: نام، آدرس، تاریخ تولد، شماره سوشال سکوریتی، و شرح فیزیکی می باشد.
3. همه افراد دریافت کننده GR باید شماره سوشال سکوریتی (SSN) خود را بدهند و انگشت نگاری شوند واجد شرایط اثر انگشت و هر گونه اطلاعات دیگر ارائه شده نیز ممکن است برای همتا های کامپیوتری، بررسی و ممیزی استفاده شود.

4. من باید تمام پول هایی که از طرف کانتی به عنوان بخشی از برنامه GR برای من صرف شده برگردانم. اگر قبل از باز پرداخت کمک بگیرم، کانتی لس آنجلس می تواند یک ادعا علیه املاک من فایل کند. من بدین وسیله از محدودیت های هر قانون برای ارائه هر گونه ادعا برای باز پرداخت گفته شده کمک، مراقبت و نگهداری و / کمک های پزشکی صرف نظر می کنم.
5. اگر من یک مبلغ پرداختی درشت یکجا دریافت کنم ، از جمله، اما نه محدود به، حل و فصل دعوی در دادگاه، واجد شرایط بودن برای برنامه های دیگر (از جمله درآمد اضافی تأمین، مزایای جانبازان و بیمه از کار افتادگی)، برنده لوتو، قمار، شهرک بیمه، و ارث، من باید به کانتی لس آنجلس برای کمک های پرداخت شده باز پرداخت کنم. اگر من به کانتی لس آنجلس، باز پرداخت نکنم، من فاقد شرایط لازم GR خواهم شد برای تعداد ماه هایی که مبلغ درشت نیازهای جدول بودجه اساسی مرا برآورده خواهد کرد.
6. من باید باید با مددکار خود تماس بگیرم و یا بنویسم زمانی که هرگونه تغییر در آدرس، هزینه مسکن، درآمد، اموال، و یا تعداد افراد در منزل زندگی من در ظرف مدت پنج روز تقویمی از تغییر وجود دارد.
7. اگر من اطلاعات نا درست بدهم و یا من تغییر را به مددکار خود که بر مورد یا مقدار کمک من تاثیر خواهد گذاشت گزارش نکنم، من ممکن است مجرم شناخته شده و محاکمه شوم و مجبور به پرداخت جریمه شوم یا به زندان بروم.
8. من در لس آنجلس زندگی می کنم و قصد دارم در اینجا بمانم.
9. من درک می کنم که به عنوان یکی از شرایط دریافت GR ، من باید قبلاً از عامل بالقوه سوء مصرف مواد / الکل، چک شوم و اگر معین شد که مشکل دارم ، من باید در یک برنامه سوء مصرف مواد اجباری تصویب شده کانتی برای ادامه دریافت GR شرکت کنم.

بخش D – درخواست برای درآمد امنیت تکمیلی (SSI)

من درک می کنم که اقلام زیر اعمال می شود اگر DPSS مصمم شود که ممکن است واجد شرایط برای SSI باشم :

1. اگر توسط DPSS درخواست شود، من برای SSI در اداره تأمین اجتماعی محلی یا دفتر تعیین شده درخواست خواهم کرد.
2. آن زمان که DPSS تعیین می کند که ممکن است من واجد شرایط برای SSI باشم، و یا هر زمان پس از آن، نام من، آدرس، SSN و اطلاعات پرونده دائمی به یک مدافع SSI داده خواهد شد که کمک های فنی در گرفتن من برای تصویب SSI ارائه شده است. من با مدافع SSI همکاری خواهم کرد.
3. من (در عرض پنج روز) به DPSS خواهم گفت زمانی که مزایای من از اداره تأمین اجتماعی تصویب یا برنامه SSI من را انکار می کنند.
4. من هر انکاری را با پر کردن یک "درخواست تجدید نظر" (ظرف مدت 60روز از تاریخ در نامه انکار) را در دفتر تأمین اجتماعی فایل می کنم.
5. من اثبات را برای DPSS (در صورت درخواست) ارائه خواهم داد که من برای "درخواست تجدید نظر." تقاضا کرده ام.
6. من به یک "درخواست برای استماع" (تجدید نظر) فایل خواهم کرد اگر همچنین دوباره تجدید نظر من را نیز رد کرده اند.
7. من اثبات را برای DPSS (در صورت درخواست) ارائه خواهم داد که من برای "درخواست برای استماع." فایل کرده ام.
8. اگر من برای SSI درخواست کنم ، و برنامه SSI من رد شده است و من درخواست تجدید نظر محرومیت بکنم، کانتی ممکن است نام من، آدرس، شماره تلفن و SSN به یک پیمانکار خصوصی بدهد، که ممکن است او نماینده من در جلسه درخواست تجدید نظر من باشد.
9. برای کمک حقوقی با استماع SSI من، من به یک پیمانکار ارائه شده توسط DPSS (بدون هیچ هزینه به من)، تقبل می کنم. من نماینده خودم را (که من مسئول هزینه آن هستم) انتخاب می کنم، و یا خودم نماینده خود می شوم.
10. من تمام نامه ها و اعلامیه ها نی که از اداره تأمین اجتماعی SSA دریافت می کنم نگهداری خواهم کرد و زمانی که آنها را درخواست کردند به DPSS ارائه خواهم داد.
11. به تمام نامه های DPSS و SSA و نماینده من برای ارائه اطلاعات در مورد برنامه SSI من و یا درخواست تجدید نظر اگر بپرسند پاسخ خواهم داد.
12. به طور کامل با DPSS ، SSA و نماینده من در تمام امور مربوط به برنامه SSI من و یا درخواست تجدید نظر همکاری خواهم کرد..
13. درک می کنم که عدم تطابق با این شرایط می تواند GR من تکلیف شود / قطع شود. اگر من نیاز به اطلاعات بیشتری دارم، با مرکز خدمات مشتری تماس خواهم گرفت.

بخش E - مجوز برای بازپرداخت کمک موقت به ادعای اولیه و یا مورد واجد شرایط بودن دوره بعد.

AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE

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

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

بخش F - لغو از برنامه امداد عمومی

من درک می کنم که حتی اگر کسی که با من مصاحبه می کند به من بگوید که من واجد شرایط برای GR نیستم، من هنوز هم حق تکمیل کردن یک درخواست نامه را دارم و این حق ممکن است از من گرفته نشود.

من درک می کنم که اگر با هر گونه اقدامی که در مورد درخواست من برای GR گرفته شده قبول نکنم، من می توانم از کسی که به من این فرمها را کمک می کند یک توضیح کامل از روش های شکایت را دریافت کنم.

من درک می کنم که باید یک اخطار کتبی از انکار به من داده شود.

من درک می کنم که اگر من با هر گونه اقدام در مورد درخواست من برای GR موافق نباشم، من حق درخواست تجدید نظر اقدام و درخواست توضیح از تصمیم و یا یک بررسی از برنامه من توسط رابط شکایت انکار را دارم.

[] من درک می کنم که من واجد شرایط برای GR نیستم، اما من می خواهم به درخواست نامه ادامه دهم.

[] من درک می کنم من واجد شرایط برای GR نیستم و من می خواهم درخواست خود را برای GR لغو کنم.

امضای درخواست کننده	تاریخ	امضای مددکار واجد شرایط	تاریخ
---------------------	-------	-------------------------	-------

بخش G - بیانیه و امضا

همه بزرگسالان (سن 18 و بالاتر) و افراد زیر سن قانونی (که تنهایی درخواست) GR می کنند باید بیانیه را خوانده و در زیر امضاء کنند:

اعلامیه: من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که تمام اطلاعات من در مورد درخواست نامه داده شده درست است و به بهترین دانش من صحیح می باشد.

امضای فرد بالغ # 1	تاریخ	امضای فرد بالغ # 2	تاریخ	امضای فرد بالغ # 3	تاریخ
--------------------	-------	--------------------	-------	--------------------	-------

اگر هر کسی با یک علامت امضا کرده، دو شاهد باید امضاء کنند و تاریخ و آدرس آنها را در زیر وارد کنند:

امضای شاهد	تاریخ	امضای شاهد	تاریخ
آدرس	آدرس		

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?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
UNDER 18: (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
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.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
CITIZENSHIP: 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
PERSONAL PROPERTY: (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
REAL PROPERTY: (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
ASSETS GIVEN AWAY: (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
INCOME: Is the client's total non-exempt income below the GR level?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST: (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
FLEEING FELONS: (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. IF YES, DENY AID.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION: The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI): The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE ABUSE 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
DETERMINATION: <input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____ _____ Date _____ Date Eligibility Worker's Signature Eligibility Supervisor's Signature	