

일반 구호(GR)에 대한 신청서

경고

일반 구호(GR) 신청인(들)에 대한 통지

1994년 5월 1일자로 시행하여, 만일 당신이 로스앤젤레스 카운티 또는 기타 다른 시 또는 카운티에서 이중 보조를 받을 의도로 일반 구호(GR) 신청서를 접수했다는 결정이 내려지면, 다음과 같은 처벌을 받게 될 것입니다:

- 첫 번째 위반 - 당신은 6개월 기간 동안 자격이 되지 않을 것입니다.
- 두 번째 위반 - 당신은 12개월 기간 동안 자격이 되지 않을 것입니다.
- 세 번째 위반 - 당신은 영구적으로 자격이 되지 않을 것입니다.

중복된 보조 신청서는 여러 방법으로 검출될 수 있습니다. 한 가지 방법은 중복된 보조 케이스를 검출하는 자동 지문 인식 과정입니다. 만일 지문 채취 시스템 또는 어떤 다른 방법으로든 일치점을 보이면, 당신은 위에 언급한 처벌 대상이 될 수 있습니다.

당신의 권리

당신은 부결 관련 불만 연락 담당관과 부결 문제에 대해 논의할 권리가 있습니다. 당신은 GR 현금 보조가 종료되고 당신의 케이스에 벌칙이 부과되기 전에 비준수 검토 및 청문회에 대한 권리가 있습니다. 당신의 권리와 의무에 대해 더 상세한 정보를 원하시면, 일반 구호(GR) 정보 안내서 (ABP 392)를 고객 서비스 워커 또는 자격심사 담당워커(EW)에게 요청하십시오.

신청인의 서명

날짜

자격심사 담당워커(EW)의 서명

날짜

일반 구호(GR) 신청서

케이스 이름의 성(Last Name)	이름(First Name)	만일 이전에 GR 케이스가 있었다면, 그 케이스 번호를 제공하십시오.	신청일	당신에게 해당되는 네모 칸에 체크하십시오. <input type="checkbox"/> 읽기 및/또는 쓰기에 도움이 필요합니다. <input type="checkbox"/> 장애로 인해 일반 구호 (GR)를 신청하는데 도움이 필요합니다.
----------------------	----------------	--	-----	--

소셜시큐리티 번호	전화/메시지 번호	생년월일
-----------	-----------	------

본인의 주소는:

거주지 주소	아파트#	시	우편 번호
우편 주소	아파트#	시	우편 번호
이메일 주소			

당신의 GR 케이스를 어느 GR 사무소로 보내주길 원합니까?

당신 및 당신과 함께 신청하는 모든 가족 구성원에 대하여 아래의 모든 문항에 답하십시오. 각 문항에 대해서, 예 또는 아니오 칸에 체크를 하십시오. 어떤 문항은, 정보를 적어야 할 것입니다.

1. 본인은 현금에 대한 긴급 보조가 필요합니다..... 예 아니오

예라고 했으면, 아래 사항 중 필요한 종류를 체크하십시오:

노숙자 음식이 없음 퇴거 유틸리티(전기, 수도)가 끊어짐

2. 신청하기 전에, 본인은 다음과 같이 스스로 생계를 꾸려왔습니다 (설명):

3. 본인은 신분증이 있습니다..... 예 아니오

예일 경우, 본인이 가지고 있는 종류는:

출생증명서 여권

운전면허증 사진이 부착된 신분증

영주권 양식 기타: _____

신분증을 가지고 있지 않은 추가 가족 구성원을 기재하십시오:

4. 본인은 소셜시큐리티 카드를 가지고 있습니다..... 예 아니오

5. 본인은 18세 미만입니다..... [] 예 [] 아니오

예일 경우, 부모의 이름, 주소 및 전화 번호를 제공하십시오:

6. 본인은 작년에 로스앤젤레스로 이사했으며 본인의 이전 거주지로 돌아가길 원합니다.....

[] 예 [] 아니오

예일 경우, 당신의 카운티 또는 주 명칭을 제공하십시오: _____

7. 본인은 로스앤젤레스 카운티에 살고 있으며 여기서 머물 예정입니다.....[] 예 [] 아니오

로스앤젤레스 카운티에 살기 시작한 날짜를 제공하십시오: _____

8. 본인은 노숙자입니다..... [] 예 [] 아니오

아닐 경우:

A. 이 괄호 중 하나에 체크하십시오:

[] 무상 주택이 있음 [] 본인의 주택을 소유/구매 예정 [] 임대

B. 본인에게 있는 집의 종류는:

[] 방 [] 아파트 [] 호텔/모텔 [] 주택 [] 트레일러 [] 주거식 요양시설

[] 기숙사 시설 [] 하숙 [] 선교 시설 [] 자동차/밴 [] 기타

9. 본인은 혼자 살고 있습니다..... [] 예 [] 아니오

아닐 경우:

A. 만일 당신의 배우자나 등록 동거인(domestic partner)과 함께 살고 있으면, 상세히 설명하십시오:

이름

관계

B. 본인의 배우자나 등록 동거인이 GR을 받고 있거나 신청하는 사람입니다. [] 예 [] 아니오

C. 본인의 배우자나 등록 동거인이 정부 보조를 받고 있습니다..... [] 예 [] 아니오

예일 경우, 어떤 종류의 정부 보조인지 설명하십시오:

10. 본인은/저희는 임대료를 지불합니다: [] 예 [] 아니오

A. 총 임대료 또는 주택 지불금은 \$ _____

B. 그 중 일부 당신이 지불하는 임대료/주택 지불금은 \$ _____

C. 당신의 집에 대한 총 유틸리티 비용은 \$ _____

D. 그 중 일부 당신이 지불하는 유틸리티는 \$ _____

E. 그밖의 누가 유틸리티나 임대료/주택 지불금 일부를 지불해 주니까? [] 예 [] 아니오

예일 경우, 누가 지불하며, 얼마를 지불하는지 설명하십시오.

11. 본인은 재향군인입니다..... [] 예 [] 아니오
예일 경우 다음과 같은 정보를 제공하십시오.

복무 병과:

재향군인 번호:

복무 날짜:

12. 본인은 지난 해에 사고를 당했거나 개인적 상해를 입었습니다..... [] 예 [] 아니오

13. 본인은 연령 21세 미만이고 아동 건강 및 장애 예방 프로그램을 통해 무료 건강 진단을 받는데 관심이 있습니다..... [] 예 [] 아니오

14. 본인은 주거용 트레일러, 모빌홈, 주거용 보트 또는 보트 하우스를 가지고 있습니다. [] 예 [] 아니오

예일 경우, 그 종류를 말씀하십시오: _____ 그리고 가치는: \$ _____

15. 본인은 토지, 주택, 아파트 또는 기타 빌딩을 소유하고 있습니다..... [] 예 [] 아니오
예일 경우,

A. 평가 가치를 제공하십시오: \$ _____

B. 로스앤젤레스 카운티가 본인의 재산에 선취 특권을 갖도록 하겠습니까. [] 예 [] 아니오

16. 본인은 지난 2년 동안 돈을 기부했으며 재산, 토지, 또는 건물을 매각, 기부했습니다..... [] 예 [] 아니오

예일 경우, 무엇을 기부했습니까: _____ 그리고 가치는: \$ _____

17. 본인은 일을 할 수 있습니다..... [] 예 [] 아니오

아닐 경우, 본인이 일을 할 수 없는 이유는:

18. 본인은 지난 5년 동안 일을 했습니다..... [] 예 [] 아니오
예일 경우, 당신의 최근 직장부터 시작하여, 다음 정보를 제공하십시오.

A. 고용주 이름: _____ 직장을 떠난 이유: _____

주소: _____ 전화: _____

사용한 특수 직업 기술 또는 훈련: _____

시작한 날짜: _____ 떠난 날짜: _____ 매달 월급: \$ _____

B. 고용주 이름: _____ 직장을 떠난 이유: _____

주소: _____ 전화: _____

사용한 특수 직업 기술 또는 훈련: _____

시작한 날짜: _____ 떠난 날짜: _____ 매달 월급: \$ _____

시작한 날짜: _____ 떠난 날짜: _____ 매달 월급: \$ _____

본인은 기재할 직장이 더 있습니다..... [] 예 [] 아니오

19. 당신은 중범죄로 기소 또는 구금/유죄 판결을 피해 도주 중입니까? [] 예 [] 아니오

20. 당신은 가석방/집행유예를 위반하고 있습니까? [] 예 [] 아니오

21. 당신은 특수 식이요법을 필요로 하는 의료상황에 처해 있습니까? (예:당뇨병) ... [] 예 [] 아니오

예일 경우, 건강 상태를 적으십시오: _____

중요 정보

조항 A - 고용 적합성 요구 조건

본인이 현재 일을 할 수 있거나 장래에 일을 할 수 있게 될 경우, 다음 사항이 적용됨을 이해합니다:

1. 본인은 구직을 돕기 위해 고안된 일반 구호 직장 기회 (GROW) 프로그램에 의무적으로 참석해야 합니다. 만일 본인이 계속해서 GROW 에 참석할 경우, 매 12 개월 기간 중 6 개월에 추가로 3 개월을 더해서 일반 구호(GR)를 받을 자격이 됩니다. 본인이 GROW 에 참가하는 동안 교통비를 받을 것입니다.
2. 본인은 직장을 그만두거나 직장에서 해고 당하지 않아야 한다는 것을 압니다.
3. 본인은 거주 고용국(EDD)에 직장 등록을 해야 합니다.
4. 본인은 ABP 85-1 "직장 물색"에 허위 정보를 제공할 수 없음을 압니다.
5. 본인은 ABP 85-1 "직장 물색" 양식에 제시한 횟수에 따른 직장 물색을 해야 하며, 이 양식을 마감일까지 보내 주셔야 합니다. 본인은 DPSS 에서 본인이 그곳에서 일하길 요청했는지 확인하기 위해 양식에 있는 직장 연락처에 확인할 것이라는 것을 압니다.
6. 본인은 DPSS-승인 프로젝트에서 제공한 고용 서비스를 수락해야 하며 모든 인터뷰 일정, 약속, 직장 준비반, 기타 활동에 참석해야 합니다.
7. 본인은 추천 받은 것을 수락하고, 인터뷰에 참석해야 하며, 어떤 직장이나 훈련 프로그램 제의도 받아 들여야 합니다.
8. 만일 본인이 GR 및 GROW 직장 활동을 하지 않으면, 벌칙을 받게 되거나 현금 보조를 잃을 수 있다는 것을 압니다.
9. DPSS 에서 본인의 GR 현금 보조를 종료시키고 본인에게 벌칙을 가하는 것으로 결정되면, 규정 및 본인의 권리에 대해 설명하는 통지서를 받을 것입니다.

위에 기재된 요구조건 중 어떤 것이든 충족시키지 못하면 당신은 벌칙을 받을 수도 있습니다. 벌칙이란 당신이 GR 현금 보조를 잃게 되고 이를 다시 받으려면 기다려야 함을 의미합니다. 대기 기간은 0일, 30일, 또는 60일이 될 수 있습니다. 만일 당신이 벌칙을 받게 되면, 저희는 당신의 벌칙 대기 기간이 얼마나 되는지 별도의 통지서로 알려 드릴 것입니다. 다음에 해당되는 경우, 당신의 GR은 중지되지 않을 것입니다:

1. 당신은 지난 해 3 개월 동안 GR 현금 보조를 받지 않았거나;
2. 당신이 실수(부주의) 했거나;
3. 당신은 위에 기재된 고용 적합성 요구 조건을 충족시키지 않은데 대한 타당한 이유가 있습니다.

조항 B - 약물 남용 장애(SUD) 요구조건

GR에 대한 자격이 되려면, 당신은 잠재적 마약/알코올 남용에 대한 사전 심사를 거쳐야 하며, 문제가 있는 것으로 판정되면, 당신은 카운티 승인의 의무적인 약물 남용 및 회복 프로그램(MSARP)에 참석해야 합니다. 만일 당신이 SUD 회복 프로그램 요구 조건을 충족시키지 못하면 당신의 GR 현금 보조가 부결될 수도 있습니다. 만일 당신이 이미 GR 현금 보조를 받고 있으며 SUD 회복 프로그램 요구 조건을 충족시키지 못하면, 당신의 GR은 언제든지 중지될 수도 있고 벌칙을 받을 수도 있습니다.

주의: 타당한 사유없이 당신이 **의도적으로** 또는 **부주의로** 어떤 것이든 준수하지 않으면, 이로 인해 당신의 GR이 중지될 수 있으며, 당신은 0일, 30일, 또는 60일 기간 동안 자격이 되지 않을 수 있습니다.

본인은 위에 기재된 모든 규정을 읽었습니다(또는 누군가 저에게 읽어 주었습니다.) 본인이 타당한 이유없이 이러한 각 규정을 따르지 않으면, 본인의 GR 현금 보조가 중지된다는 것을 이해합니다. 만일 본인의 배우자, 미성년 자녀 및 고등학교/훈련 프로그램에 참석하고 있는 18세 자녀가 본인의 케이스에서 보조를 받는다면, 그들의 보조 또한 중지될 것입니다. 본인의 상황에 변화가 생기거나(예를 들어, 병에 걸림) 타당한 사유가 있으면, 본인의 GR 현금 보조는 감소되지 않을 것입니다. 이러한 규정에 의문이 있으면, 본인이 고객 서비스 센터로 전화를 할 수 있다는 것을 압니다.

조항 C - 일반 동의

본인은 다음과 같은 조건을 이해하고 동의합니다:

1. 본인이 소유하거나 장차 얻게 될, 집 또는 부지와 같은 어떤 부동산이든지 선취 특권이 설정될 것입니다. 선취 특권에 서명하면 카운티가 본인에게 지급한 모든 GR을 부동산 매각에서 제할 수 있게 됩니다.
2. 주법에서는 카운티로 하여금 사망했거나 중범죄로 체포 영장이 발부된 사람에 대한 특정한 정보를 법집행 기관에 제공하도록 요구합니다. 이 정보란: 이름, 주소, 생년월일, 소셜시큐리티번호와, 신체 묘사입니다.
3. 모든 GR 수혜자들은 수혜 자격을 얻기 위해서 반드시 그들의 소셜시큐리티번호(SSN)를 제공하고 지문을 찍어야 합니다. 또한 SSN, 지문, 및 기타 제공된 모든 정보는 컴퓨터 일치, 검토 및 감사를 위해 사용될 수 있습니다.

4. 본인은 GR 프로그램의 일환으로 본인을 대신하여 카운티가 지출 한 모든 돈을 로스앤젤레스 카운티에 상환해야 합니다. 본인이 GR을 상환하기 전에 사망하면, 로스앤젤레스 카운티에서 본인의 재산에 대한 청구를 제기할 수 있습니다. 본인은 이에 언급한 구제, 보호, 유지 및/또는 의료 보조의 상환에 대한 청구 제시에 대한 공소 시효를 철회합니다.
5. 만일 본인이 소송 합의금, 기타 프로그램(주정부 생활보조비(SSI), 재향군인 수당 및 장애 수당 포함)에 대한 자격, 복권 당첨금, 도박, 보험 합의금, 유산 뿐만 아니라 그의 다른 일시불을 받으면, 본인에게 지급된 보조금을 로스앤젤레스 카운티에 갚아야 합니다. 만일 로스앤젤레스 카운티에 상환하지 않으면, 그 일시불 지급이 본인의 기본 예산표에 있는 필요를 충족시킬 수 있는 개월 수 동안 GR을 받을 자격이 되지 않을 것입니다.
6. 본인의 주소, 주거비, 소득, 재산, 또는 본인의 가정에 사는 사람 수에 어떠한 변경 사항이 있을 때, 변경일에서 달력날짜로 5일 이내 EW에게 전화 또는 편지를 해야 합니다.
7. 만일 본인이 사실이 아닌 정보를 제공하거나 본인의 케이스나 본인이 받는 보조 금액에 영향을 주는 변동 사항을 EW에게 보고하지 않으면, 본인은 형사 기소를 당할 수 있으며 벌금을 내거나 투옥될 수도 있습니다.
8. 본인은 로스앤젤레스 카운티에 살고 있으며 여기에 머물 계획입니다.
9. 본인은 GR을 받는 조건으로, 본인이 잠재적 마약/알코올 남용에 대해 사전 심사를 거쳐야 하고 문제가 있는 것으로 결정이 되면, 계속해서 GR을 받으려면 카운티에서 승인한 치료 프로그램에 참석해야 함을 이해합니다.

조항 D - 생활 보조금(SSI) 신청

DPSS에서 본인이 SSI에 대한 자격이 된다고 결정한다면 다음 사항이 적용됨을 이해합니다:

1. DPSS의 요청이 있다면, 본인은 사회보장국 지역 사무소나 지정된 사무소에서 SSI를 신청할 것입니다.
2. DPSS에서 본인이 SSI를 신청할 자격이 될 수 있음을 결정하게 되는 그 때, 또는 그 후에, 본인이 SSI에 대한 승인을 받을 수 있도록 전문적 도움을 줄 SSI 옹호자에게 본인의 이름, 주소, 소셜시큐리티번호(SSN), 영구적인 케이스 기록 정보가 제공될 것입니다. 본인은 SSI 옹호자에게 협조할 것입니다.
3. 본인은 사회보장국(SSA)에서 본인의 SSI 신청서를 승인 또는 부결할 때 이를 DPSS에 알릴 것입니다. (달력으로 5일 이내)
4. 본인은 어떤 부결이든 사회보장국 지역 사무소에 "재심 요청서"를 접수함으로써 항소할 것입니다. (부결 통지일에서 달력 날짜로 60일 이내)
5. 본인은 "재심 요청서"를 접수한 증명을 DPSS에 제출할 것입니다. (요청서)
6. 본인의 재심마저 거부되었다면 본인은 "청문회 요청서" (항소)를 접수할 것입니다.
7. 본인은 "청문회 요청서"를 접수한 증명을 DPSS에 제출할 것입니다. (요청서)
8. 만일 본인이 SSI를 신청하고, 본인의 SSI 신청서가 부결되어, 이를 항소한다면, 카운티에서는 본인의 항소 청문회에서 본인을 대리할 수 있는 사실 계약인에게 본인의 이름, 주소, 전화 번호 및 SSN을 제공할 수 있습니다.
9. SSI 청문회의 법적 도움에 대해, 본인은 DPSS에서 제공한 계약인을 (무료) 수락하거나, 자신의 대변인을 선택하거나 (비용은 본인 부담), 또는 본인 스스로 대변할 것입니다.
10. 본인은 사회보장국에서 받은 모든 서신 및 통지서를 보관할 것이며 요청시 이들 사본을 제공할 것입니다.
11. 본인은 SSI 신청 또는 항소에 대한 정보 제공을 요청하는 DPSS, SSA 및 본인의 대변인의 모든 서신에 답할 것입니다.
12. 본인은 본인의 SSI 신청 또는 항소에 관련된 모든 사항에 대해 DPSS, SSA 및 본인의 대변인에게 전적으로 협조할 것입니다.
13. 본인이 이러한 요구 조건을 준수하지 못하면 본인의 GR이 부결/중지되는 결과를 초래할 수 있음을 이해합니다. 더 상세한 정보가 필요하면, 본인이 고객 서비스 센터에 전화할 것입니다.

조항 E - 초기 청구 또는 후-자격 케이스의 임시보조 상환에 대한 인증

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

조항 F -일반 구호(GR) 신청서 취소

만일 본인을 인터뷰하는 사람이 본인이 GR를 받을 자격이 없다고 알려 주어도, 본인은 신청을 완료할 책임이 있고 이 권리를 본인에게서 뺏을 수 없다는 것을 이해합니다.

만일 GR에 대한 본인의 요청에 어떤 조치가 취해진 것에 동의하지 않을 경우, 본인에게 이 양식을 도와주는 사람에게서 불만 접수 절차에 대한 충분한 설명을 들을 수 있는 것을 이해합니다.

본인은 부결에 대한 서면 통지서를 받아야 한다는 것을 이해합니다.

본인의 GR 신청서에 취해진 어떤 조치에 동의하지 않을 경우, 그 조치에 대해 항소할 권리가 있고, 그 결정에 대한 설명 요구 또는 신청서에 대한 재검토를 부결 불만 담당관에게 요구할 권리가 있음을 이해합니다.

[] 본인은 GR에 대한 자격이 없다는 것을 이해하며, 신청서가 계속 진행되길 원합니다.

[] 본인은 GR을 받을 자격이 없다는 것을 이해하면, 본인의 GR 요청을 취소하기 원합니다.

신청인 서명	날짜	자격심사 담당위커(EW) 서명	날짜
--------	----	------------------	----

조항 G - 선언 및 서명

GR을 신청하는 모든 성인(연령 18세 이상) 및 미성년자(혼자 신청)는 반드시 아래의 선언 및 서명을 읽으십시오:

선언: 본인은 위증 시 처벌을 받는 조건 아래 본인의 신청서에 제공한 모든 정보가 본인이 아는 바 사실이며 정확한 것임을 선언합니다.

성인#1 서명	날짜	성인#2 서명	날짜	성인#3 서명	날짜
---------	----	---------	----	---------	----

만일 마크 표시로 서명한 사람이 있으면, 아래에 증인 두 명이 서명하고 주소를 제공해야 합니다:

증인 서명	날짜	증인 서명	날짜
-------	----	-------	----

주소	주소
----	----

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 \$4,500 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? <hr/> 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 19-20) Is the client fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. IF YES, DENY AID.	<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 USE DISORDER 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: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Eligible for General Relief. <input type="checkbox"/> Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____ </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Eligibility Worker's Signature _____ Date _____ Eligibility Supervisor's Signature _____ Date _____ </div>	