

8. Does the child own any property or have resources, such as: cash, land, bank accounts, trust funds, savings bonds, Native American per capita payments or trust funds, or other items? If "YES", complete below:				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		COUNTY USE ONLY <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS	
TYPE OF RESOURCE	ACCOUNT/POLICY NUMBER	NAME, ADDRESS OF BANK, ETC.	CURRENT VALUE				
			\$				
9. Does the child have Medicare or health insurance, such as Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, etc., which is paid for by a parent or parent's employer? If "YES", list insurance coverage:				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
10. Is the child hiding or running from the law for a felony, to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction, or in violation of parole or probation?				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
11. Has the child been convicted of a drug-related felony for possession, use, or distribution of a controlled substance(s)? If "YES", give facts for cash aid, for convictions on or after 1/1/98; and for food stamps, for crimes and convictions after 8/22/96.				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
DATE CONVICTED		DATE CRIME COMMITTED					
12. A. If you can get cash aid, eligible members of your family under age 21 may be able to get some health examinations through the Child Health and Disability Prevention Program (CHDP).						<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
				YES	NO		
• Do you want more facts about CHDP services?.....							
• Do you want free CHDP medical or dental services?.....							
• Do you need help making appointments or getting to the doctor or dentist?.....							
B. Do you want more facts about immunization services?.....						<input type="checkbox"/> Referred for Immunization	
C. Do you want facts about non-discrimination, alcohol/drug counseling, past medical expenses, and other special needs?.....						<input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given <input type="checkbox"/> Date Referred:	
D. Does anyone who is pregnant need to find a doctor, get medical transportation, and/or other help?.....							
E. Is anyone breastfeeding a child?..... If "YES", was the birth within the last three months?.....							
F. Do you want to get facts or services from a Family Planning Clinic to help you plan your family size and prevent unplanned pregnancies?.....							

8. 자녀가 다음과 같은 재산을 가지고 있습니까? 현금, 토지, 은행계좌, 신탁재산, 저축채권, 아메리카인디언 1인 당 보조금이나 신탁기금, 또는 기타 종류. 답이 "예"이면 아래 항목을 작성하십시오:				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		COUNTY USE ONLY <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt. <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS	
재산의 종류	계좌/증서 번호	은행 등의 이름 및 주소	현시액				
			\$				
9. 자녀에게 Medicare나 부모 또는 부모의 고용주가 지불하는 Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS 등과 같은 의료보험이 있습니까? 답이 "예"이면 가입한 의료 보험을 기재하십시오:				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
10. 자녀가 중죄를 저지르고 유죄판결을 받은 후에 기소, 구류 또는 감금을 피하기 위해, 또는 가석방이나 집행유예를 위반하고 숨어있거나 도주 중입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
11. 자녀가 약물 소지, 사용 또는 유통과 같은 마약 관련 중죄로 유죄판결을 받은 적이 있습니까? 답이 "예"이면 현금보조에 대해서는 98/1/1 이후의 유죄판결; 푸드스탬프에 대해서는 96/8/22 이후의 벌칙 및 유죄판결에 대한 사실을 기재하십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
유죄판결 일자		벌칙 일자					
12. A. 현금보조를 받을 수 있으면 21세 미만의 유자격 가족 구성원이 아동 건강 및 장애 예방 프로그램(CHDP)를 통해서 건강 진단을 받을 수 있습니다.				예	아니오	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
• CHDP에 관해서 더 자세히 알고 싶으십니까?							
• CHDP의 의료 또는 치과 서비스를 무료로 받고 싶으십니까?							
• 일반의사 또는 치과의사와 약속을 정하고 방문하는 데 도움이 필요하십니까?						<input type="checkbox"/> Referred For Immunization	
B. 면역 서비스에 관해서 더 자세히 알고 싶으십니까?						<input type="checkbox"/> Other Services Referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of Child under 5	
C. 비차별 방침, 알코올/마약 상담, 과거의 의료비용, 그리고 다른 특별한 필요에 대해 알고 싶으십니까?							
D. 임신을 하여 의사의 도움이 필요하고, 교통 또는 기타 도움이 필요하십니까?							