



福利申请书

您必须亲自递送、传真或邮寄完整的申请书到您所在地县办事处。

如果您在阅读或填写本文件中需要帮助，或需要与我们沟通，请咨询我们或致电 (877) 423-4746。我们提供的服务（包括口译员）全部免费。如果您是聋哑人士、听力障碍人士、聋盲人士或表达有困难，您可以拨打 711（乔治亚中继）通过以上电话号码与我们联系。

家庭及儿童服务部（DFCS）提供哪些服务？

家庭及儿童服务部提供如下服务：



食品援助

您可以在任何标有 EBT/Quest 标志的商店使用 SNAP 购买食品。我们将从您的 SNAP 账户中扣除您购买食品的价格。



现金援助/就业支持服务

贫困家庭临时援助（TANF）可在有限时间内向有受抚养子女的家庭和妇女提供现金援助。纳入补助金的父母或看护人或孕妇需要参加一项工作计划。现金援助计划还向不符合 TANF 资格的难民家庭提供经济援助。

- 祖父母抚养孙辈计划（GRG）将提供必要的支持，使子女能够在祖父母家中得到照顾。



医疗救助

对于符合申请条件人而言，Medicaid 可以帮助支付医药费、门诊费和医疗保险保费。

- 其中包括 Pathways 医疗援助。Pathways 医疗援助（Pathways Medical Assistance）是一项计划，可向 19 至 64 岁、家庭收入最高达到联邦贫困线（FPL）100% 水平、没有其他资格享受 Medicaid 且符合条件要求的个人提供免费或减价 Medicaid 保险。如果您希望考虑参加 Pathways 计划，请同时填写《附件 D》。

社区外展服务

欲了解更多公众服务部（DHS）提供的其他服务信息，请访问我们的网站 <http://dfcs.georgia.gov>，或请拨打 (877) 423-4746。



我该如何申请福利？

步骤 1. 填写申请表。

仔细阅读问题并提供准确信息。签名并填写申请日期。

步骤 2. 将申请表递交到当地的办事处。

您将需要撕下 1-2 页、17-20 页自行保留。

常见问答

需要多长时间才能获得福利？

SNAP :	30 日内
贫困家庭临时救助（TANF） :	45 日内
Medicaid :	10 - 90 天

如果您符合条件，您可以在 7 天内获得 SNAP。参见第 6 页。

我可以得到多少福利金？

具体福利金额视您的收入、资源和家庭人数决定。如果我们确定了您的资格，我们会为您提供具体信息。

我要如何做才能申请到福利？

对于 SNAP，您将获得一张电子福利转账（EBT）卡来获取您的福利。对于 TANF，您将获得一张 Way2Go 万事达借记卡来获取您的福利。对于 Medicaid，每位符合条件的申请人都将获得一张 Medicaid 卡。

您可能需要提供以下资料：

- 如果申请 SNAP 和/或 TANF，申请人的身份证明。身份证（ID）或驾照（DL）是可接受的验证方式。医疗援助申请人不需要提供身份证明。
- 每位福利申请人均需提供美国公民身份/合格移民身份证明。如果您单纯申请紧急医疗服务（EMA），则不需要提供您的社会保险号码（SSN）或您的移民身份信息。
- 每个请求援助者的社会保险号码。
- 收入证明，例如，工资单、子女抚养费、收入授予书。医疗援助申请人不需要提供子女抚养费支付证明。
- 支出证明，如儿童托育收据、医药费、医疗运输费用、租金/按揭费用以及子女抚养费。医疗援助申请人无需提供此类信息。

我们将首先尝试通过电子数据来源验证公民身份/移民身份和收入信息。不需要提交纸质验证文件；但是，您可以在递交

我们如何使用申请人的个人信息？

您只需提供福利申请人的社会保险号码（SSN）和公民身份或移民身份信息。我们将使用这类信息来审核收入和资格认证系统（IEVS）。我们还会将您的信息与其他联邦、州和地方机构进行比对，以核实您的收入和申请资格、追踪工资信息和参与的工作活动。如果某个家庭成员不想向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份信息，其他



福利申请书



邮寄、传真或携带本申请表的第 3-16 页到您当地的家庭和儿童服务部 (DFCS) 办公室。您可以在 <http://dfcs.georgia.gov/locations> 找到您当地的办事处。

如果您或您代理的申请人符合享受福利资格，我们将自收到标有您的姓名、地址和签名申请之日起提供 SNAP 福利。自申请获得批准之日起，即提供 TANF 福利。

如果您正在申请 SNAP、TANF 和/或 Medicaid，您在申请中只需填写您的姓名、地址和签名信息即可。但是，如果您能完整填写表格，可能会帮助我们更快地处理您的申请。您可以使用此表联合申请多个计划或仅申请 SNAP。您的 SNAP 申请不会仅仅因为您申请的其他计划被拒绝而无法通过。我们将对您的 SNAP 申请进行单独的资格认定。如果您在某个社会收容机构，同时申请 SNAP 和 SSI，申请的提交日期即您离开该收容机构的日期。

步骤 3. 约谈。

您可能需要接受某工作人员安排的面谈。如果属于该情况，我们会帮您预约。面谈可通过电话完成。



福利申请书

(完成此申请并将其交至当地县的家庭及儿童服务部办公室。)

我在申请哪些计划？(请选择所有合适的选项)

补充营养援助计划 (SNAP)

补充营养援助计划 (SNAP)，以前被称为食品券，是一项由联邦政府资助、每月向低收入家庭提供的一项福利，以帮助他们支付食品费用。该计划还为家庭提供营养教育，以满足他们的食品和营养需求，并提供就业和培训机会，帮助家庭获得工作机会，以减少对 SNAP 的依赖。

贫困家庭临时救助 (TANF)

贫困家庭临时援助 (TANF) 提供临时每月现金付款、单次现金付款或其他支持服务，以帮扶有儿童或孕妇的符合条件的家庭。如果您是孩子的父母、或看护人或孕妇，并且希望获得补助金，我们将要求您参加一个工作计划。

祖父母抚养孙辈计划 (GRG)

祖父母抚养孙辈计划 (GRG) 为家庭提供额外支持，使孩子能够在祖父母家中得到照顾。申请人必须先申请 TANF，才有资格申请 GRG。

难民现金援助 (Refugee Cash Assistance)

难民现金援助计划向不符合 TANF 计划资格的难民家庭提供经济援助。

难民一词包括难民、古巴/海地入境者、人口贩卖受害者、美亚混血儿、避难者、持有特殊移民签证 (SIV) 的阿富汗人或伊拉克人、以及符合条件的阿富汗假释犯。

Medicaid

Medicaid 为老年人、盲人或身患残疾的成年人、孕妇、儿童和家庭提供医疗保险。在您申请时，我们会查看所有的 Medicaid 计划，并确定您有资格参加哪些申请。

请填写下面的申请图表。

名字	中间名首字母	姓氏	后缀
街道地址 住址		公寓	
城市	州/省	邮政编码	
您是否无家可归？是____或否____			
邮寄地址 (如不同)			
主要电话号码		其它联系号码	
电子通讯： 电子邮件：是____或否____ (选填) 短信：是____或否____ (选填)		电子邮件地址 (选填)：	
您的首选语言是？		如果需要面谈，您是否需要一名口译员？是____或否____	

《美国残障人士法》：请求合理的修改和沟通协助 (如适用)：

您是否身患残疾，并且有需要合理修改或沟通帮助的要求？是____否____



福利申请书

(如果选择“是”，请说明您要求的合理修改或沟通协助)：

手语口译员____；电传打字机____；大字印刷____；电子通信（电子邮件）____；盲文____；视频中继____；线索语口译员____；口译员____；触觉型口译员____；电话；提醒计划 截止日期____；电话签名（如适用）____；面对面的会谈/（家访）____；其他：

您是否需要一次性合理修改或沟通协助、__或持续性的合理修改或沟通协助__？

如有可能，简要说明何时需要修改或帮助，需要多长时间？



福利申请书

适用于所有 SNAP、TANF 和 Medicaid 申请者：

本人声明，据本人所知并相信，本人所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如有不符，自愿承受伪证处罚。本人进一步证明，就本人所知，本申请表所提供的信息均真实无误。本人理解并同意，公众服务部-家庭及儿童服务部、社区卫生部及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白，本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据 SNAP / Medicaid 和/或 TANF 的要求报告关于本人的所有相关变更情况。如果本人的家庭成员中有人获得彩票或博彩奖金，且总金额达到 4500 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人将在家庭成员收到奖金当月月底起 10 日之内报告奖金金额。本人明白，如果提供的信息不准确，本人的福利可能会减少或被拒绝，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被 DHS-DFCS 取消申请资格。本人明白，如果本人提供虚假资料或隐瞒信息，本人可能会被起诉。本人明白，如果本人未能在申请或续期过程中告知 DHS-DFCS 本人的某些费用支出，DHS-DFCS 在计算本人的 SNAP 福利金额时不予考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部（“DHS”）会在您申请福利时收集个人信息（PII），包括姓名、地址、电话号码、电子邮件地址和出生日期等。您向我们提交任何个人信息，即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

签名	日期
证人签名（如于“X”处签署无误）	日期

授权代表：

只有当您委托他人或某组织帮助您填写申请，代您参加面谈，和/或当您无法去商店时使用您的 EBT 卡代您购买食物时，才需填写此部分。请在每个计划类型中勾选您希望指定的授权代表。请勾选您希望该人或组织承担哪些职责。如果您正在申请 Medicaid，您可以选择多个人员或组织代表您行事。

授权代表 1 计划类型：SNAP TANF 医疗援助

授权代表 1 职责：代表申请人签署申请表 填写并提交续期表格

接收通知和其他通信的副本 在所有其他事项上代表申请人

领取 TANF 福利卡（Way2Go 借记万事达卡）

姓名 1：_____

组织名称 1（如适用）：_____ 电话：_____

地址：_____ 公寓：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电子通讯：电子邮件：是 ___ 否 ___（选填） 短信：是 ___ 否 ___（选填）

电子邮件地址（选填） _____

首选语言：_____ 是否需要口译员？是 ___ 或 否 ___



福利申请书

授权代表 2 计划类型：SNAP TANF 医疗援助

授权代表 2 职责：代表申请人签署申请表 填写并提交延续表 接收通知和其他通信的副本 代表申请人处理所有其他事务 接收 TANF 福利卡 (Way2Go 借记万事达卡) 接收 TANF 福利卡 (Way2Go 借记万事达卡)

姓名 2：_____

组织名称 2 (如适用)：_____ 电话：_____

地址：_____ 公寓：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电子通讯：电子邮件：是 ___ 否 ___ (选填) 短信：是 ___ 否 ___ (选填)

电子邮件地址 (选填) _____

首选语言：_____ 是否需要口译员？是 ___ 或 否 ___

《美国残障人士法》：请求合理的修改和沟通帮助授权代表 (如适用)：

授权代表是否身患残疾，是否有合理修改或沟通帮助的要求？是 ___ 否 ___ (如果选是，请描述您要求的合理修改或沟通帮助)：

手语口译员 ___；电传打字机 ___；大字印刷 ___；电子通信 (电子邮件) ___；盲文 ___；视频中继 ___；
线索语口译员 ___；口译员 ___；触觉型口译员 ___；电话提醒计划截止日期 ___；电话签名 (如适用) ___；面
对面的会谈/ (家访) ___；其他： _____

授权代表是否需要合理修改或沟通协助

一次性 ___ 还是持续 ___？如有可能，简要说明何时需要修改或帮助，需要多长时间？

仅限办公室内部使用： 接收日期：_____

快速通道资格：

快速通道资格 (ELE) 是一种自动程序，用于将接受营养补助计划 (SNAP)、贫困家庭临时补助 (TANF)、难民现金补助 (RCA)、儿童保育和家长服务 (CAPS) 或妇女、婴儿和儿童服务 (WIC) 的 19 岁以下且符合条件的儿童纳入医疗援助计划或为其续保。

家庭和儿童服务部 (DFCS) 将使用来自 SNAP、TANF、RCA、CAPS 或 WIC 的家庭规模、居住地和收入等信息，但 DFCS 将使用医疗援助规则来核实公民身份或移民身份，以做出 ELE 决定，自动注册或更新儿童 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 中的资格。完成后，DFCS 将发送决定通知，允许成员进行任何更改，并允许他们随时选择退出 ELE 流程或终止医疗援助案件。

我有资格更快获得 SNAP 吗？ (仅要求 SNAP 申请人提供此信息)

回答这些关于申请人和所有家庭成员的问题，了解您是否能在 7 天内获得 SNAP。



福利申请书

1. 您或您的任何家庭成员是否为移民或季节性农场工人？ 是 否

如选“是”，请说明具体人员 _____

2. 本月即将收到的劳动总收入： \$ _____

雇主姓名 _____

入职日期： _____ 工作结束日期： _____

薪资： _____ 每周工作时间： _____

发放频率：每周/每两周/每半月/每月（请圈选一项）

3. 本月即将收到的非劳动总收入： \$ _____

非劳动收入类别 _____ 金额： _____

发放频率：每周/每两周/每半月/每个月（请圈选一项）

非劳动收入类别 _____ 金额： _____

发放频率：每周/每两周/每半月/每个月（请圈选一项）

4. 本月劳动收入和非劳动收入总额： \$ _____

5. 您和您的家人一共有多少现金或银行存款？ \$ _____

6. 您每月需支付的租金、按揭、财产税和/或房主的保险是多少？ \$ _____

7. 您本月需支付的电费、水费、天然气费和/或其它公用事业费的总额是多少？ \$ _____

(不包括逾期及滞纳金)

a. 您家里的主要供暖或制冷来源是什么？标记所有合适选项。

电 _____ 燃气 _____ 窗户或中央 空调 _____ 煤油 _____ 木材 _____



福利申请书

b. 在过去 12 个月中，您是否接受过能源援助（LIHEAP）？

是 否 如选是，所接受数额为_____美元



福利申请书

请告诉我们有关申请人和所有家庭成员的情况

医疗救助申请人：请包括您自己、您的配偶、与您一起生活的 21 岁以下的子女（包括继子女）、需要医疗保险的未婚伴侣、您在报税单上填写的任何人（即使他们不与您一起生活）、以及任何其他未满 21 岁的人。您不必包括不需要健康保险的未婚伴侣、未婚伴侣的孩子、与您同住但自行提交纳税申报表的父母（如果您年满 21 岁）、或其他自行提交纳税申报表的成年亲属。如果您单纯申请紧急医疗服务（EMA），则不需要提供您的社会保险号（SSN）或您的移民身份信息。

请填写下方关于申请人和所有家庭成员信息的表格。以下是联邦法律法规：

2008 年 7 月出台的《食品与营养法案》、7 U.S.C. § 2011-2036、7.C.F.R. § 273.2、45 C.F.R. § 205.52、42 C.F.R. § 435.910 和 42 C.F.R. § 435.920，授权 DFCS 要求获取您和您的家庭成员的社会安全号码。

任何住在您家但没有申请福利的人员都可能被视为非申请人。非申请人不必向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份等信息，也无资格享受福利。其他家庭成员如果符合申请条件，仍然可以获得福利。如果您想让我们审核您的任一家庭成员是否有资格享受福利，您仍然需要告知他们的公民身份或移民身份，并提供他们的社会保险号码（SSN）。您仍然需要告知我们他们的收入和资源，以确定家庭的申请资格和能享受的福利水平。如果他们没有向我们提供公民身份或移民身份，我们不会向美国公民和移民服务局（USCIS）的外国人权利系统性核查（SAVE）系统报告任何非申请人的家庭成员。但是，如果在您的申请中已经提交了移民身份信息；该信息可能需要通过 SAVE 系统进行验证，并可能影响相关家庭的资格和福利水平。我们会将您的信息与其他联邦、州和地方机构进行比对，以核实您的收入和资格。这些信息也可能会提供给执法人员，用于抓捕在逃人员。如果您的家庭有 SNAP 索赔申请，本申请表上的信息（包括 SSN）可能会提供给联邦和州机构以及私人索赔收款机构，供其在索赔收款时使用。我们不会因为其他家庭成员未能提供社会保险号码、公民身份或移民身份而剥夺申请福利的家庭成员资格。

姓名			关系	是否该人在申请福利？	该人是否需要健康保险？	出生日期	社会安全号	性别	西班牙裔或拉丁裔？	种族代码	您是否是美国公民、美国国家合法移民或具有合法的移民身份？ <small>(仅限申请人填写)</small>
名字	中间名首字母	姓氏									
			仅自己								

种族代码（请选择所有合适项）：

AI - 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
HP - 夏威夷族或其他太平洋岛民

AS - 亚裔
WH - 白人

BL - 黑人或美籍非裔

通过提供种族/民族信息，您将帮助我们以非歧视的方式管理我们的计划。您的家庭无需向我们提供这类信息，并且，提供与否也不会影响您的资格或福利水平。



福利申请书

如果您或其他家庭申请人不是美国公民国民，请填写下表：

(请根据需要添加额外页面)

姓名			移民文档类型	外国人/证书/文件 ID 号码	您是否自 1996 年起就在美国居住？ (是/否)	入籍日期/入境或获准进入美国的日期 (如适用) 格式 (年/月/日)	您或您的配偶或父母是否是美国军队的老兵或现役成员？ (是/否)
名字	中间名首字母	姓氏					

请告诉我们更多有关申请人和其所有家庭成员的情况

我们需要更多关于申请人和其所有家庭成员的信息，以便决定谁有资格享受福利。请在以下页面中仅回答您希望获得的福利问题。

1. 是否有人在其他县或州获得过任何福利？（仅适用于 SNAP 和 TANF） 是 否

如果选择“是”：

谁： _____

在哪里： _____

具体时间： _____

2. 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后，因提供有关住址及身份的虚假资料以在多地获得多项 SNAP 福利而被定罪？（仅适用于 SNAP） 是 否

如果选择“是”：

谁： _____

在哪里： _____

具体时间： _____

3. 您家中是否有人在提交申请 30 天内自愿辞职或自愿将每周工作时间减少至 30 小时以下？（仅适用于 SNAP 和 TANF） 是 否

如果选择“是”：谁辞职了？ _____

辞职原因？ _____

4. 是否有人怀孕了？（本问题不适用于 SNAP 申请人） 是 否

如选“是”：

孕妇姓名： _____



福利申请书

预计预产期是哪一天? _____ ; 预计会生多少个婴儿? _____

如选“否”，在过去 12 个月内是否有人分娩或终止妊娠? 是否

如选“是”：

孕妇姓名：_____

生产/终止日期是哪一天? _____ ; 已分娩/预计有多少个婴儿? _____

*仅适用于 TANF 申请人，请提供以下信息：

未出生婴儿父亲的姓名：_____ 父亲地址：_____

5. 对于 Medicaid 申请人，是否有人在过去 3 个月内有未付医药费? 是否

如果选择“是”，如果您正在申请 Medicaid，请发送未支付的账单。

6. 是否有人被取消 SNAP 或 TANF 计划的资格? (仅适用于 SNAP 和 TANF)

是否

如果选择“是”：

谁：_____

在哪里：_____

7. 是否有人为逃避重罪起诉或监禁而逃跑? (仅适用于 SNAP 和 TANF) 是否

如选“是”，请具体指明是谁：_____

8. 是否有人违反缓刑或假释的条件? (仅适用于 SNAP 和 TANF) 是否

如选“是”，请具体指明是谁：_____

9. 在 1996 年 8 月 22 日之后，是否有人因为持有、使用或传播受管制药物的行为 (即毒品重罪犯) 而被判重罪 (仅适用于 SNAP 和 TANF) 或暴力重罪 (仅适用于 TANF)? 是否

如果选择“是”：

谁：_____ 具体时间：_____

a. 您是否遵守毒品重罪判刑相关的缓刑条款? (仅适用于 SNAP) 是否

b. 您是否遵守毒品重罪判刑相关的假释条款? (仅适用于 SNAP) 是否

c. 您是否服完了所有与任何毒品相关的缓刑或假释刑期? (仅适用于 SNAP) 是否

10. 在 1996 年 8 月 22 日以后，您或您的任何家庭成员是否曾因使用 SNAP 福利换取毒品而被定罪? (仅适用于 SNAP)

是否

如果选择“是”：

谁：_____ 具体时间：_____



福利申请书

11. 1996年8月22日以来，您或任何家庭成员是否曾因买卖 SNAP 福利超过 500 美元而被定罪？（仅适用于 SNAP） 是 否

如果选择“是”：

谁： _____

具体时间： _____

12. 1996年8月22日以来，您或任何家庭成员是否曾因用 SNAP 福利换取枪支弹药或爆炸物而被定罪？（仅适用于 SNAP） 是 否

如果选择“是”：

谁： _____

具体时间： _____

13. 您或您的任何家庭成员是否在 2014 年 2 月 7 日之后作为成年人被判犯有严重性虐待罪、谋杀、性剥削和其他虐待儿童、涉及性骚扰的联邦或州犯罪、袭击，或州法律规定的由总检察长确定为实质上相似的犯罪行为？（仅适用于 SNAP） 是 否

如果选择“是”：

人物： _____ 时间： _____

a. 您是否遵守因重罪定罪结果而判处的任何判决之相关缓刑条款？（仅适用于 SNAP） 是 否

b. 您是否遵守犯有重罪判刑相关的假释条款？（仅适用于 SNAP） 是 否

c. 您是否服完了所有与任何重罪相关的缓刑或假释刑期？（仅适用于 SNAP） 是 否

14. 您或您的家庭成员是否获得过博彩奖金？ 是 否

如果选择“是”：

谁： _____ 具体时间： _____ 金额： _____

15. 是否有人在以下场所、酒类商店、赌场、扑克室、成人娱乐场所、抵押金酒店、夜总会、沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙使用过 TANF 福利或 Way2Go 卡？（仅适用于 TANF） 是 否

如果选择“是”：

谁： _____ 时间： _____



福利申请书

16. 是否有申请福利者目前在领取抚养费？ 是 否

如果选择“是”：

谁： _____

每月领取金额： _____

赡养费协议敲定或最后修改日期： _____

请告诉我们申请人和所有家庭成员的收入

您或住在您家中的任何人是否得到过任何类型的收入，例如：工资、小费、奖金、自主创业金、社会保障金/铁路退休金、其他残疾补贴、养老金、失业救济金或任何其它收入？对于 SNAP 和 TANF，请同时列出收入，如：退伍军人事务部收入、子女抚养费、来自他人的钱款或工人补偿。如选“是”，请完成下面的表格。

家庭成员姓名及收入	收入类型	雇主名称/收入来源	每月金额 (扣除前)	领取频率 (每月、每两周、每周)	时薪	周薪	付款日期

目前是否有人罢工？ 是 否

如为个体经营，请列出每月业务开支金额： _____ 美元

请告诉我们申请人和其所有家庭成员资源的信息——对于 TANF 和 SNAP 申请人，请列出属于老年人（65 岁或以上）、失明或残疾人的所有家庭成员和 Medicaid 申请人（丧失劳动能力的永久性损伤）

您或您的代理申请对象是否有任何资源？ 是 否

如选“是”，请填写以下信息（核实您、您的配偶、您的受抚养对象或与他人共同拥有的所有资源（资产）。如有需要，请附上额外纸张）。

- 支票帐户 是 否
- 储蓄帐户 是 否
- 政府债券 是 否
- 信托基金 是 否
- 不动产/祖籍财产？ 是 否

- 葬礼计划/预付埋葬费用 是 否
- 墓地或合同 是 否
- 股票及债券 是 否
- 其它（个人退休金帐户、存款单等） 是 否

您或您的配偶是否以低于其价值的价格转让过任何资产？ 是 否

如有任何问题选“是”，请在下面具体说明。

拥有资源的家庭成员姓名	资源类型	账户/保单号码	金额	银行名称、保险公司名称等。



福利申请书

您或您的配偶是否有车？ 是 否

如选“是”，请在下面具体说明。

家庭成员谁拥有车辆	车辆制造商	型号	年份	名下数量

您或您的配偶是否购买了人寿保险？ 是 否

如选“是”，请填写以下信息。

投保人	保险公司	保单号码	票面价值	现金价值

请告诉我们申请人和所有家庭成员的开支 (Medicaid 申请人选填)

您是否需要为一位受抚养子女或一位成年残疾家庭成员支付费用？ 是 否

如选“是”，请完成下面的表格。

需要看护的人员	支付看护费用的人员	看护的原因	看护人员姓名/号码	支付给看护人员的金额	支付频率

您是否需要为一位受抚养子女或成年残疾家庭成员支付交通费用？ 是 否

这些费用是否包括在抚养费中？ 是 否

如选“否”，请回答这一问题：每周总行驶里程：_____

家里是否有人要向不同住的人员支付子女抚养费？ 是 否

如选“是”，请完成下面的表格。

具有付款义务的家庭成员	收取抚养费的子女姓名	应支付金额	实际支付金额	子女抚养费支付给谁？

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人有医疗费用开支？ 是 否

如选“是”，请完成下面的表格。



福利申请书

有医疗费用开支的家庭成员	费用类型 (问诊、住院、处方药、医疗保险或健康保险、配眼镜)	所欠金额	是否还有欠款? 是/否	支付日期	保险公司是否代为支付? 是/否

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人因医疗产生交通费用？ 是 否

如选“是”，请完成下面的表格。

出行目的 (看医生或去医院：药房 取药)	总行驶里程：	出租车、公共汽车、停车费用或住宿：

您或任何家庭成员是否有住房和水电费用？ 是 否

如选“是”，请完成下面的表格。

费用	金额	支付频率？	支付人？
租金/房贷			
财产税			
财产保险			
电费			
天然气			
燃油/木材/煤油			
井/化粪池/水/污水			
卫生费			
电话费			
其他			

您是否每月会和家人分摊家庭开支？ 是 否

如选“是”，请具体说明是谁 _____

备注/文件 _____

支付对象 _____ 支付金额 美元 _____ 每 _____

房东姓名 _____

房东地址： _____

是否有其他人为您支付这类家庭账单？ 是 否 如选“是”，请完成下面的表格：



福利申请书

账单支付人是谁？	支付了哪些账单？
支付金额是多少？	该人为谁支付了这些账单？

如申请 Medicaid，请填写以下信息。

纳税申报人信息

- 家里是否有人打算明年提交联邦所得税申报单？ 是 否
如选“是”，是谁？（列出每个计划提交申报单人） _____
- 请列出的纳税申报人是否有配偶一同报税？ 是 否 如选“是”，请列出配偶姓名：

- 纳税申报人是否会在纳税申报单上申报任何受抚养人？ 是 否 如果“是”，请列出受抚养人的姓名：

- 是否有人会出现在其他人的纳税申报单受抚养人名单中？ 是 否 如选“是”，请列出纳税申报人及受抚养人的姓名：
(纳税申报人) _____
(受抚养人) _____
受抚养人与纳税申报人的关系是？ _____

扣除金额：标记所有合适的选项，标明金额和支付频率。

- 支付的抚养费 _____ 美元 支付频率？ _____ 学生贷款利息 _____ 美元 支付频率？ _____
- 健康保险金、401K 退休福利计划和其他税前扣除费用 _____ 美元 支付频率？ _____
- 其它扣除额 _____ 美元 支付频率？ _____ 类别： _____

其他健康保险

- 是否有人持有的其它医疗保险承保您的家庭成员？ 是 否
如对上述问题 4 的答案选“是”，请填写以下信息及《附件 A》：

投保人姓名	健康保险公司名称、地址和电话号码	保险类型（医院、补充医疗保险、药品、重病医疗保险）	受保障人姓名	有效日期	保单号码

- 这份申请表上列出的人员中是否有工作单位代交健康保险？即使您是其他人如父母一方或配偶工作单位办理保险受保障人，同样选“是”。
 是 否 如选“是”，请填写《附件 A》。
这是否属于州雇员福利计划？ 是 否



福利申请书

3. 您或此申请表上列出的任何人在过去 2 是否失去了健康保险？
- a. 是 如选**“是”**，失去原因是？_____
- b. 否

4. 是否有 18 岁 的寄养人申请 Medicaid？ 是 否
5. 您家里是否有人属于美国人或阿拉斯加原住民？ 是 否
如选“是”，请完成《附件 B》

如果有人年满（65 岁或以上）、失明或残疾（妨碍您参与工作的永久性障碍），请回答以下问题。（选填）

1. 是否有申请医疗保险的人属于盲人或残疾人？
 是 否 如选“是”，请填写姓名
2. 您或您的配偶目前是否购有医疗保险？
 是 否 如选“是”，请填写姓名：
3. 在申请附加保障收入（SSI）之前的三个月，您是否申请 Medicaid 用于支付拖欠的医疗账单？
 如选“是”，申请 SSI 的日期为：_____
4. 是否有您作为其代理申请人的任何人现已去世，并且在过去三（3）个月内有未付清的医疗费用？
 是 否
5. 您是否为了帮助支付某位居住于养老院的人的护理费用而申请 Medicaid？
 是 否
6. 您是否正在为某位已年满 18 岁、其 SSI 审核已停止的成人申请 Medicaid？
 是 否
7. 您是否正在申请 Medicaid 以帮助支付基于社区的豁免服务，例如社区护理服务、NOW/COMP、临终关怀、独立护理豁免或 Deeming 豁免（Katie Beckett 豁免）？
 是 否



福利申请书

SNAP 处罚

您可能会因故意提供虚假信息而失去该项福利或受到刑事起诉。

- 请勿提供虚假信息或隐瞒信息，以获取您的家庭本不应该享有的福利。
- 享受 SNAP 福利的家庭不得使用不属于他们的 SNAP 或 EBT 卡，也不得外借他人。
- 请勿使用 SNAP 福利金用于购买酒类、烟类等非食品商品或使用信用卡支付。
- 享受 SNAP 福利的家庭不得交易或出售 SNAP 或 EBT 卡，以换取枪支、弹药或受管制物质（非法毒品）等非法物品。

任何家庭成员如果故意违反 SNAP 的任何规定，都可能被禁止申请 SNAP 福利一年 甚至永久禁止申请，并被处以最高 250,000 美元的罚款，或被处以最高 20 年的监禁，或两者兼施。违反者还可能面临其他适用的联邦和州法律的起诉。如果法院下令，违反者还可能面临额外 18 个月禁止申请 SNAP 的处罚。

任何故意违反规定的家庭成员，初次违反可能在一年以内无法申请 SNAP 福利，第二次违反可能在两年之内无法申请福利，第三次违反则可能终身被剥夺该福利资格。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及受管制物质销售交易中使用或接受 SNAP 福利，初次违反将在两年内失去福利申请资格，再次违反将被永久剥夺福利申请资格。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及枪支、弹药或爆炸物销售交易中使用或接受 SNAP 福利，您或该家庭成员将在初次违反该规定后被永久剥夺申请 SNAP 福利的资格。

如果法院裁定您或您的任何家庭成员犯有贩卖福利总额达 500 美元或以上的罪行，则您或该家庭成员在初次违反时将永久失去参加 SNAP 计划的资格。

如果您或任何家庭成员被发现就身份（他们是谁）或居住地（他们居住的地方）提供了欺诈性的声明或陈述，以获得多项 SNAP 福利，您或该家庭成员将在 10 年内没有资格参加 SNAP 计划。

TANF 计划处罚规定

在 TANF 计划中，IPV（故意违反程序）是指为了获得或继续享有援助单位（AU）提供的福利资格，或者为增加上述福利的金额或为防止福利水平降低而恶意提供虚假或误导性信息或隐瞒信息的个人行为。

- 任何隐瞒信息、不及时报告变更或说谎的家庭成员：首次违反将被剥夺 6 个月的 TANF 福利资格；再次违反将被剥夺 12 个月福利资格；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。严格禁止滥用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐场所“脱衣舞俱乐部”、扑克室、抵押金酒店、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、赌博场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店及水疗/按摩沙龙提取现金或交易。首次违反将被剥夺 6 个月 TANF 福利资格；再次违反将被剥夺 12 个月福利资格；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。
- 如果法院发现您或任何家庭成员因隐瞒信息、或您没有及时报告变更或说谎并被定罪，首次违反将被剥夺 6 个月 TANF 福利资格；再次违反将被剥夺 12 个月福利资格；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。
- 如果法院发现您或任何家庭成员为同时获得多个州的福利而提供关于居住地的虚假信息，将被剥夺 10 年福利资格。
- 如果在 1997 年 1 月 1 日及之后，法院判定您得到过有关毒品、受管制物质或严重暴力重罪指控，您或您的家庭成员将没有资格和/或被永久剥夺福利资格。



福利申请书

适用于所有 SNAP、TANF 和 Medicaid 申请者：

本人声明，据本人所知并相信，本人所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如有不符，自愿承受伪证处罚。本人进一步证明，就本人所知，本申请表所提供的信息均真实无误。本人理解并同意，公众服务部-家庭及儿童服务部、社区卫生部及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白，本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据 SNAP 和/或 TANF 的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家庭成员中有人获得彩票或博彩奖金，且总金额达到 4500 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人将在家庭成员收到奖金当月月底起 10 日之内报告奖金金额。本人明白，如果提供的信息不准确，本人的福利可能会减少或被拒绝，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被 DHS-DFCS 取消申请资格。本人明白，如果本人提供虚假资料或隐瞒信息，本人可能会被起诉。本人明白，如果本人未能在申请或续期过程中告知 DHS-DFCS 本人的某些费用支出，DHS-DFCS 在计算本人的 SNAP 福利金额时不会考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部（“DHS”）会在您申请福利时收集个人信息（PII），包括姓名、地址、电话号码、电子邮件地址和出生日期等。您向我们提交任何个人信息，即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

申请人 签名

日期

授权代表签名

日期

选民登记资料

如果您在现居地还没有登记投票，您是否希望今天在这里申请登记投票？

_____ 是

_____ 否

_____ 我不想回答选民登记的问题

申请登记或拒绝登记投票都不会影响本机构为您提供的援助金额。

如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们会帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写该申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可通过以下地址向州务卿提出投诉：2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste.802, West Tower, Atlanta, GA 30334, 或拨打电话 (404) 656-2871。

如果您没有勾选这两个选项中的任意一项，则默认您本次决定不登记投票。

乔治亚州选民登记申请表的副本附在 DFCS 申请、续期和地址更改表格中。您也可以向您的社工索要选民登记表。如果您已填写了选民登记申请表，请按照选民登记申请表上的说明将其提交至格鲁吉亚州务卿办公室。



福利申请书

(请保留这些文件以供参考)

这份申请表中使用的一些术语是什么意思？

此图表解释了我们申请中使用的术语。

申请人	申请接受公共援助或福利的个人。
援助单位 (AU)	援助单位包括符合条件的共同生活的个人，包括孕妇和未出生的孩子，并接受公共援助/福利。
看护人	即父母、孕妇、亲属或法定监护人；这些人负责申请并接受由他或她照料的儿童，包括未出生的儿童。
取消资格	因个人通过提供不实信息获得了本不应该得到的福利而被剥夺 SNAP 或 TANF 福利的行为。
电子福利转账 (EBT)	乔治亚州用于向有资格领取 SNAP 的个人支付福利的系统。接受援助的个人将获得 EBT 借记卡，使用该卡可访问他们的 SNAP 账户。
电子通讯	<p>您可以选择您用于接收通知信息的方式。如果您选择接收电子邮件或文本通知，您将收到一条消息，通知您在 GA 网关客户门户网站“我的通知”中有一个通知。</p> <p>如选择电子邮件信息，您必须在创建帐户后提供您的电子邮件地址，并接受 GA 网关客户门户网站无纸化通知的条款和条件。请访问 GA 网关客户门户网站 www.gateway.ga.gov，以更新您的通知设置。</p> <p>如欲使用短信方式，请提供您的电话号码。标准消息和数据速率可申请。具体可能因运营商不同而有所差别；请与您的供应商联系。</p>
受让人亲属	代表子女（包括未出生的孩子）以其名义申请并接受 TANF 的父母、孕妇、亲属或法定监护人。
总收入	扣除税款或扣除其他杂费前的个人账户总收入。
无家可归的个人	<p>缺乏固定和定期夜间住所的个人或通过以下方式获得主要夜间住所的个人：</p> <ul style="list-style-type: none"> 旨在提供临时住宿的受监管庇护所（例如，福利旅馆或集体庇护所）； 为打算被收容的个人提供临时住所的中途之家或类似机构； 通过他人住所提供、不超过 90 天的临时住宿；或者 并非为人类常规睡眠场所而设计或通常使用的场所（走廊、公交车站、大厅或类似场所）。
家庭成员	在您家居住的个人。对于 SNAP 而言，是指共同居住、共同购买和准备膳食的个人。
收入	比如工资、薪金、佣金、奖金、工人补偿金、残疾金、养老金、退休福利、利息、子女抚养费或任何其他形式的收入。
2012 年《中产阶级税收减免法案》	该法案禁止使用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐设施场所、扑克室、抵押金酒店、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、游戏场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙提取现金或进行交易。在这类交易中使用现金援助资金或 TANF 借记卡即被视为领取人故意违反程序（欺诈）。
移民农业工人	指季节性农场工人，辗转工作于不同农场或寻找农场工作的个人。



福利申请书

非申请人	没有申请或接受公共援助/福利的个人。非申请人不需要提供社会保险号码、公民身份或移民身份。
合格的外国人/移民	<p>合格的外国人/移民是合法居住在美国的个人，属于以下类别之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 《移民和国籍法案》(INA) 合法获得永久居住权 (LPR) 的人； • 《1988 年外商经营，出口融资和相关计划拨款法案》第 584 条美亚混血儿移民条例； • 《移民和国籍法案》第 208 条获得庇护的人； • 《移民和国籍法案》第 207 条获准入境的难民； • 《移民和国籍法案》第 212 (d) (5) 条被假释的难民或避难者； • 根据 1997 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 243 (h) 条或修订的《移民和国籍法案》第 241 (b) (3) 条被暂缓驱逐出境的人； • 1980 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 203 (A) (7) 条获有条件入境的人； • 《1980 年难民教育援助法案》第 501 (e) 条所界定的古巴或海地移民； • 《2000 年人口贩运受害者保护法》第 107 (b) (1) 条规定的人口贩运受害者； • 符合 1996 年修订的《个人责任和工作机会和解法案》第 431 (c) 条规定的受虐待移民； • 根据《移民和国籍法案》第 101 (a) (27) 条获得特殊移民身份的阿富汗或伊拉克移民 (须符合特定条件)； • 根据《印第安人自决和教育援助法案》第 289 条在加拿大出生、在美国居住的美国印第安人或根据《印第安人自决和教育援助法案》第 4 (e) 条获得联邦承认的印第安部落的非公民以及； • 在越南战争时期 (1964 年 8 月 5 日 - 1975 年 5 月 7 日)，通过参加军事或救援行动向美国人员提供帮助的赫蒙族或老撾高地部落成员
资源	现金、财产或资产，如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。
周期性农工	在一年中的特定时间从事种植、采摘或包装生产的劳动者。当农场需要更多人手完成一项工作时，他们就会被临时雇用。
非法交易 SNAP	<p>非法交易 SNAP 福利指：(1) 通过 EBT 卡、卡号和 PIN 号或手工凭证和签名，以直接、间接、与他人共谋或单独行动的方式购买、出售、偷窃或以其他方式换取和获取已发放的 SNAP 福利，以换取现金或规定食品以外的物品；(2) 换取枪支、弹药、爆炸物或受管制物品；(3) 购买 SNAP 福利许可的装有容器产品时，需要退还容器才能返还押金，以故意丢弃产品并返还容器的方式以获得押金；(4) 购买具有 SNAP 福利许可的产品，目的是通过转售产品获得现金或合规食品以外的物品，随后故意转售购买的 SNAP 福利许可产品以换取合规食品以外的现金或物品；(5) 故意购买原本用营养补充计划福利购买的产品，以换取现金或物品，而不是合规食品；(6) 试图购买、出售、窃取或以其他方式影响通过电子福利转移 (EBT) 卡、卡号和个人识别号码 (PIN) 或人工凭证和签名发放和获取的 SNAP 福利的交易，以换取现金或合格食品以外的对价，无论直接或间接、与他人共谋或勾结、或单独行动。</p>
Way2Go 万事达借记卡	<p>乔治亚州已经为 TANF 受助方提供了一种便利的“电子”支付选项，称为 Way2Go 万事达借记卡。在该支付选项下，福利金将于每月的第一个日历日存入受助方的账户。如果第一个工作日是周末或假日，则福利金将在前一个月的最后一个工作日发放。由于资金通过电子方式加载到借记卡上，受助方可以立即使用其福利金。</p>

所有 Medicaid 申请者：

如希望报告 Medicaid 福利受助方或提供方的可疑欺诈行为，请拨打乔治亚州社区卫生局监察长办公室 (Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General) 热线：(本地) (404) 463-7590 或 (免费电话) (800) 533-0686；发送电子邮件至 oiganonymous@dch.ga.gov；或邮寄至社区卫生部监察长办公室 PI 科：Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334；或访问 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>。

美国残疾人法案/第 504 条权利公告

为残疾人士提供帮助

根据联邦法律，乔治亚洲公共服务部和乔治亚洲社区卫生局（“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，使他们有机会参与和有资格参加这些部门的计划、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和医疗援助等计划。

各部门在必要时提供合理的修改，以避免因残疾而受到歧视。例如，我们可能会改变政策、做法或程序，以提供平等的机会。为确保同样有效的沟通，我们为残障人士或其残障同伴提供沟通协助，如手语翻译。我们的帮助均免费提供。这些部门不需要做出任何可能导致服务、项目或活动性质发生根本变化或造成不必要的财政和行政负担的修改。

如何请求合理的修改或沟通协助

如果您身患残疾，并需要合理的修改、沟通帮助或额外协助，请联系您的社会工作者。例如，如果您需要帮助或服务来进行有效的沟通，可以拨打电话，比如手语翻译。您可以联系您的社会工作者或致电 DFCS（电话：（877）423-4746）或联系 DCH Katie Beckett（KB）团队（电话：678-248-7449），以提出您的请求。您也可以使用 DFCS ADA 合理修改请求表格提出您的要求；该表格可在您当地的 DFCS 办公室或在线 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 获得，或者，您可以在 KB 办公室（在线 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>）获得 DCH ADA 合理修改请求表格，或您可以通过电子邮件将修改请求发送到 DCH.ADAassistance@dch.ga.gov。

如何提出投诉

如果部门因您的残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理修改或手语翻译，但在合理时间内被拒绝或有关部门没有采取行动，您可提出歧视投诉。您可以联系您的案例工作人员、您当地的 DFCS 办公室或 DFCS 民权、ADA/第 504 节协调员（地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334，电话：（877）423-4746）提出口头或书面投诉。对于 DCH，请联系 KB 团队 ADA/第 504 节协调员（地址：2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 或 P.O.Box 172, Norcross, GA 30091，（678）248-7449）。社区卫生部门电子邮箱：dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的案件工作人员索要一份《DFCS 民权申诉表》的副本。投诉表格也可在以下网站获取：

<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您需要帮助提出歧视投诉，您可以联系上述的 DFCS 工作人员。聋人或重听人士或可能有语言障碍的人士可以拨打 711，通过接线员与我们联系。DCH 民权投诉的电子邮箱：dch.civilrights@dch.ga.gov。DCH 民权程序和申诉表的链接如下：<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向适当的联邦机构提出歧视投诉。美国农业部（USDA）和美国卫生与公众服务部（HHS）的联系信息可在随附的“非歧视声明”中找到。

**1973 年《康复法》第 504 条、1990 年《美国残疾人法》和 2008 年《美国残疾人法修正案》可确保残疾人不受非法歧视。*

根据**社区卫生部（DCH）**政策，医疗援助计划不能因种族、年龄、性别、残疾状况、国籍或宗教信仰而否绝您的资格或福利。

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请

非歧视原则声明

根据联邦民权法律和美国农业部（USDA）的民权法规和政策，禁止 USDA、其机构、办公室和雇员以及参与或管理 USDA 计划的机构基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰进行歧视，或在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中对先前民权活动进行打击或报复。此外，从卫生与公众服务部（HHS）接受美国联邦财政援助的计划，例如，卫生与公众服务部（HHS）（如贫困家庭临时救助（TANF））和 HHS 直接运营的计划，也禁止歧视。

如需要其他替代交流方式获取计划信息（如盲文、大字印刷、录音带、美国手语），残疾人士应联系申请福利的机构（州或本地）。耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过联邦中继服务热线（800）877-8339 与 USDA 取得联系。此外，计划信息可使用英语以外的语言提供。

涉及美国农业部计划的民权投诉

美国农业部（USDA）为许多粮食安全和减少饥饿计划提供联邦财政援助，如营养补充援助计划（SNAP）、印第安保护区粮食分配计划（FDPIR）等。如要提交计划歧视投诉，请填写计划歧视投诉表（AD-3027）；该表格可在以下网站找到：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，或者可前往美国农业部办公室或发电子邮件给美国农业部，并提供表格中所要求的所有信息。如希望索取投诉表格副本，请致电（866）632-9992。将填写好的表格或信件通过以下方式提交给 USDA：

1. 邮寄：Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314；或者
2. 传真：（833）256-1665 或（202）690-7442；或
3. 电话：（833）620-1071；或
4. 电子邮件：FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

欲了解 SNAP 问题的任何其他信息，请联系美国农业部美国营养补充援助计划，热线：（800）221-5689（同时提供西班牙语服务），或拨打[州信息/热线电话号码](#)（点击此链接可查看不同州的热线电话表单）；在线索取：[SNAP 热线](#)。

涉及卫生和公众服务部（HHS）计划的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的计划提供联邦财政援助，包括 TANF、启智计划、低收入家庭能源援助计划（LIHEAP）等。如果您认为，在卫生与公众服务部直接运营或提供联邦财政援助的计划或活动中，您因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别（包括怀孕、性取向和性别认同）或宗教信仰而遭受歧视，您可以代表自己或他人向民权办公室（OCR）提出投诉。

如希望为自己或他人就通过 HHS 获得联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请通过民权办公室的投诉门户网站在线填写表格<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>。您也可以通过寄函方式，联系民权办公室：Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201；传真：（202）619-3818；或电子邮箱：OCRmail@hhs.gov。为加快处理速度，我们鼓励您使用 OCR 在线门户提出投诉，而不是通过邮件提出投诉。需要协助提出民权投诉的人士可向 OCR 发送电子邮件至 OCRMail@hhs.gov，或致电 OCR 免费电话 1-800-368-1019、TDD 1-800-537-7697。如有耳聋人士、听障人士或表达困难的人士，请致电 7-1-1 使用电传中继服务。我们还免费提供其他替代投诉格式（例如盲文及大字印刷）、辅助工具及语言协助服务。

此机构提供平等的机会。

在美国公众服务部（DHS）的协助下，您还可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部（DFCS）办公室或儿童抚养

服务部民权处、乔治亚洲公众服务部总法律顾问办公室美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员提出口头或书面投诉，地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746。对于因有限英语能力而受到歧视的投诉，请联系乔治亚洲人类服务部、总法律顾问办公室的 DHS 有限英语能力和感官障碍计划，地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334；电话：(877) 423-4746。

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请