



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档中需要帮助，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

凭借粮食券（SNAP），您可以在任何标有 EBT/Quest 标志的商店购买食品。我们将从您的粮食券（SNAP）账户中扣除您购买食品的金额。



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孕妇提供现金援助。纳入补助金的父母或看护人或孕妇被要求需要参加一个工作计划。现金援助计划还向不符合贫困家庭临时救助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%、没有其他资格享受 Medicaid 且符合资格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 页自己保留。

常见问答

需要多长时间才能获得福利？

粮食券（SNAP）： 30 日内

贫困家庭临时救助： 45 日内

Medicaid： 10 - 60 日

如果符合条件，您可能在 7 日内获得粮食券（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？

对于粮食券（SNAP），您将获得一张电子福利转账（EBT）卡来获取您的福利。对于贫困家庭临时救助，您将获得一张 EPPIC 万事达借记卡（EBT）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：

- 如申请粮食券（SNAP）和/或 TANF，申请人须提供身份证明。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，如儿童抚育收据、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，您可以在递交申请时一并提供有关文件。如果我们无法通过电子数据来源



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粮食券 (SNAP) 福利。自申请被批准之日起，即提供贫困家庭临时救助福利。

如果您正在申请粮食券 (SNAP)、贫困家庭临时救助和/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。

您可以使用此表格提交多个计划的联合申请，或仅申请粮食券 (SNAP) 计划。您的粮食券申请不会仅仅因为您申请的其他计划被拒绝而无法通过。我们将把您的粮食券申请作为独立申请进行审核。如果您在某个社会收容机构，同时申请粮食券 (SNAP) 和附加保障收入 (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。

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，其他家庭成员仍然有获得福利的机会。如果您单纯申请紧急医疗服务，则不需要提供您的社会保险号或您的移民身份信息。

是否可由别人代替我申请？

对于粮食券 (SNAP) 和 Medicaid，您可以让别人帮助您申请。

对于贫困家庭临时援助 (TANF)，任何人都可以申请，但父母或看护人或孕妇必须接受面谈。



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)

粮食券 (补充营养援助计划 (SNAP))

补充营养援助计划 (SNAP)，以前被称为粮食券，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贫困家庭临时救助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	
电子信息： 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____	



福利申请书

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___（如果选是，请描述您要求的合理修改或沟通帮助）：

手语翻译___；电传打字（TTY）___；大字体___；电子通讯（电子邮件）___；盲文___；视频中继___；提示语音翻译___；口译员___；触觉翻译___；电话提醒计划截止日期___；电话签名（如果适用）___；面对面访谈（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？

所有粮食券（SNAP）、TANF 和 Medicaid 申请人：

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。

本人将根据粮食券（SNAP）和/或贫困家庭临时救助计划的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家人中了博彩金，而且总金额为 4250 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人会在家人获得上述博彩金当月末算起的十日内报告。本人明白，如果所提供的信息不准确，本人的福利可能会减少或被拒绝，并且，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉，或被公众服务部-家庭及儿童服务部取消申请资格。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和/或未能核实本人的某些费用，公众服务部-家庭及儿童服务部在计算本人的粮食券（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。

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想指定的授权代表。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：粮食券（SNAP） TANF 医疗救助

授权代表 1 职责：代表申请人签署申请书 完成并提交续期表格 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 领取 TANF 福利卡（EPPIC）

姓名 1：_____



福利申请书

组织名称 1 (如适用) : _____ 电话 : _____

地址 : _____ 公寓 : _____

城市 : _____ 州 : _____ 邮编 : _____

电子信息 : 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 ___

授权代表 2 计划类型 : 粮食券 (SNAP) TANF 医疗救助

授权代表 2 职责 : 代表申请人签署申请书 完成并提交续期表格 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 领取 TANF 福利卡 (EPPIC)

姓名 2 : _____

组织名称 2 (如适用) : _____ 电话 : _____

地址 : _____ 公寓 : _____

城市 : _____ 州 : _____ 邮编 : _____

电子信息 : 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 : _____



福利申请书

快速通道资格 (ELE) :

快速通道资格 (ELE) 是一项自动流程, 用于帮助领取营养补充援助计划 (SNAP) 或贫困家庭临时救助 (TANF) 的 19 岁以下符合条件的儿童登记或续期医疗援助计划。如果您的子女有资格获得 SNAP 或 TANF, 家庭和儿童服务部 (DFCS) 将使用 SNAP 或 TANF 提供的家庭人数、居住地址和收入信息, 但家庭和儿童服务部将根据医疗援助规则验证公民身份或移民身份, 据此做出快速通道资格决定, 让您的子女参加或续期 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 计划。如果您的子女符合 PeachCare for Kids® 资格, 他们可能需要缴纳额外费用。家庭和儿童服务部将为您发送决定通知, 允许您做出任何更改, 并允许您随时退出。

您是否同意家庭和儿童服务部使用您 SNAP 或 TANF 的信息来作出快速通道资格决定, 为您的子女注册或续期 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 计划?

是 否



福利申请书

我是否有资格更快地获得粮食券？（此资料只适用于粮食券申请人）

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 天内获得粮食券。

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。



福利申请书

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

b. 在过去 12 个月里，您是否接受过能源援助？

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 18 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，以用于抓捕在逃人员。如果您的家庭享有粮食券（SNAP）福利，该项信息包括社会保险号码，且可能会被提供给联邦和州机构和私人福利认领机构，用于收集认领信息。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 名字 中间名 首字母 姓氏	关系	是否该人在申请福利？ (是/否)	该人是否需要健康保险？ (是/否)	出生日期 格式（月/日/年）	社会安全号 (非申请人选填)	性别 (男/	西班牙裔或拉丁裔？ (选填) (是/否)	种族代码 (选填) (参见下方)	您是否美国公民、美国国家合法移民或具有合法的移民身份？ (仅限申请人填写) (是/否)
	仅自己								



福利申请书

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

AS - 亚裔

BL - 黑人或美籍非裔

HP - 夏威夷族或其他太平洋岛民

WH - 白人

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或美国国民，请完成下面的图表：

(请根据需要添加额外页面)

姓名 名字 中间名 首字母 姓氏	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/进入或获准进入美国的日期 (如适用) 格式 (月/日/年)	您或您的配偶或父母是否美国军队的老兵或现役成员？ (是/否)

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。请在下面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？（仅限粮食券（SNAP）和 TANF） 是 否

如选“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粮食券福利而被定罪？（仅限粮食券（SNAP）） 是 否

如选“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？（仅限粮食券（SNAP）和 TANF） 是 否

如选“是”：谁辞了职？_____

辞职原因？_____

4. 是否有人怀孕了？（该问题不适合粮食券（SNAP）申请人回答） 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? _____

*仅适用于贫困家庭临时援助 (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

如选“是”，如果您正在申请 Medicaid，请发送未支付的账单。

6. 是否有人被取消粮食券 (SNAP) 或 TANF 计划的资格? (仅限粮食券 (SNAP) 和 贫困家庭临时援助 (TANF))

是 否

如选“是”：

谁：_____

在哪里：_____

7. 是否有人为逃避重罪起诉或监禁而逃跑? (仅限粮食券 (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? (仅限粮食券 (SNAP) 和 TANF) 是 否

如选“是”，请具体指明是谁：_____

9. 1996 年 8 月 22 日之后，是否有人因与持有、使用或分发受管制药物相关的行为 (即毒品 重罪) 而被判重罪 (仅限粮食券 (SNAP) 和 TANF) 或暴力重罪 (仅适用于贫困家庭临时援助 (TANF)) ? 是 否

如选“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? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

b. 您是否遵守毒品重罪判刑相关的假释条款? (仅限粮食券 (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? (仅限粮食券 (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粮食券福利换取毒品而被定罪? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

如选“是”：

谁：_____ 具体时间：_____



福利申请书

11. 您或任何家庭成员是否

在 1996 年 8 月 22 日之后因购买或出售粮食券 (SNAP) 福利超过 500 美元而被定罪? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

如选“是”:

谁: _____

具体时间: _____

12. 您或任何家庭成员是否在 1996 年 8 月 22 日之后因用粮食券 (SNAP) 福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

如选“是”:

谁: _____

具体时间: _____

13. 您或您的任何家庭成员在 2014 年 2 月 7 日之后是否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、或州法律认定且由总检察长确定为实质上相似的犯罪行为? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

如选“是”:

谁: _____ 具体时间: _____

a. 您是否遵守因重罪定罪

结果而收到的任何判决之相关缓刑条款? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

b. 您是否遵守犯有重罪判刑相关的假释条款? (仅限粮食券 (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? (仅限粮食券 (SNAP)) 是 否

14. 您或您的家庭成员是否获得过博彩奖金? 是 否

如选“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 EPPIC 卡? (仅限 TANF) 是 否

如选“是”:

谁: _____ 时间: _____



福利申请书

16. 是否有福利申请者目前在领取抚养费？ 是 否

如选“是”：

谁： _____

每月领取金额： _____

抚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？如申请领取粮食券和 TANF，请同时列出下列收入：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

目前是否有人参与罢工？ 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 申请人，请列出属于老年人（65 岁或以上）、失明或残疾人的 Medicaid 申请人（丧失劳动能力的永久性损伤）的所有资源

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，请附上额外页信息）。

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	数额	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。

需要照看的人员	支付照看费用的人员	照看的原因	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？

请告诉我们更多有关申请人和其所有家庭成员的开支 (Medicaid 申请人选填)

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			
卫生费			
电话费			
其他杂费			

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 _____

说明/凭证 _____

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：

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?



福利申请书

如申请 Medicaid，请填写以下信息。

纳税申报人信息

1. 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”，具体是谁？（列出每个计划提交申报单的人。） _____
2. 请列出的报税人是否有配偶一同报税？ 是 否 如选“是”，请列出配偶姓名：

3. 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：

4. 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”，请列出报税人及受抚养人的姓名：
(报税人) _____
(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

1. 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

2. 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
3. 您或此申请表上列出的任何人在过去两个月内是否失去了健康保险？
 - a. 是 如选选“是”，失去原因是？ _____
 - b. 否



福利申请书

- 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”，申请附加保障收入的日期为：_____
- 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、其附加保障收入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（凯蒂·贝克斯特豁免）？
 是 否



福利申请书

粮食券 (SNAP) 计划处罚规定

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。
- 请勿使用他人的粮食券或 EBT 卡，也不得借用给他人使用。
- 请勿使用粮食券 (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。
- 请勿交易或出售粮食券 (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。

任何故意违反粮食券 (SNAP) 规定的家庭成员可能面临从被剥夺 1 年至被永久剥夺申请粮食券 (SNAP) 的权利，并被处以最高可达 25 万美元的罚款，最高可达 20 年的监禁，或两者并处。违反者还可能面临其他适用的联邦和州法律的起诉。根据法院下令，违反者还可能被额外剥夺 18 个月申请粮食券 (SNAP) 的权利。

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得到粮食券 (SNAP) 福利，第二次违反可能在两年之内无法得到福利，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管制物质销售交易中使用或接受粮食券 (SNAP) 福利，初犯者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收受粮食券福利，您或该家庭成员将在首次违反该规定后被永久剥夺申请粮食券 (SNAP) 福利的资格。

如果法院发现您或任何家庭成员非法交易粮食券福利得利达到或超过 500 美元，您或该家庭成员将在首次违反该规定后被永久剥夺申请粮食券 (SNAP) 福利的资格。

如果您或任何家庭成员被发现为了同时享有多项粮食券 (SNAP) 福利而对其身份 (他们是谁) 或居住地 (他们住在哪里) 作出欺骗性陈述，您或该家庭成员将被剥夺 10 年申请粮食券 (SNAP) 福利的资格。

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；再次违反将被剥夺 12 个月福利；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；再次违反将被剥夺 12 个月福利；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；再次违反将被剥夺 12 个月福利；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。

所有 Medicaid 申请者：



福利申请书

欲报告 Medicaid 福利享受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 oianonymous@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>。

所有粮食券（SNAP）、TANF 和 Medicaid 申请人：

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。

本人将根据粮食券（SNAP）和/或贫困家庭临时救助计划的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家人中了博彩金，而且总金额为 4250 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人将在家中收到博彩金当月月底起十日之内报告。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公众服务部-家庭及儿童服务部取消申请资格。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本人的某些费用支出，公众服务部-家庭及儿童服务部在计算本人的粮食券（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

_____ 我不想回答这些选民登记的问题。

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。

如果您认为有人干扰了您登记或您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、或者您选择自己的政党或其他



家庭和儿童服务部



福利申请书

政治偏好的权利，您可以向州务卿提出投诉，地址：2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 或致电 (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？

该图表解释了我们申请中使用的术语。

申请人	指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	代表孩子（包括未出生的孩子）申请并接受贫困家庭临时援助 (TANF) 的父母、孕妇、亲属或法定监护人。
失去资格	因个人通过说谎获得了本不应该得到的福利而被剥夺粮食券 (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粮食券 (SNAP) 的个人支付福利的制度。接受援助的个人将收到一张 EBT 借记卡，用于访问他们的粮食券 (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 更新您的通知设置。</p> <p>如欲使用文字通讯，请提供您的电话号码。可能会适用标准消息和数据费率。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>
EPPICard 万事达借记卡	乔治亚州已经为 TANF 领取者提供了一种便利的“电子”支付选项，称为 EPPICard 万事达借记卡。在该支付选项下，福利金会在每月的第一个日历日存入领取人的账户。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，领取者可以立即使用其福利金。
受让人亲属	代表孩子（包括未出生的孩子）以自己的名义申请并接受贫困家庭临时援助 (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转所或类似机构； 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。对于粮食券 (SNAP) 来说，即一起居住、一起购买和准备食物的个人。
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。



福利申请书

<p>2012 年中产阶级减税法案</p>	<p>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）。</p>
<p>移民农业工人</p>	<p>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。</p>
<p>非申请人</p>	<p>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。</p>
<p>合格的外国人/移民</p>	<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《海外业务、出口融资和相关计划拨款法》第 584 条规定的美亚裔移民。 • 《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人蒙族或老挝高地部落成员。 <p>仅对医疗援助申请人而言，属于《自由联合协定》（COFA）中指明的密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛共和国和帕劳共和国公民。《自由联合协定》移民不受 5 年门槛限制。</p>
<p>资源</p>	<p>现金、财产或资产，如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。</p>
<p>周期性农工</p>	<p>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。</p>
<p>粮食券（SNAP）计划中的非法交易</p>	<p>非法交易粮食福利指：(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；</p>

ADA/第 504 条通知权利

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机会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。

当为避免基于残疾的歧视而有必要进行修改时，这些部门会做出合理的修改。例如，我们可能会改变政策、做法或程序，以提供平等的机会。为了确保同样有效的沟通，我们为残疾人或他们的残疾同伴提供沟通援助，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会导致服务、计划或活动的性质发生根本改变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

如果您有残疾，并需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，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，可以打电话，比如手语翻译。您可以联系您的社工或致电 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。此外，您还可以使用《DFCS ADA 合理修改申请表》提出请求；该表可在您当地的 DFCS 办公室获取 或在线获取：<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>；或者，您也可以从 KB 办公室获取《DCH ADA 合理修改申请表》，在线地址：<https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>；或者您可以通过电子邮件将修改请求发送至：DCH.ADAassistance@dch.ga.gov。

如何投诉

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没有采取行动，您可能会提出歧视投诉。您可以通过联系您的个案工作人员、您当地的 DFCS 办公室或 DFCS 民权（Civil Rights、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/Section 504 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件：dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的案件工作者索要一份 DFCS 民权申诉表的副本。投诉表格也可在以下网站上查阅：

<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您需要帮助提出歧视投诉，您可以联系上面列出的 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 民权投诉的电子邮件是：dch.civilrights@dch.ga.gov。DCH 民权程序和申诉表的链接位于：<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》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、国籍或宗教信仰而拒绝您的资格或福利。

请不要向美国农业部（USDA）或美国卫生与公众服务部（HHS）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，禁止美国农业部、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。接受美国联邦财政援助的计划根据联邦民权法律和卫生与公众服务部（HHS）的规定，卫生与公众服务部（HHS），如贫困家庭临时援助（TANF）和 HHS 直接运营的计划也被禁止歧视。

残疾人士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），应与申请福利的机构（州或地方）联系。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 与美国农业部取得联系。此外，计划信息可能会以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写一封信给美国农业部，并在信中提供表格中所要求的所有信息。如欲索取投诉表格副本，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美国农业部：

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

如欲了解 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](#)（单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，包括贫困家庭临时救助、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。

如要为自己或他人就通过卫生与公众服务部接受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/>。您也可以通过邮寄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；或电子邮件：OCRmail@hhs.gov。为了更快地处理投诉，我们建议您通过民权办公室的门户网站而不要通过邮寄方式提交投诉。如果需要协助，民事权利投诉者可以给民权办公室发送电子邮件：OCRMail@hhs.gov，或拨打民权办公室免费热线：1-800-368-1019，文本电话：1-800-537-7697。如有耳聋、听觉困难或表达困难的人士，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。对于因英语水平有限而受到歧视的投诉，请联系乔治亚洲公众服务部总法律顾问办公室（Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel）（地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334）的 DHS 有限英语水平和感觉障碍计划（DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program），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