



佐治亚州人类服务部

福利申请



如果你需要帮助填写此申请表或需要帮助与我们沟通，请告知我们或致电 **1-877-423-4746**。如果你耳聋或有听力障碍，请拨打佐治亚中继电话 **1-800-255-0135**。我们的服务是免费的。

在家庭和儿童服务部 (DFCS) 我们提供什么服务？

家庭和儿童服务部 (DFCS) 提供以下服务：



食品援助

食品券是你可用在任何具有 EBT/Quest 标识的商店购买食品的福利。我们将从你的食品券账户减除你所购食品的价格。



现金援助/就业支持服务

贫困家庭临时援助 (TANF) 为需抚养子女的家庭提供短期现金援助。接受资助的家长或看护人需要参加工作计划。
现金援助方案还向不符合贫困家庭临时援助 (TANF) 计划条件的难民家庭提供经济援助。



医疗援助

对于有资格获得医疗补助的人员，此项服务可支付医疗费账单、医生诊费和联邦医疗保险费。



社区外展服务

欲了解人类服务部 (DHS) 的更多服务资讯，请访问我们的网站：
www.dfcs.dhr.georgia.gov 或致电 1-877-423-4746。

我如何申请福利？

第1步。填写申请表

仔细阅读问题并提供准确资料。在申请表上签名并填写日期。

第2步。递交申请。你将需要撕下第1页到第3页，自己保留。

可通过邮寄、传真、或亲自把本申请表的第4 - 13页送至当地的**家庭及儿童服务部 (DFCS) 办公室**。如果你或你代为申请的人符合申请此项福利的资格，我们将从收到有你姓名、地址和签名的申请表之日起提供食品券或贫困家庭临时援助。

如果你申请食品券和/或医疗补助，你可以提交一份上面只有你的姓名、地址和签名的福利申请。不过，如果你完整填写整个表格，则可以帮助我们更快地审批你的申请。你可以用此表格联合申请多个计划或者只申请食品券。你的食品券申请不会因为你的另一个项目申请被否决而被否决。我们会对你的食品券申请做独立的资格审批。如果你目前入住社会收容机构，同时又在申请食品券和社会安全生活补助金，那么你的申请日期即为你离开社会收容机构的日期。

第3步。与我们面谈。

你可能需要与一名工作人员面谈。如果需要，我们将为你安排一次面谈时间。面谈可以通过电话完成。

常见问题

获得这些福利需要多长时间？

食品券：最多 30 天
贫困家庭临时援助：最多 45 天
医疗补助：10 至 60 天

如果你符合条件，你有可能在7日内获得食品券。请参见第7页。

我会获得多少福利？

你的收入、资源和家庭人口多少决定福利数额。在确定你的资格后，我们将为你提供具体的信息。

我将如何得到我的福利？

就食品券而言，你将得到一张电子福利划拨 (EBT) 卡，以此获得你的食品券福利。如果你申请到**贫困家庭临时援助**，你将得到一张万事达转账卡 (EPPIC)，用以获取福利。**而每个符合医疗援助条件的成员都将收到一张医疗卡。**

我需要提供什么资料？

请提供以下资料：

- 如果申请食品券和/或贫困家庭临时援助 (TANF)，申请人须提交身份证明。如果申请医疗补助，每个人都须提交身份证明。例如：身份证或驾照。
- 每个福利申请人的美国公民身份证明/合格的移民状态证明。**如果仅申请紧急医疗服务，则无需提供社会安全号码或移民身份信息。**
- 每个申请人的社会安全号码。
- 收入证明，例如工资存根、儿童抚养费付款和收入通知函
- 开销证明，例如儿童看护费收据、医疗费账单、医疗交通费用和儿童抚养费付款。

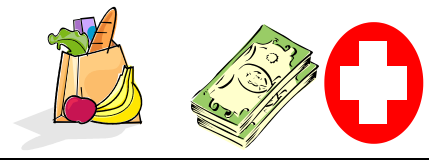
你会有时间将资料到递交我们的办公室。如果你需要帮助取得这些文件，请告诉我们。

我们如何使用申请人的个人资料？

你只需要提供想要申请福利的个人的社会安全号码和公民或移民身份。这些资料将被用于检查收入和资格验证系统 (IEVS)。我们也将把你的资料与其他联邦、州和地方机构相对照，以验证你的收入和资格。如果有一名家庭成员不希望向我们提供其社会安全号码、公民身份或移民身份，家庭的其他成员仍可能会得到福利。**如果仅申请紧急医疗服务，则无需提供社会安全号码或移民身份信息。**

别人可为我申请吗？

可以，对于食品券和医疗补助，你可以请别人为你申请。对于困难家庭临时援助，任何人都可以申请，但其父母或看护人必须接受面试。



本机构禁止因种族、肤色、国籍、残疾、年龄或性别以及在某些情况下的宗教和政治信仰而歧视他人。

美国农业部（USDA）也禁止在由 USDA 开展或提供资金支持的任何项目或活动中因种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治观点而歧视他人，或针对从前的民权活动进行报仇或报复。

残疾人士如果需要其他的通讯方式以了解本项目的相关信息（例如点字、大型字体、录音带、美式手语等等），请联络申请福利的（州或本地的）机构。失聪、有听力或语言障碍的个人可通过拨打联邦中继服务电话（800）877-8339 联络 USDA。另外，我们还可提供除英文以外其他语言的项目信息。

如果要投诉项目中的歧视现象，请通过网站http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html或在任何 USDA 的办公室索取并填写 [USDA 项目歧视申诉表](#)（AD-3027），或致信 USDA 并在信中提到所有表格中所需信息。你可以致电（866）632-9992，索要申诉表格。请将填写好的表格或信件通过以下方式提交至 USDA：

（1）邮寄到：U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

（2）传真：（202）690-7442；或

（3）电邮：program.intake@usda.gov.

如需获取有关补充营养援助计划（SNAP）问题之任何其他信息，可致电 USDA 的 SNAP 热线电话（800）221-5689 联系（可提供西班牙语服务），或者点击http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm，拨打[州信息/热线电话](#)（点击该链接可查看各州的热线电话号码一览表）。

如果要对通过美国卫生和人类服务部（HHS）接受联邦资助的项目提出歧视投诉，请致函 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 或致电(202) 619-0403（语音）或 (800) 537-7697 (TTY)。

本机构是一个均等机会提供者。

你也可以通过联系位于 Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 的家庭和儿童服务部(DFCS)公民权利计划，或致电（404）657-3735 或传真至（404）463-3978 提出歧视投诉。要使用为英语能力有限和感官受损人员提供的服务，请联络位于 Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 的人类服务部(DHS) 有限英语能力和感官受损计划，或致电（404）657-5244 或传真至（404）651-6815。

根据社区卫生服务部（DCH）政策，医疗补助不能因你的种族、年龄、性别、残疾、国籍、或政治或宗教信仰而拒绝你的资格或福利。举报医疗补助资格或提供者的歧视，请致电佐治亚州社区卫生之廉正计划办公室，（本地电话）404-463-7590，（免费电话）800-533-0686。

本申请表中的术语是什么意思？

本表解释了申请表中所用术语的含义。

看护人	是指为其看护的儿童代为申请并获得贫困家庭临时援助的父母、亲属或法定监护人。
承授人亲属	是指以他或她的名字，代表孩子们申请并接受贫困家庭临时援助的家长、亲属或法定监护人。
取消资格	是指对于没有告知真实情况并获得了不应得福利的个人所采取的取消其食品券或贫困家庭临时援助个案的措施。
电子福利划拨 (EBT)	是指在佐治亚州使用的一种用于向有资格获得食品券的个人支付福利的系统。接受援助的个人获发放一张电子福利划拨(EBT)借记卡，用于访问其食品券账户。
EPPICard 万事达借记卡	是指 Xerox 向佐治亚州接受现金援助的个人发行的新借记卡。EPPICard 万事达借记卡可以在任何接受万事达卡的地方用于购物和提取现金。
家庭成员	是指居住在你家中的个人。对食品券而言，是指共同生活，购买以及共同制作食品的个人。



申请表中的术语是什么意思？

收入	是指包括工资、薪水、佣金、奖金、劳工赔偿、残障、退休金、退休福利、利息或任何其它形式的金钱收入。。
总收入	是指个人在赋税或交付其他减免款项之前的收入。
农场流动工人	季节性农场工人，以及从一个家庭基地前往另一个基地工作或寻找农场工作的人。
财产	是指现金、房产或资产，例如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。
季节性农场工人	是指在每年特定时节工作，进行种植、收摘或打包农产品的个人。他们因农场雇用的长期工人人手不足，而获得临时雇用。
补充营养援助计划 (SNAP) / 食品券计划的非法交易	补充营养援助计划 (SNAP) 福利的非法交易是指： (1) 通过电子福利划拨(EBT)、卡号和个人密码 (PIN) 或代用券以及签名的形式， 购买、出售、窃取或以其他方式交换补充营养援助计划发出或提供的 (SNAP) 福利，以换取现金或非合格食品的报酬，且无论是直接地、间接地同谋或与他人串通，或单独行动；(2) 交换枪支、弹药、爆炸物，或者受控物质；(3) 使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购买一类需要就容器支付返还押金的产品，以期通过丢弃产品并返回容器的方式换取押金，以及故意丢弃产品并返回容器以换取押金；(4) 使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购买产品，意图通过倒卖该产品的方式换取现金或合格食品之外的代价，然后再故意倒卖使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购买的产品换取现金或合格食品之外的代价 (5) 故意购买补充营养援助计划 (SNAP) 福利的原产品，来换取现金或合格食品之外的代价。(6) 通过电子福利划拨(EBT)卡、卡号和个人密码 (PIN) 或代用券以及和签名，来试图购买、出售、窃取或以其他方式交换补充营养援助计划发出或提供的 (SNAP) 福利，以换取现金或非合格食品的报酬，且无论是直接地、间接地同谋或与他人串通，或单独行动。
具有资格的外国人/移民	具有资格的外国人/移民是指合法居住在美国的、属于以下类别之一的人士：符合移民与国籍法案 (INA) 规定的合法永久居民 (LPR)；符合 1988 年海外业务、出口融资和相关项目拨款法案第 584 条款的美亚混血移民；符合移民与国籍法案第 208 条款被授予庇护的人士；按移民与国籍法案第 207 条款承认其难民身份的人士；根据移民与国籍法案 212(d) (5) 节，假释入境美国至少 1 年时间的人士；符合 1997 年 4 月 1 日之前生效的移民与国籍法案第 243(h) 节，或根据修订的第 241(b) (3) 节暂缓强制驱逐出境的人士；符合 1980 年 4 月 1 日之前生效的移民与国籍法案第 203(a) (7) 节的有条件入境者；符合 1980 年的难民教育援助法案第 501(e) 节的古巴和海地移民；符合 2000 年的人口贩运被害人保护法第 107(b) (1) 节规定的人口贩运被害人士；符合 1996 颁布的个人责任和工作机会协调实践法案 (经修订) 第 431 (c) 节规定的受虐移民；符合移民与国籍法案第 101(a) (27) 节特批的阿富汗和伊拉克移民 (在特定条件下)；符合移民与国籍法案第 289 条款规定的在加拿大出生、居住在美国的美洲印第安人，或印第安人自决和教育援助法案第 4(e) 节联邦承认的印第安人部落的非公民，以及在越战期间 (1964 年 8 月 5 日 - 1975 年 5 月 7 日) 提供协助美方人员采取军事救援行动的苗族或高地老挝的部落成员。
2012 年中产阶级减税法案	该法案禁止使用现金援助资金或贫困家庭临时援助计划的借记卡提取现金，或用于赌场、酒类专卖店，成人娱乐设施、棋牌室、保释金、夜总会/美发/酒馆、宾果游戏厅、赛道、博彩场所、枪支/弹药店、邮轮，占卦、吸烟店、纹身/穿孔店和水疗/按摩沙龙支付交易。领受者在这些场所使用现金援助资金，或使用贫困家庭临时援助借记卡付账，即构成故意违反计划 (诈骗) 行为。
申请人	是指选择申请或接受公共援助/福利的个人

非申请人	是指没有申请或领取公共援助/福利的个人。非申请人无须提供社会安全号、公民或移民身份。
援助单位	是指包括居住在一起且共同获得公共援助 / 福利的合格人士。



福利申请



我申请什么？请勾选所有适用的项目：

☐ 食品券

食品券计划为低收入家庭提供每月福利以帮助支付食品费用。此计划也提供营养教育和帮助符合资格的家庭满足食品和营养需求。

☐ 贫困家庭临时援助 (TANF)

贫困家庭临时援助 (TANF) 提供按月发放的临时现金援助、单次发放的现金援助或其他支援服务，以帮助符合资格并有小孩的家庭。如果你是孩子的父母或看护人，并希望加入此项资助计划，我们将要求你参加工作计划。

☐ 难民现金援助

难民现金援助计划为不符合贫困家庭临时援助 (TANF) 资格的难民家庭提供经济援助。术语“难民”的涵盖范围包括难民、古巴人/海地人、人口贩卖受害者、美亚混血儿和无人陪伴的未成年难民。

☐ 医疗补助

医疗补助为老年人、失明或残障的成人、孕妇、儿童和家庭提供医疗承保。在你申请时，我们将查看所有医疗援助计划项目以确定你符合哪些项目的资格。

告诉我们申请人的情况

申请人或代理申请人与我们沟通是否需要协助？如果需要的话，请勾选所有适用的项目。

() 聋哑人文字电话 () 盲文 () 大号书写字 () 电子邮件 () 视频中继 () 手语翻译员 _____
() 外语翻译元 (指定语言) _____ () 其他 _____

请在下表中填写有关申请人的资料。

名	中间名缩写	姓	后缀
你居住的街名		公寓号	
城市	州	邮政编码	
邮寄地址 (如果不同)			
城市	州	邮政编码	
主要电话号码	其他联系电话	电子邮件地址 (选填)	



佐治亚州人类服务部

福利申请



我声明, 据本人所知及所信, 我代为申请福利的人是美国公民, 或者是合法居留在美国的人士, 如作伪证, 愿受处罚。本人进一步证明, 据我所知, 所有在本申请表中的资料是真实和正确的。我理解并同意, 人类服务部和授权的联邦机构可以验证我在本申请表中所提供的信息。信息可以从过去或现在的雇主处获得。我会根据食品券/医疗补助和/或贫困家庭临时援助(TANF)计划的要求上报个人情况发生的任何变化。如果有任何信息不正确, 福利可能会减少或被拒绝, 我可能会受到刑事起诉, 或因为故意提供不正确信息而被取消人类服务部计划资格。我知道, 我可以因为提供虚假信息或隐藏信息被起诉。我还明白, 在我的申请或续期的面谈中, 如果我不向人类服务部通告我的一些费用, 和/或没有证实这些费用属实, 人类服务部在计算我的食物券福利金额时便可以不对这些费用做出预算。

签名

日期

如用“X”签名, 见证者须在此签名

日期

我能否让别人代替我申请食品券或医疗补助?

只有在你希望他人替你填写申请表和/或代你进行面谈、和/或在你无法前往商店时使用你的 EBT卡购买食品, 才需要填写以下部分。如你是申请医疗补助(Medicaid), 你可以选择通过多位人士代表你申请医疗援助。

姓名: _____ 电话: _____
地址: _____ 公寓号: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

姓名: _____ 电话: _____
地址: _____ 公寓号: _____
城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

对于医疗援助, 你想要此人得到一份你的医疗援助卡的复印件吗? ☐是 ☐否

For Office Use Only (办公室专用)

Date Received: _____



我是否有资格更快得到食品券？

请回答以下有关申请人和所有家庭成员的问题，看你是否能够在 7 天内得到食品券。

1. 你或任何家庭成员是流动或季节性农场工人吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，谁 _____

2. 本月将收到的工资总收入： \$ _____
雇主名称 _____
雇用开始日期 _____ 雇用截止日期 _____
工资率 _____ 每周工作小时数 _____ 每周/每两周/半月/每月（请选一）

3. 本月将收到的非工资总收入： \$ _____
非工资收入类别 _____ 金额 _____ 每周/每两周/半月/每月（请选一）
非工资收入类别 _____ 金额 _____ 每周/每两周/半月/每月（请选一）

4. 本月工资与非工资收入总额： \$ _____

5. 你和你所有家庭成员的银行存款金额或现金数目？ \$ _____

6. 你每月支付多少房租、房屋按揭、物业税和/或房屋保险？ \$ _____

7. 你本月的水、电、煤气和/或其他公用事业费用的总金额为多少？ \$ _____
(总金额中包括逾期金额及迟交罚款)



福利申请



告诉我们申请人和所有家庭成员的情况

请填写下面的表格，说明申请人以及所有家庭成员的情况。根据以下的联邦法律和法规：2008年食品和营养法案、美国法典第7卷第2011-2036条、联邦法规第7篇第273.2条、联邦法规第45篇第205.52条、联邦法规第42篇第435.910条和联邦法规第42篇第435.920条之规定，这些法律和法规授权家庭及儿童服务部（DFCS）可以要求你和你的家庭成员提供社会安全号码。如果你的家庭中的任何一员不申请福利，那么这个人便可以被视为一个非申请人。非申请人可以不向我们提供他们的社会安全号码、公民身份、或者移民身份的信息，他们也就没有申请福利的资格。但是，如果其他家庭成员够条件，仍有资格获得福利。如果你希望我们来决定你的任何家庭成员是否有资格享受福利，你就需要告诉我们他们的公民或移民身份，并向我们提供他们的社会安全号码(SSN)。你也同时需要告诉我们他们的收入和财产状况，以决定其是否有资格以及确定家庭接受福利的水平。对于不提供其公民或移民身份的非申请人的家庭成员个人，我们也不会向美国公民及移民服务部(USCIS)的外国人权利验证系统（SAVE）报告。但如果在你的申请表上提供了移民身份的信息，这一信息有可能需要经过外国人权利验证系统（SAVE）的验证，其结果也有可能影响到家庭接受福利的资格和水平。我们会将你的信息与其他联邦、州和地方机构的信息匹配，以验证你的收入和资格。此信息也可以提供给执法人员使用，可以使他们抓获逃避法律制裁的罪犯。如果你的家庭有食品券索赔案件，在此表格上的信息，包括社会安全号码，可能会提供给联邦及州政府机构和私营收账公司使用，使他们可以追讨索赔。我们不会仅因为其他家庭成员不能提供他们的社会安全号码、国籍或移民身份，而拒绝申请人家庭成员的福利申请。。

姓名 名 中间名缩写 姓	与你的 关系	此人要申请 福利吗？ (是/否)	出生日期 日期格式 (- / - / -)	社会安全号码 (仅限申请人)	性别 (男/女)	西班牙裔/ 拉丁美裔 (选择性) (是/否)	种族代码 (选择性) (参见下面 的代码)	你是一名美国公 民、符合条件的 外国人/移民吗？ (仅限申请人) (是/否)
	本人							
种族代码 （选择所有的适用项）： AI – 美国印第安人/阿拉斯加原住民 AS – 亚洲人 BL – 黑人/非洲裔美国人 HP – 夏威夷土著/太平洋岛民 WH – 白人								
提供种族/族群资料，有助于我们以非歧视性的方式执行我们的计划。我们不要求你的家庭成员给我们提供这些资料，这样也不会影响你的资格或福利水平。								



福利申请



告诉我们更多关于申请人和所有家庭成员的情况

我们需要申请人及所有家庭成员的更多资料，来决定谁符合资格享受福利。请在下面回答有关你希望获得之福利的问题。

1. 是否有人已经获得其他县或州的福利？

☐ 是 ☐ 否

如果是：

谁： _____

地点： _____

时间： _____

2. 是否有人曾在 1996 年 8 月 22 日之后因提供虚假住址和身份以获得多项食品券福利而被定罪？(只适用于食品券)

☐ 是 ☐ 否

如果是：

谁： _____

地点： _____

时间： _____

3. 在申请之日起的 30 天内，家庭中是否有任何人自愿辞去一份工作、或自愿地把他/她的工作时间减少到每周 30 小时以下？(只适用于食品券及贫困家庭临时资助)

☐ 是 ☐ 否

如果是，是谁辞去工作？ _____
他/她为什么辞职？ _____

4. 是否有人怀孕？*如果有的话，请提供怀孕证明。

☐ 是 ☐ 否

如果是，谁 _____

预产期： _____

(这个问题并不适用于只申请食品券的申请人)

5. 对于申请医疗补助的人，是否有人在过去三个月有未支付的医疗费账单？

☐ 是 ☐ 否

(此问题不适用于只申请食品券或贫困家庭临时资助的申请人)

6. 是否有人被取消食品券或贫困家庭临时资助 (TANF) 计划资格？

☐ 是 ☐ 否

如果是，

a. 谁： _____

b. 在哪里： _____

7. 是否有人试图避免重罪起诉或监禁？(只适用于食品券及贫困家庭临时资助)

☐ 是 ☐ 否

如果是，谁： _____



佐治亚州人类服务部
福利申请



8. 是否有人违反缓刑或假释条件? (只适用于食品券及贫困家庭临时资助)

☐ 是 ☐ 否

如果有, 谁: _____

9. 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后因拥有、使用或分发受管制药物而被指控犯有重罪 (只适用于贫困家庭临时资助和食品券申请人) 或暴力犯罪 (只适用于贫困家庭临时资助申请人)?

☐ 是 ☐ 否

如果有:

谁: _____

什么时候: _____

10. 你或任何家庭成员是否有在 1996 年 8 月 22 日之后曾因贩卖食品券福利以获得毒品而定罪?

☐ 是 ☐ 否

(只适用于食品券)

如果有:

谁: _____

什么时候: _____

11. 你或任何家庭成员是否有在 1996 年 8 月 22 日之后曾因买卖食品券福利 500 美元以上而定罪?

☐ 是 ☐ 否

(只适用于食品券)

如果有:

谁: _____

什么时候: _____

12. 你或任何家庭成员是否有在 1996 年 8 月 22 日之后曾因交易食品券福利以获得枪支、弹药或爆炸物而被定罪? (只适用于食品券)

☐ 是 ☐ 否

如果有:

谁: _____

什么时候: _____

13. 是否有人在以下场所使用贫困家庭临时资助 (TANF) 资金或万事达借记卡 (EPPIC): 酒店、赌场、棋牌室、成人娱乐场所、保释债券、夜总会、沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛车道、枪/弹药店、游船、看相、烟品商店、纹身/穿孔店、水疗/按摩美容院? (只适用于贫困家庭临时资助)

☐ 是 ☐ 否

如果有: _____

谁: _____

什么时候: _____



福利申请



告诉我们关于申请人和所有家庭成员的收入

你或你正在帮助其申请的人有没有接收任何类型的收入，如工资、小费、奖金、自雇收入、社会保障金/铁路退休金、其他残疾金、VA收入、退休金、失业金、子女抚养费、赡养费、他人给予的金钱、工伤赔偿金，或任何其他收入？

有收入的家庭成员姓名	收入类型	雇主名称/收入来源	每月数额（扣除前）	收入频率（每月，每两周，每周）	每小时工资金额	每周几小时	支付日期

告诉我们关于申请人和所有家庭成员的消费情况

你是否支付照顾受抚养子女或残障成年家庭成员的费用？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 如果是，请填写下面的表格。

需要照顾的家庭成员	支付照顾费用的家庭成员	需要看护原因	看护提供者姓名/号码	支付看护提供者的金额	支付频率

有没有任何 60 岁或以上人士或残疾人士有医疗费用？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 如果是，请填写下面的表格。

有费用的家庭成员	费用类型 (看医生、医院就诊、处方、联邦医疗或健康保险保费、眼镜)	欠款金额	仍然欠款？是/否	支付日期	保险会支付吗？是/否

有没有任何 60 岁或以上人士或残疾人士有医疗运输交通费用？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 如果是，请填写下面的表格。

行程的目的 (看医生或医院就诊，药房取药)	行车总英里数	出租车、公交车、停车场或住宿费用



福利申请



告诉我们更多关于申请人和所有家庭成员的费用情况

有没有家庭成员向某个不住在家里的人支付子女抚养费？是 ☐ 否 ☐ 如果是，请填写下面的表格。

有义务支付该费用的家庭成员	为其支付抚养费的儿童姓名	义务支付的费用金额	实际支付金额	儿童抚养费付给谁

你或家庭成员是否支付任何住所费用？请填写下面的表格。是 ☐ 否 ☐

如果是，请填写下面的表格。

费用	金额	多久一次？	谁支付？
租金/按揭			
房产税			
房产保险			
电费			
气费			
垃圾处理费			
电话费			
其他			

你是否与家里任何人分担家庭每月开支？是 ☐ 否 ☐

如果是，谁？_____

意见/记录文档_____

付款给谁_____ 付款金额\$_____ 每_____

业主姓名_____

业主地址：_____

你在过去 12 个月里是否收到能源援助？是 ☐ 否 ☐ 如果是，收到的金额是多少 \$_____

是否有其他人为你支付这些家庭账单？是 ☐ 否 ☐ 如果是，请填写下面的表格：

谁支付账单？	支付什么账单？
支付了一多少钱？	此人向谁支付这些账单？



食品券计划处罚

你可能会因故意提供虚假信息而失去你的福利或受到刑事起诉。

- 不要为了获得您的家庭不应得到的福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不要使用别人的食品券或电子福利划拨 (EBT) 卡，不要别人让使用你的卡。
- 不要使用食品券福利购买非食品物品，如酒精或香烟或支付信用卡。
- 不要使用食品券或电子福利划拨 (EBT) 卡交易非法物品，如枪支、弹药或受控物质（非法毒品）。

如果你的家庭中的任何成员故意违反这些规则中的任何一项，将被禁用食品券计划 1 年至永久禁用，该成员同时会被处以最高 25 万美元罚款，20 年监禁或二者兼有。她/他还可能受到其他适用的联邦或州法律之起诉。如果法庭下令，也可能将被禁用食品券/补充营养援助计划 (SNAP) 的处罚另外增加 18 个月。

如果你的家庭中的任何人故意违反规则，第一次违反，将被禁用食品券计划 1 年，第二次违反，将被禁用食品券计划 2 年，第三次违反，将被永久禁用食品券计划。

如果法庭判决你或任何家庭成员在销售一种受控物质的交易中使用或获得食品券福利而有罪，第一次违反，你或此家庭成员将失去福利资格 2 年，第二次违反，将永久失去获取福利的资格。

如果法庭判决你或任何家庭成员在涉及枪支、弹药或爆炸物销售的交易中使用或获得福利而有罪，第一次违反，你或此家庭成员将永久失去参与食品券计划的资格。

如果法庭判决你或任何家庭成员犯有福利非法交易罪，涉案合计金额为 500 美元或 500 美元以上，第一次违反，你或此家庭成员将永久失去参与食品券计划的资格。

如果你或任何家庭成员被发现为获取多项食品券福利，就有关身份（他们是谁）或居住地（他们住的地方）做出欺诈性的陈述或申述，你或此家庭成员将失去参与食品券计划资格 10 年。

贫困家庭临时援助计划处罚

在贫困家庭临时援助计划中，通过故意提供虚假或具误导性的信息，以建立或维持一个援助单位 (AU) 的资格、增加福利、防止福利减少；以及隐瞒信息，以避免导致负面措施或者在禁止场所使用援助现金，都被视为故意违反计划的行为。

- 任何家庭成员隐藏信息，不及时申报变更，或隐瞒使用现金援助金或 TANF 借记卡提取现金或在以下场所进行交易的事实：赌场、酒店、成人娱乐场所“脱衣舞俱乐部”、棋牌室、保释债券、夜总会/美发/酒馆、宾果游戏厅、赛道、游戏场所、枪支/弹药商店、游船、通灵者、品烟店、纹身/穿孔店和水疗/按摩沙龙，均是严禁行为。隐藏信息，不报告变更者，首次违规将失去 TANF 福利六个月，第二次违规将失去十二个月 TANF 福利，第三次违规将永久失去 TANF 福利。
- 如果法庭认定你或家人隐瞒信息，或者你没有及时申报变更或不如实反映情况，被定罪，首次违规将失去 TANF 福利 12 个月，第二次违规将永久失去 TANF 福利。
- 如果法庭认定你或任何家庭成员为了得到超过一个州的福利而提供关于你住所的虚假信息，你将在 10 年内不得享受福利。
- 如果在 1997 年 1 月 1 日或之后，法庭裁定你或家庭成员犯有与毒品或受控物品有关的罪行或严重暴力重罪，你或那位家庭成员将失去资格和/或被永久取消资格。

所有食品券、贫困家庭临时援助、和医疗补助申请者：

我声明，据本人所知及所信，我代为申请福利的人是美国公民，或者是合法居留在美国的人士，如作伪证，愿受处罚。本人进一步证明，据我所知，所有在本申请表中的资料是真实和正确的。我理解并同意，人类服务部和授权的联邦机构可以验证我在本申请表中所提供的信息。信息可以从过去或现在的雇主处获得。我会根据食品券/医疗补助和/或贫困家庭临时援助(TANF)计划的要求上报个人情况发生的任何变化。如果有任何信息不正确，福利可能会减少或被拒绝，我可能会受到刑事起诉，或因为故意提供不正确信息而被取消人类服务部计划资格。我知道，我可以因为提供虚假信息或隐藏信息被起诉。我还明白，在我的申请或续期的面谈中，如果我不向人类服务部通告我的一些费用，和/或没有证实这些费用属实，人类服务部在计算我的食物券福利金额时便可以不对这些费用做出预算。

申请人签名

日期

授权代表的签名

日期

Case Manager's Name and Signature
(个案经理的姓名及签名)

Date
(日期)