

乔治亚州公众服务部
粮食券(SNAP)/医疗补助计划/贫困家庭临时救助续期表格

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，请咨询我们或拨打**(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。

只限办公室内使用: 接收日期_____ 客户 ID 号_____ 启动日期_____ 启动项目: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> 粮食券(SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid
--

如果您正在申请粮食券(SNAP)、贫困家庭临时救助和/或医疗补助计划，您在申请中只填写您的姓名、地址和签名信息即可。但是，如果您完整填写表格并按要求提供验证信息，将有助于我们更快地处理您的申请、重新认证/续期服务。您可以使用此表格同时提出续期/申请粮食券(SNAP)/医疗补助计划和/或贫困家庭临时救助项目，或只申请粮食券(SNAP)项目。您的粮食券(SNAP)续期不会仅仅因为您续期/申请的其他计划被否绝/终止而无法通过。我们将单独审核您的粮食券(SNAP)续期资格，并做出决定。

请在下面的空白处打出重新申请福利人的姓名和地址:

客户姓名:	出生日期:	社会保险号码: (非申请人选填*)
		*请参阅下面的公民、移民身份和社保险号码。
街道地址:		
邮寄地址:		
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)	电子邮箱地址 (选填)	
您的首选语言是?	如果需要面试, 您需要口译员吗? 是_____或否_____	

《美国残障人士法》: 请求合理的修改和沟通帮助 (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, 请说明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____; 电子信息 (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____; 电话提醒项目截止日期____; 电话签名(如适用)____; 面对面的会谈(家访)____; 其他_____:

您是否需要一次性还是持续的合理修改或沟通帮助? 如有可能, 简要说明何时需要修改或帮助, 需要多长时间?

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，如说谎，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都是真实无误的。本人理解并同意，公众服务部—家庭及儿童服务部和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否绝，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、电子邮箱地址和出生日期等。向我方提交任何个人信息，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

如由“X”签署无误，证人签名

日期

快车道资格(ELE):

快车道资格是一项自动流程，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，由此做出快车道资格决定，让您的子女参加或续期医疗补助计划或 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 的信息来作出快车道资格决定，为您的子女注册或续期医疗补助计划(Medicaid)或 PeachCare for Kids® 计划？

是 否

授权代表:

只有当您委托他人或某组织帮助您填写申请/续期、代您参加 SNAP 或 TANF 的面试、和/或当您无法去商店时使用您的粮食券 EBT 卡代您购买食物时,才需填写此处内容。请在每个项目类型中审核您想指定的授权代表。请审核您希望他人或组织承担哪些职责。如果您正在申请医疗补助计划,您可以选择一人以上或某个组织代表您申请医疗救助。

授权代表 1 项目类型: 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: _____
机构名称 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)
电子邮箱地址 (选填) _____
首选语言: _____ 是否需要口译员? 是 ___ 或 否 ___

授权代表 2 项目类型: 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: _____
机构名称 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)
电子邮箱地址 (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 ___ 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 ___; 电子信息 (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 ___; 电话提醒项目截止日期 ___; 电话签名(如适用) ___; 面对面的会谈(家访) ___; 其他: _____

授权代表需要一次性 ___ 还是持续需要 ___ 合理修改或沟通帮助?

如有可能, 简要说明何时需要修改或帮助, 需要多长时间? _____

仅限医疗补助计划:

您打算明年提交联邦所得税申报表吗? (即使您不提交联邦所得税申报表, 您仍然可以申请健康保险。)

是 否 如选是, 请回答问题 a、b、c。如选否, 请回答问题 c。

- a. 您打算和配偶一起提交吗? 是 否 如选是, 配偶姓名: _____
- b. 您会在您的纳税申报表上申报任何受供养人吗? 是 否 如选是, 请列出受供养人姓名: _____
- c. 有人会出现在其他人的纳税申报表受抚养人名单中吗? 是 否 如选是, 请列出报税人和受抚养人的姓名: _____ 受抚养人与纳税申报人的关系是? _____

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, 请访问我网站 <http://dfcs.georgia.gov> 或 拨打(877)423-4746。
 请回答所有问题, 并按要求提供所有收入和支出证明。

公民、移民身份和社会保险号码:

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》U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 以及 42 C.F.R. § 435.920, 授权家庭和儿童服务部索取您和您的家庭成员的社会保险号码。任何住在您家但没有申请福利的人都可能被视为非申请人。非申请人不必向我们提供其社会保险号码、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)。您仍然需要告诉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。如果他们未向我们提供他们的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。这些信息也可能被提供给执法人员, 用以抓捕在逃人员。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, 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。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。

名字	中间名	姓氏	西班牙裔或拉丁裔? (选填)	种族 (选填)	性别 男/女	出生日期 格式 (月/日/年)	与您的关系	社会保险号码 (非申请人选填)	您是美国公民, 美国国民, 合格移民或拥有令人满意的移民身份吗? (仅限申请人填写) (是/否)	这个孩子的母亲是同住者吗? (是/否)	这个孩子的父亲是同住者吗? (是/否)	您想获得医疗补助计划吗? (是/否)
			(是/否)				仅自己		(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)

种族代码 (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项目。您的家庭不需要向我们提供这类信息, 也不会影响您的资格或福利水平。但是, 如果您没有提供这些信息, 在第一次面对面面试时, 我们会对您的种族和民族进行视觉判断。

如果您或其他家庭申请人是已归化公民或合格的外国人/移民，请填写以下表格：

(请根据需要添加额外页面)

姓名 名 中间名首字母 姓	移民文档类型	外国人/证书/文件 ID 号码	您自 1996 年 起就在美国居 住吗？ (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 父母是美国军队 的老兵或现役成 员吗？ (是/否)

仅限医疗补助计划：

您家里有人在 18 岁时被寄养过吗？ 是 否

如果您有不与您同住的纳税受抚养人，请在下面列出

姓名：_____ 社会保险号码_____ 性别：男 女(请圈出一项)

出生日期：_____ 公民身份：_____

和您的关系：_____ (请根据需要添加额外页)

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. 有人在其他县或州获得过任何福利吗?(仅限申请粮食券(SNAP) 和 TANF)

是 否

如选**是**：

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?(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选**是**：

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? (仅限申请粮食券(SNAP) 和 TANF) 是 否

如选**是**：谁辞了职？_____

辞职原因？_____

4. 有人怀孕了吗? (该问题不适合粮食券(SNAP)申请人回答) 是 否

如选**是**， 预产日期是什么时候？ _____; 准备生几个孩子？ _____

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**， 分娩/终止妊娠的日期是？ _____; 生了/准备生几个孩子？ _____

孕妇姓名： _____ 未出世婴儿父亲姓名： _____

父亲地址： _____

5. 对于医疗补助申请人, 有没有人在过去 3 个月内有未付医药费? 是 否
如选**是**, 如果您正在申请医疗补助, 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? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否
如选**是**:
是谁: _____
在哪里: _____
7. 是否有人为逃避重罪起诉或监禁而逃跑? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否
如选**是**, 请具体说明是谁: _____
8. 是否有人违反缓刑或假释的条件? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否
如选**是**, 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(仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF)或暴力重罪(仅限申请 TANF)? 是 否
如选**是**:
是谁: _____ 具体时间: _____
- a. 您是否适用于因毒品重罪被判刑相关的缓刑条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
- b. 您是否适用于因毒品重罪被判刑相关的假释条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
- c. 您是否服完了**所有**与毒品相关的**缓刑或假释刑期**? (仅限申请粮食券(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?(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
如选**是**:
是谁: _____ 具体时间: _____
11. 在 1996 年 8 月 22 日以后, 您或您的任何家庭成员是否曾因购买或出售粮食券福利且获利超过 500 美元被定罪? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
如选**是**:
是谁: _____
具体时间: _____
12. 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枪支、弹药或爆炸物而被定罪? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
如选**是**:
是谁: _____
具体时间: _____
13. 在 2014 年 2 月 7 日之后, 作为已成年人的您或您的家人是否曾因严重性虐待、谋杀、性剥削和其他虐待儿童行为被判有重罪; 犯有违反联邦或州法律的性侵犯罪行; 或根据州法律被州检察长认定犯有与此类罪行大体相似的罪行? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
如选**是**:
是谁: _____
具体时间: _____
- a. 您是否适用于因犯有重罪被判刑相关的缓刑条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否
- b. 您是否适用于因犯有重罪被判刑相关的假释条款? (仅限申请粮食券(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**? (仅限申请粮食券(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:

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、bail bonds 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?

(仅限申请 TANF) 是 否

如选是:

是谁: _____ 具体时间: _____

16. 有无申请福利者目前在领取抚养费? 是 否

如选是:

是谁: _____

每月金额: _____

抚养费协议敲定或最后修改日期: _____

(仅限申请粮食券(SNAP) 和 TANF)

接受高等教育的学生: 您家里是否有人在专科学校、大学、职业学校或技术学校半工半读? 是 否

如选是, 请具体说明是谁: _____

学校名称: _____ 年级/状况: _____ 毕业日期: _____

该生是否已工作? 是 否 报名了勤工俭学? 是 否

如选是, 每周工作时间 _____ (请填写下面的就业部分信息。)

仅限申请粮食券(SNAP):

有没有 60 岁及以上老年人或残疾人享有医疗费用? 是 否

您的医药费用, 如医疗保险保费、处方药费用或医院账单有变化吗? 是 否

如选是, 请在下表中列出费用。请附上最近几个月的账单和处方药。

家庭成员账单	费用支出类型 (问诊、医院、处方药)	所欠金额	账单日期:	保险公司代为支付吗? 是/否

有没有 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, 请在下面填写相关信息。如果您正在领取医疗补助计划, 请提供凭证:

出行目的(问诊或上医院; 药房取药)	总行驶里程:	出租车、公共汽车、停车费用或住宿费用:
--------------------	--------	---------------------

有其他人为您分担这类医药账单吗？ 是 否

如选是，请在下面填写相关信息：

支付了哪些费用？	费用支付人是？
该人为谁支付了这些账单？	费用支付人是？

仅限医疗补助计划：

其他健康保险

现在有哪些人加入了以下健康保险？

- 乔治亚州公众服务部医疗补助计划 PeachCare for Kids® 医疗保险
 退伍军人事务部医疗保健项目 · 军人医疗保险 (TRICARE) (直接参保或在职者无需考虑该项)
 雇主责任险：保险名称 _____ 保单编号 _____
 其他：保险名称 _____ 保单编号 _____

除医疗补助计划，您还有其它类医疗保险吗？ 是 否

如选是，请提交一份保险卡副本。

资源：

(MAGI Medicaid 除外)：您家里有人拥有以下资源吗？

是 否 (如选是，请在下面提供相关信息。如果您正在接受老年人、盲人或残疾人医疗补助(不包括医疗保险储蓄计划，如 QMB、SLMB 或 QI-1)，请提供凭证。

资源类型	所有者	帐户/保单号(如果您的帐户/保单号与您的社会保险号码相同, 则无需填写)	数额	银行名称、保险公司名称等
现金				
支票帐户/储蓄帐户				
信用合作社 (Credit Union)				
养老金				
股票或债券				
寄存保管箱				
退休金帐户 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
车辆 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
存款单/养老金 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
预付费葬礼计划(Pre-Paid Funeral Plans) (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
墓地 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
信托基金 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
非祖籍财产 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
祖籍财产 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
人寿保险 (仅限非 MAGI 医疗补助计划/TANF)				
其他				

仅限老年人、盲人或残疾人 Medicaid：

在过去的 60 个月里，您、您的配偶或您为之代理的申请人有没有出售、交易或转让资源？ 是 否

如选是，是什么资源？ _____

具体时间： _____

粮食券(SNAP), TANF 和 Medicaid:

就业: 您家中有人工作吗? 是 否

如选是, 请列出受雇者受雇期间的薪资信息, 如工资、奖金和小费, 并附上过去 4 周所有总收入的证明。

工作者	雇主	时薪	周薪	支付频率	支付日期	奖金	小费

仅限医疗补助计划:

税前费用:

- 健康保险 _____ 美元 支付频率? _____ 视力保险 _____ 美元 支付频率? _____
- 牙齿保险 _____ 美元 支付频率? _____ 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____
- 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____ 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____
- 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____
- 还有更多? 请另附一张纸说明。

税前费用是从您的收入中扣除的税额。并非所有的扣除项都属于税前费用。

纳税申报扣除费用:

标记所有合适的选项, 标明金额和支付频率。

注意: 您不应该把您已经考虑到的成本包含在您的自主创业问题答案中。

- 扶养费用 _____ 美元 支付频率? _____
- 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____ 其它扣除费用 _____ 美元 支付频率? _____

粮食券(SNAP), TANF 和 Medicaid:

有人不工作了吗? 是 否 如选是, 请填写以下内容并提供证明:

放弃了什么工作?	放弃工作的住户成员姓名:	
工作地点:		
停止支付工资日期:	最后工资收入日期:	最后工资金额(总金额):

有人已开始工作了吗? 是 否 如选是, 请填写以下内容并提供证明:

开始工作者姓名:	开始工作日期:	电话号码:
雇主/公司名:	薪资: 美元	收到第一张支票的日期/预计收到日期:
支付频率(请选一项): <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其它		

个体经营:

有人是个体经营吗? 是 否 (如选是, 请具体说明是谁?) _____

请通过税务档案、业务记录、收据、账单或现有业务的客户结算单提供个体经营收入证明。

这家公司成立了吗? 是 否

该人有任何个体经营支出吗? 是 否

如选是, 请说明该人有哪些类型支出?

仅限 Medicaid 和 TANF: 个体经营支出凭证。

非劳动所得收入:

您家里是否有人有捐款、社会保险、附加保障收入、退伍军人事务部 (VA) 抚恤金、子女抚养费、失业、退休或其他渠道收入? 是 否

如选是, 请填写以下信息, 并提供最近 4 周内收到的所有收入证明或近期的授予书。

名称	渠道	金额	频率?

MAGI Medicaid: 来自子女抚养费、退伍军人抚恤金、附加保障收入(SSI)或工人补偿福利收入不计算在内。

抚养子女费用:

您需要为一位受供养子女或一位成年残疾家庭成员支付费用吗? 是 否

如选是, 请完成下面的问题。

需要照看者:		支付照看费用者:	
照看人姓名:		照看人支付金额:	支付频率:
照看人手机号码:	照看原因:		

您需要为一位受供养子女或成年残疾家庭成员支付交通费用吗? 是 否

这些费用包括在抚养费中吗? 是 否

如选否, 请回答这一问题: 每周总行驶里程: _____

住房费用：

您或其他家庭成员开始支付住房费用了吗？或者住房费用发生了变化？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

费用	金额	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			

您家里的主要供暖或制冷源是什么？(电，气，空调)

有其他人为您支付这类家庭账单吗？ 是 否 如选是，请完成下面的表格：

账单支付人是？	支付了哪些账单？
支付金额为？	该人为谁支付了这些账单？

在过去 12 个月里，您是否接受过能源援助？ 是 否

如选是，接受数额——金额美元 _____

您每月会和家人分摊家庭开支吗？ 是 否

如选是，具体谁交？ _____

说明/凭证 _____

接受者 _____ 金额美元 _____ 每 _____

房东姓名 _____ 房东地址 _____

儿童抚养费：

您或家里有人要向不同住者支付子女抚养费吗？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

谁有义务支付？	应支付金额为？
孩子的抚养费是为谁支付的？	实际支付金额为？
子女抚养费付给谁？	孩子的抚养费多久支付一次？

仅限申请粮食券， 请提供过去 3 个月已支付金额及法定义务的证明文件。

此部分仅适用于申请 TANF—您必须填写以下内容： 免疫接种记录：

是否有 7 岁以下尚未入学的儿童？(学前班不属于“学校”。)

是 否

如选是，请提交 3231 表格——7 岁以下儿童保健免疫接种表格。

学校要求:

所有子女(6-18岁)都已经开始上学吗? 是 否

如选是, 请提供子女姓名) _____

学校名称 _____

年级 _____

是否有 16 岁及以上的子女没有入学? 是 否

如选是, 请提供子女姓名: _____

如果子女已被雇用, 请提供当前支票存根的复印件;如果子女从事任何其它与工作有关的活动, 请提供雇佣人声明。

家庭暴力:

您或您家里的任何人是家庭暴力、性骚扰、性侵犯或非法跟踪的受害者吗? 是 否

如选是, 请告诉我们受害者的名字 _____

如果您的家庭符合评估条件, 我们可以豁免某些项目要求, 比如参加工作活动要求或转介到儿童抚养服务部门。

费用相关:

您是孩子(或孩子们)的父母或亲属吗?您是否与孩子(或孩子们)一起参加了 TANF AU? 是 否

如选是, 请回答下面的问题:

您或其他成年援助单位 (AU) 会员是否拥有或正在购买汽车? 是 否

如选是, 具体指明是谁: (拥有人姓名) _____

车辆的年份、品牌和型号: _____

请列出汽车缴款通知单、保险、维修及其他相关费用:

您是否有其它经常性开支(例如信用卡账单)需要支付? 是 否

如选是, 请列明: _____

所有项目的权利和责任

您的权利有：

- 如果您使用英语时有阅读、写作、口语表达或理解困难，**可请求他人帮助填写该类表格，并为您提供免费语言帮助服务**(口译员、材料翻译或直接语言服务)。
- 如果您或您的家人有残疾，**可请求辅助设施和服务以及要求合理的修改**。

听证通知：在所有项目中，您都有权要求以书面或当面的形式接受公平听证机会。如果您不同意这项决定，可以拨打 1-877-423-4746 要求举行听证会，或者您可以要求举办由州听证会官员出席的听证会。您可以委托律师、亲戚、朋友或任何您指定的代表出席听证会。如果您想要举办听证会，必须以书面形式提出要求，或者在以下时限内与代理机构联系：

- **粮食券(SNAP)**通知下达 90 日内
- **粮食医疗补助计划和贫困家庭临时救助**通知下达 30 日内

您的责任有：

- 向您的社工提供正确信息，并提供获得福利所需要的报告证明。在这份表格上签名，即表明您允许您的社工从您的雇主、银行、邻居或其他人处获取信息，以确保您获得合适的福利金额。
- 任何时候都要说真话。如果您或您的代表人提供了虚假信息，您可能会被认定有罪，还可能受到监禁处罚。
- 供能证明您或您正在申请福利的家庭成员是美国公民或资格移民的凭证。
- 配合欺诈预防或调查服务办公室的州和联邦工作人员进行特殊案件审查。如果您不配合，我们不能确定您仍然有资格申请粮食券(SNAP)，您的申请可能会被否绝或终止。
- (仅限粮食券申请) 当质量控制审查员拨打电话或亲自家访，就您提供给申请专项经理的信息与您面谈时，请配合他们的工作。如果您不配合，您的申请可能会被否决或撤销。
- (粮食券和贫困家庭临时救助申请) 偿还您本不该得到的福利。
- (限医疗补助计划) 当您的 Medicaid 资格质量控制员或项目诚信管理人员拨打电话或亲自家访，就您提供给申请专项经理的信息与您面谈时，请配合他们的工作。
- (仅限医疗补助计划) 在疗养院、中级护理设施机构、社区服务机构或通过豁免计划注册并接受服务的成员，与遗产恢复计划合作。

如果您领取**粮食券(SNAP)**福利，当您的**每月总收入**超过您家庭规模收入限额时，必须报告。如果您是**没有子女的在职成年人**，当您的**工作时间**低于每周 20 小时或每月 80 小时，必须报告。您必须在上述变更发生的当月底起十日之内报告。

当您的家人中了**大额博彩金**时也必须报告。这属于**单次赢得的现金奖励**。如果您本人或某位家庭成员获得**博彩金**，且总金额大于或等于 **4250 美元**(税前或扣留了其他金额)，您必须在**该家庭成员获得奖金的当月底起十日之内**申报。

如果您接受 **TANF 或 Medicaid** 福利，您必须在**所有变更**发生的十日内报告。

本人明白，在本人的**医疗补助计划**受惠人中，任何人收到的任何**一次性付款**或“意外”之财都必须与我们可能获得的任何其他收入一并列入**预算**，以确定是否符合**申请资格**。

在**医疗补助计划**项目中，您享有如下权利：

- 即使您享有其他健康保险，也可以享受**医疗补助计划**。
- 选择您的**医疗补助计划**医生或提供商。
- 您的**医疗补助计划**是否会在**申请之日算起的 10 日内、45 日内或 60 日内**收到批准或否绝，取决于具体补助类型。

满足医疗补助计划资格的条件:

- 本人同意将医疗支持服务和通过任何第三方支付医疗费用(医院和医疗福利)的所有权利转让给州。
- 本人同意与州政府合作,识别并提供信息,以协助州政府追查可能有责任支付护理和服务费用的任何第三方。本人明白本人必须在十日内报告收到的所有医药费用。(如果您代表他人填写此表格并且无权代表该人进行转让,则该人将需自行完成上述权利的转让,才有资格申请医疗补助计划)。
- 本人同意州政府有权要求同住家长提供医疗保险(如果可能的话)。本人明白如果有可能,本人必须从同住家长那里获得医疗支持,本人必须与儿童抚养服务部门合作,以获得这类支持。如果本人不配合,除非提供正当理由,否则本人明白本人可能会失去本人的医疗补助福利,只有本人的子女才能享有该福利。

粮食券(SNAP)项目处罚警告: 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。

- 领取粮食券的家庭不得提供虚假信息或隐瞒信息,以获得本不应获得的福利。
- 享受粮食券福利的家庭不得使用不属于他们的粮食券或 EBT 卡,也不得借用给他人。
- 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。
- 享受粮食券福利的家庭不能交易或出售粮食券或 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受管制物质销售交易中使用或接受福利,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。

本人明白如果本人提供虚假资料或隐瞒信息,本人可能会面临欺诈罪指控。

TANF 项目处罚警告: 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's)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,恶意提供虚假或误导性信息、隐瞒信息以避免不利结果或在明令禁止场所使用补助现金的行为。

如果您有以下情况,可能会被送交至总监察长办公室,根据行为严重程度决定具体处罚力度:

- 没有及时报告变更或报告虚假信息;使用现金援助基金或 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、bail bonds 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;在 1997 年 1 月 1 日及之后,提供关于您住址的虚假信息,以在多个州同时获得福利;被判与毒品有关的指控或严重的暴力重罪。

您家中的任何人如果故意违反这些规定,都会被剥夺 TANF 福利资格,停止福利从六个月至永久。

对于 MEDICAID, 欺诈或滥用职权属于违法行为。可能有人推荐您了解医疗补助计划和 PeachCare for Kids® 项目诚信单位(PeachCare for Kids® Program Integrity Unit)。违规者可能会被限制使用某家医疗服务,失去申请资格,或被要求偿还社区卫生部提供的医疗服务费用。

欺诈是一种故意而为的不诚实行为。滥用是一种不遵循良好规范的行为。

参与欺诈和滥用的示例包括:

- 让他人使用您的 Medicaid 卡、PeachCare for Kids®卡或 CMO 健康保险卡
- 以滥用或贩卖毒品为目的索取处方
- 利用伪造文件骗取服务
- 误用或滥用 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 提供的设备
- 提供虚假信息或允许其他人这样做, 以获得 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 资格
- 未报告收入、生活安排或资源的变更

欲报告医疗补助计划福利享受者或提供者的可疑欺诈行为, 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; 或邮寄至社区卫生局监察长办公室 PI 区, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; 或访问 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>。

选民登记资料

如果您在现居地还没有登记投票, 您愿意今天在这里申请登记投票吗?

_____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。

如果您愿意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政府秘书长提出投诉:

2 Martin Luther King Jr.Drive, Ste.802, West Tower, Atlanta, GA 30334 或拨打(404) 656-2871。

如果您没有勾选这两个选项中的任意一项, 默认您本次决定不登记投票。

乔治亚州选民登记申请的副本附在 **DFCS** 申请、续期和地址更改表格中。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, 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。

**如果您要更新您的 MEDICAID 和粮食券(snap)或 TANF,
您必须 在最符合条件的方格中签写姓名和日期。**

请在认证结束日期前返回此表格，以开始续期流程。

• **仅限 Medicaid— 申请人/家庭成员/法定监护人填写完毕后，请在此签名：**

如果本人为自己申请/续期医疗补助计划，本人声明本人是美国公民，美国国民和/或在美国的合格移民。如果本人是父母或合法监护人，本人声明申请人是美国公民、美国国民和/或在美国的合格移民。本人进一步证明，就本人所知，本申请表所提供的信息都是真实无误的。

(签名)

(日期)

• **For 仅限 Medicaid—非申请人/家庭成员/法定监护人填写完毕后，在此签名：**

本人声明，据本人所知并相信，本人代理申请/续期 Medicaid 福利的申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如说谎，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都是真实无误的。

(签名)

(日期)

可以联系到您的电话号码 _____

如申请人/家庭成员/家长/法定监护人想要此人作为个人代表，必须在此勾选并在下方签名是否

(申请人/家庭成员/家长/法定监护人)

(日期)

粮食券(SNAP)和/或 TANF 申请人/领取人/法定监护人填写完毕后，在此签名本人声明，据本人所知并相信，本人代理申请/续期 Medicaid 福利的申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如说谎，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都是真实无误的。本人理解并同意，公众服务部—家庭及儿童服务部和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

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、电子邮箱地址和出生日期等。向我方提交任何个人信息，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)

(保留这些文件以供参考)

该图表解释了在该表格中使用的一些术语。

申请人	指申请接受公共援助或福利的个人。
援助单位 (AU)	援助单位包括共同居住并领取公共援助/福利的符合资格的个人。
看护人	有子女需要照顾、申请并接受 TANF 福利的父母、亲属或法定监护人。
客户 ID	分配给接受公共援助/福利的个人的唯一编号。
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。
家庭暴力	家庭暴力可能包括被配偶、男朋友、伴侣或“前任”击打、踢打、殴打、强奸、掐脖、威胁、控制，或阻止您得到生活必需物品(如食物、药品或住所)。
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。向接受援助的个人发放一张 EBT 借记卡，用于访问他们的粮食券(SNAP)账户。
电子信息	<p>您可以选择您通知信息的接收方式。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箱地址，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。可能适用标准消息和传输速率。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 (EPPICard debit MasterCard)	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。由于资金是通过电子方式加载到借记卡上的，领取者可以立即使用其福利金。
受让人亲属	以父母、亲属或法定监护人的名义代表子女申请和领取 TANF 福利。
总收入	扣除税款或扣除其他杂费前的个人账户总收入。
家庭成员	在您家居住的个人。对于粮食券(SNAP)来说，是一起居住、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。
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、bail bonds 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)。
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。
收款人	收款人是负责接受现金援助并代表援助单位 (AU) 使用资金的个人。收款人可能属于或不属于 AU 成员。
税前费用	税前费用是从您的收入中扣除的税额。并非所有的扣除项都属于税前费用。最常见的税前扣除是健康保险，牙科保险，视力保险等。 http://www.irs.gov

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《外商经营，出口融资和相关项目拨款法案》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)条被扣留驱逐出境的人； • 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挝高地部落成员。 <p>仅就医疗援助申请人而言，属于《自由联合协定》(COFA) 中指定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>
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。
性侵犯	性侵犯是联邦、部落或州法律所列为非法的非自愿性行为，包括在受害者缺乏同意能力的情况下进行。
性骚扰	性骚扰是基于性的一种敌对、恐吓或压迫性行为，营造出一种冒犯他人的工作环境。
非法跟踪	非法跟踪是指故意且多次跟踪或骚扰他人的行为，并且该行为会对正常人产生对受伤或死亡的恐惧，特别是由于明示或暗示的威胁。
应纳税的所得	比如工资、薪金、佣金、奖金、残疾金、养老金、退休福利、利息、或任何其它形式的收入。
税收抚养人	期望在纳税申报单上被申报的个人。 http://www.irs.gov
纳税人	期望提交纳税申报单的个人。 http://www.irs.gov
纳税申报表扣除额	<p>纳税申报表扣除额是国税局允许的扣除额，位于您的 1040 纳税申报表第 23—35 行。</p> <p>包括：教育费用;2106 表格；健康储蓄 8889 表格；搬家费用 3909 表格；罚款/提前提取存款；抚养费支付；个人退休金帐户扣除；学生贷款利息；学费和杂费 8917 表格；国内生产活动 8903 表格。</p> <p>http://www.irs.gov</p>
粮食券(SNAP)计划中的非法交易	<p>非法交易粮食券福利指：</p> <p>(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，以故意丢弃产品并退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)以直接、间接、与他人共谋或单独行动的方式试图购买、出售、偷窃发放和领取的 SNAP 福利或以其他方式影响电子福利转账 (EBT)、卡号和个人识别号(pin)，或通过手工凭证和签名形式干扰 SNAP 福利正常交易以获得现金或合规食品以外的物品。</p>

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，佐治亚州公众服务部和佐治亚州社区卫生局（以下称“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，使他们有机会并有资格参加这些部门提供的项目、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和医疗援助等计划。

为避免对残疾造成歧视，必要时，部门会进行合理修改。例如，我们可以变更政策、实践或程序提供平等机会。为确保同样有效的沟通，我们为残疾人士或他们的残疾同伴提供沟通帮助，例如提供手语译员。我们的帮助是免费的。如部门作出的任何修改会导致服务、项目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，则不提倡。

如何提出合理的修改要求或沟通帮助

如果您身有残疾，需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，请与您的社工联系。例如，如果您需要帮助或服务以进行有效沟通，比如需要手语译员，请拨打电话联系。您可以联系您的社工或致电儿童抚养服务部(877) 423-4746 或社区卫生部门的 Katie Beckett(KB)团队(678)248-7449 提出您的要求。您还可以填写儿童抚养服务部权利公告合理修改申请表格,该表格可从您当地的儿童抚养服务部索要或在线填写 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 或者向 KB 团队索要权利公告合理修改申请表格或在线填写 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, 此情况下您无需再使用表单。

如何投诉

如果有关部门因您身患残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理的修改要求或手语翻译帮助，但在合理的时间被拒绝或没有采取行动，您可以提出歧视投诉。您可以联系您的个案工作者、您当地的儿童抚养服务部办公室或儿童抚养服务部民权、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：2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303，电话：(877) 423-4746。社区卫生部门，请通过以下地址联系 KB 团队美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员：2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449。社区卫生部门电子邮箱:dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的个案工作者索要一份美国残疾人法案/第 504 条权利公告儿童抚养服务部民事权利投诉表。投诉表可通过以下网站获得 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您在投诉歧视事件时需要帮助，您可以联系上述儿童抚养服务部的工作人员。耳聋、听力困难或有语言障碍的个人可以拨打 711 热线，请求接线员帮助我们联系。社区卫生部门人权投诉处电子邮箱：dch.civilrights@dch.ga.gov。社区卫生部门人权投诉流程及投诉表格链接 <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向合适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)的联系信息包含在《不歧视声明》中。

**1973 年《康复法案》第 504 条;1990 年出台《美国残疾人法案》;2008 年出台《美国残疾人法案修正案》确保残疾人不受非法歧视。*

根据**社区卫生部(DCH)**政策，医疗援助项目不能因种族、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

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策规定, 美国农业部、其所属机构、办公室和雇员, 以及参与或管理美国农业部计划的机构不得因种族、肤色、国籍、性别(包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾状况、年龄、政治信仰产生歧视, 或因曾参加过美国农业部开展或资助的任何计划或活动中的民权活动而进行打击报复。根据联邦民权法和 HHS 法规, 从美国卫生与公众服务部 (HHS) 获得联邦财政援助的计划, 例如贫困家庭临时援助 (TANF) 以及 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项目信息(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, 项目信息可能会以英语以外的语言提供。

涉及美国农业部项目的民权投诉

美国农业部为许多粮食安全和减少饥饿项目提供联邦财政援助, 如营养补充援助计划(SNAP)、印第安保护区粮食分配计划(FDPIR)等。若要提交有关项目歧视的投诉, 请通过以下链接填写项目歧视投诉表格(AD-3027)

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, 或写信给美国农业部, 并在信中附上表格中要求提交的所有信息。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链接提交给美国农业部:

1. **邮寄地址:** 美国农业部食品和营养服务署
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; or
2. **传真:** 833) 256-1665 或者(202) 690-7442; 或
3. **电话:** (833) 620-1071; 或
4. **电子邮箱:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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](#)(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项目的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的项目提供联邦财政援助, 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项目或活动中, 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。

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项目提出歧视投诉, 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: 美国卫生与公众服务部集中安全管理运营处 (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是通过邮寄方式提交投诉。需要协助的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 使用电讯转接服务。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。

该机构提供平等机会。

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办公室或儿童抚养服务部民权处、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: 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746。因英语能力有限而受到歧视, 欲投诉, 请联系公众服务部英语能力有限和感觉障碍项目, 地址: 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 或拨打(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