請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					x _____	_____

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

紐約州特定福利與服務申請表如您是盲人或有嚴重視障並需要替代格式的申請表，可向社會服務區申請。如想詳細瞭解可用格式的類型及如何申請替代格式的申請材料，請參見說明書(PUB-1301 Statewide)，可於 www.otda.ny.gov 或 https://www.health.ny.gov/獲取。

如您是盲人或有嚴重視障，則是否願意收受替代格式的書面通知？ ☐ 是 ☐ 否

如是，請勾選希望的格式類型：

☐ 大字本 ☐ 資料光碟

☐ 音頻光碟 ☐ 盲文，如任何其他替代格式無法對您同樣有效

如需要其他特別服務，請聯絡社會服務區。

我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助與支援。您有責任參加各項活動，包括針對公共援助和輔助營養援助計畫的工作活動（如需要），從而能夠達到自食其力。當您在申請表上看到「公共援助」或「PA」時，其表示「家庭援助」和/或「安全網援助」。我們稱這兩項計畫為「公共援助」。這些 PA 計畫旨在持續協助您，直到您能夠完全自立並撫養您的家庭。

填寫此表時，請參見說明書(PUB-1301 Statewide)和《社會服務計劃須知手冊》第 1、2、3 冊（LDSS-4148A、LDSS-4148B 和 LDSS-4148C），有任何疑問時聯絡社會服務區。

當在申請表上看到「MA」時，其表示「醫療補助」。僅當您同時申請公共援助或輔助營養援助計畫時，方能使用此表申請 MA。如想僅申請 MA，可使用網站：https://nystateofhealth.ny.gov/，及/或撥打 1-855-355-5777 詢問詳情或申請，或者，您可以使用專門用於申請 MA 的紙張申請表 - DOH-4220。可向工作人員索要此表，或撥打 MA 協助熱線 1-800-541-2831。如想僅申請醫療保險節約計畫(MSP)，您必須使用 DOH-4328 進行申請。可向工作人員索要此表。如您亟需私人護理服務，則應使用 DOH- 4220 MA 申請表單獨申請 MA。

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 1 部份 勾選您或任何家庭成員正在申請的每項計畫	☐ 公共援助 (PA) ☐ 放棄 PA 僅申請托兒 ☐ 輔助營養援助計畫 (SNAP) ☐ 醫療補助 (MA) 和 SNAP ☐ 醫療補助 (MA) 和 PA ☐ 服務項目 (S)，包括寄養(FC) ☐ 托兒補助 (CC) ☐ 僅緊急援助 (EMRG)

第 2 部份

您的主要語言是什麼？ ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 其他（請指明）_____

您希望收到何種語言的通知？ ☐ 僅限英語 ☐ 英語和西班牙語

第 3 部份 申請人資訊

請用正楷清楚填寫

名字	M.I.	姓氏	婚姻狀況	電話號碼 ( ) 區號

街道地址	公寓房號	城市	縣	州	郵遞區號

代收入姓名（若經由他人代收郵件）

郵寄位址（如與上方位址不同）	公寓房號	城市	縣	州	郵遞區號

您在目前的住址居住了多久？	年數	月數	此處是否為收容所？ ☐是 ☐否	其他能聯絡到您的電話號碼	姓名	電話號碼 ( ) 區號

如何到達您的住所

以前地址	公寓房號	城市	縣	州	郵遞區號

如您目前沒有家，請勾選這裡 ☐

為申請人提供幫助的機構/聯絡人	電話號碼 ( ) 區號

您是否需要對申請表的醫療補助部份和可能獲得的任何醫療補助範圍加以保密？☐ 是 ☐ 否

第 5 部份
您是否屬於以下任何情況？

- ☐ 懷孕 1
- ☐ 家庭暴力受害者 2
- ☐ 需要確立親子關係 3
- ☐ 需要子女撫養費 4
- ☐ 吸毒/酗酒問題 5
- ☐ 燃料或水電瓦斯供應切斷 6
- ☐ 無住處/無家可歸 7
- ☐ 火災或其他災難 8
- ☐ 沒有收入 9
- ☐ 嚴重疾病 10
- ☐ 將被逐出住所 11
- ☐ 沒有食物 12
- ☐ 需要寄養服務 13
- ☐ 需要托兒服務 14
- ☐ 英文不好 15
- ☐ 合理的特別服務 16
- ☐ 其他 _____ 17

第 4 部份 – 如正在申請 SNAP：您可在獲得申請表的當天提交申請。要提交 SNAP 申請，必須至少於下方填寫您的姓名、住址（如有）並簽名。您必須完成申請程式，包括在申請表的最後一頁簽名並進行面試。如具備資格，您的 SNAP 福利有效期將追溯至您提交申請表的當天。不論申請被批准或拒絕，我們必須在您提交 SNAP 福利申請之日起 30 天內發出決定通知。如您家庭的收入或流動資源很少或完全沒有，或您的租金和公用事業費用超過您的收入和流動資源，則可能有資格於提交之日後 5 個日曆日內獲得 SNAP 福利。如您是公共機構的居民並正在離開機構之前申請補充保障收入(SSI)和 SNAP 福利，則提交申請的日期為您離開機構的日期。

SNAP 申請人/代表人簽名	簽名日期
x	

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 6 部份 – 家庭資訊 – 列出所有與您同住的人，即便他們未與您一同申請。將您自己的名字寫在第一行。

RI	LN	名字，中间初始，姓氏	此人正在申請： PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG	出生日期 月/日/年	性別 男 或 女	性別身份（可选）：（男性、女性、非二元性別、X、变性、不同身份[请描述]）	與您的關係	家中申請成員的 社會保障號 *（參見說明書 PUB-1301 Statewide 或聯絡社會服務區）*	所完成的最高學歷（年級）	此人（包括未成年 子女）是否與您 一同購買食物或開夥？ 是	否
	01												本人				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

請列出您或其他家庭成員的婚前姓名或曾用名

行號	ONC	名字	M.I.	姓氏
行號	ONC	名字	M.I.	姓氏

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE YES	NO	FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME		CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN		DEGREE RECEIVED
01		05		
02		06		
03		07		
04		08		

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 7 部份 – 種族/族裔 – 這些資訊為自願提供。不會影響申請人的資格或可獲得的福利數額。索要該資訊的原因在於確保種族、膚色或原國籍不影響福利計畫的發放。

H 西班牙裔或拉丁裔
I 美洲原住民或阿拉斯加原住民
A 亞洲人
B 黑人或非裔美國人
P 夏威夷原住民或太平洋島民
W 白種人
U 未知（**僅限 MA**）

填入 Y（是）或 N（否）表示是否為西班牙裔或拉丁裔

在每一項族裔代碼中填入 Y（是）或 N（否）

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES: REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION

LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE

RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ SNAP Household Composition
- ✓ SNAP Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID
- ✓ AFIS (PA Only)
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance

要求提供	文件	存檔
	帶相片身份證	
	出生證明	
	結婚證	
	社會保障卡	
	9 號決議	
	移民身份	
	多後綴/合作個案通知（單一經濟部門問卷調查）	

填寫前請詳閱本頁全部說明。如有疑問，請參見說明書 (PUB-1301 Statewide) 或聯絡社會服務區。

第 8 部份 – 公民/具有合法移民身份的非公民

請列出每一個正在申請或必須申請的家人的姓名。

您必須填寫第 8 部份和第 9 部份，如您：

- **僅**申請托兒補助。您只須填寫需獲托兒服務的兒童的情況。
- **僅**申請寄養補助。您只須填寫需獲寄養補助的兒童的情況。
- 申請特定情況下的其他服務。

第 9 部份 – 認證

有些社會服務計畫要求您必須證明自己具有美國公民、原住民或美國國民身份，或是具有合法移民身份的非公民。有些計畫則無此要求。

如您是美國公民、原住民或美國國民，或是具有合法移民身份的非公民，並正在申請下列計畫，則必須在下方的認證中簽名：

- 公共援助（您的家庭成員中有兒童或有孕婦），或
- 輔助營養援助計畫，或
- 醫療補助（除非申請人懷孕），或
- 托兒補助（只需要為此兒童提供證明），或
- 寄養（只需要為此兒童提供證明），或
- 特定情況下的其他服務；
- 緊急費用援助

家中的成人或被授權代表可為所有家人簽名。例如：不具備合法非公民身份的父（母）可代表其具備合法非公民身份的孩子簽名。

	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	
		Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		

SNAP 申請中必須列出 SNAP 家庭中的所有同住成員。PA 申請中必須列出所有需申請的兒童、他們的兄弟姐妹，以及與這些兒童同住的所有父母。如您未說明下列人員是否為美國公民、美國國民或具備合法移民身份的非公民，或未提供美國公民及移民服務局(USCIS)編號（移民登記號）或非公民編號（若適用），此人則不能獲得援助，其他家庭成員的福利也會因而減少。如您是美國原住民，請勾選「公民/國民」。

在下方為每位申請人簽名*並註明日期。

如申請人為具備合法移民身份的非公民，為每位具備合法移民身份的非公民申請人勾選所申請的計畫。（參見說明書 Pub-1301 Statewide。）

LN	名字	MI	姓氏	為每個人勾選「公民/國民」或「非公民」。		USCIS 編號（移民登記號）或非公民編號（若適用）	認證	日期	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
02				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
03				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
04				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
05				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
06				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
07				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								
08				☐ 公民/國民	☐ 非公民	A	簽名 X								

本人勾選以上部份並在第 9 部分認證欄簽名，以證明本人與/或本人代為簽名者是美國公民、原住民或美國國民，或是具備合法移民身份的非公民，以上證明若有不實願受處罰。

本人理解在本認證欄簽名後，在適用情況下，與本人家庭申請成員有關的資料可能會呈報美國公民及移民服務局以確認其移民身份。

上述資料之使用或公開僅限於有關人員或機構，他們的工作職責是確認移民身份，及管理或執行公共援助、輔助營養援助、醫療補助、托兒補助、寄養和其他服務計畫。

***有意在認證欄簽名但無法書寫者，可在見證人面前畫「X」以代替簽名。見證人須在下方簽名。**

本人目睹申請人在此畫標記： ____,_____,_____,_____,____,____ **見證人簽名：** _____ **簽名日期：** _____

第 10 部份 – 關於轉介至兒童撫養費執行部門的資訊

如您僅申請托兒補助，則無需尋求兒童撫養，並無須填寫本部份。 如您同時申請醫療補助及公共援助或輔助營養援助計畫，則必須幫助我們為您本人和您申請的兒童獲得醫療支援服務。回答下列問題，確認您是否需要完成本部份。包括您本人在內，如適用：

1. 您是否正在為未滿 21 歲的非婚生和尚未確立法定親子關係（合法父母）的兒童申請？ □是 □否
2. 您是否正在為未滿 21 歲的非同住父親或母親（無監護權父母）的兒童申請？ □是 □否

如對這兩個問題均回答「否」，則無需完成本部份。轉至第 11 部份。

如對問題中的一個或兩個回答「是」，則必須完成本部份。提供您正在代為申請的所有未滿 21 歲的兒童的姓名，及您目前所瞭解的有關這些兒童之無監護權父母或推定父母的任何資訊。

3. 您是否未滿 21 歲？ □是 □否

如您對此問題回答「是」，則提供無監護權父母或推定父親的資訊。

作為獲得援助的一個條件，您需要轉讓與撫養相關的特定權利，如本申請表末尾的「須知，轉讓，授權和承諾」部份中所述。您將會獲得 LDSS-5145 表 -「有關兒童撫養費服務和申請/兒童撫養服務費轉介的資訊」。請填寫完畢後提交給兒童撫養費執行部門。除家暴或其他合理原因之外，作為獲得援助的一個條件，您需要與兒童撫養費執行部門合作來尋找無監護權父母或推定父母；為每位未滿 21 歲的非婚生兒童確立法定親子關係；及確定、調整和/或執行撫養費命令。另外，您將會得到 LDSS-4279 表 -「撫養責任和權利須知」，其中解釋了您在與兒童撫養費執行部門合作方面的責任和權利。

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	**REFERRALS**	**COMPLETED**
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ SSI/SSA

未滿 21 歲兒童的姓名	無監護權父母或推定父母的姓名和住址	無監護權父母或推定父母的出生日期			無監護權父母或推定父母的社會保障號
		月	日	年	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 11 部份 – 報稅/被撫養人狀況 - 請為每個同住家人選擇報稅狀況。

			報稅狀況						
名字	中間名首字母縮寫	姓氏	單獨申報	已婚共同申報	已婚單獨申報	戶主（有合格家人）	有未獨立子女的合格喪偶人士	被撫養人並將會報稅	不報稅

非同住稅務被撫養人。請列出任何未與您同住，且被您或您家中任何人領養的稅務被撫養人。如您不報稅，可跳過該問題。

稅務被撫養人姓名			報稅人姓名		
名字	中間名首字母縮寫	姓氏	名字	中間名首字母縮寫	姓氏

第 12 部份 – 非同住/已故配偶資訊 – 如任何申請人的配偶在別處生活或已故，請在下方指出。

申請人姓名	配偶的姓名	配偶出生日期	配偶去世日期（若適用）	配偶社會保障號

配偶住址（若適用）	城市	縣	州	郵遞區號

第 13 部份 –非同住子女資訊 – 如任何申請人具有在別處生活的未滿 21 歲的子女，請在下方指出。

申請人姓名	非同住子女姓名	出生日期	子女的住址（街道，城市，縣，州和郵遞區號）	是否確立了法定親子關係？		您是否支付兒童撫養費？	
				是	否	是	否

第 14 部份 – 未成年父母資訊

家中是否有未滿 18 歲的父母（未成年父母）？ □是 □否

姓名 _____

未成年父母的子女是否住在家中？ □是 □否

未成年父母的子女姓名 _____

TEEN PARENT

行號 _____ 婚姻狀況 _____

高中學歷/高中同等學歷？ _____

行號 _____ 婚姻狀況 _____

高中學歷/高中同等學歷？ _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____

LN NO. _____

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 15 部份 – 收入資訊：

請說明您或任何與您同住的人是否有以下收入：		是	否	姓名	金額/價值和頻度	姓名	金額/價值和頻度	CD
失業保險福利	1							49
補充保障收入(SSI)福利（州和聯邦福利總額）	2							45
社會保障殘障(SSD)福利	3							42
社會保障家屬福利	4							
社會保障遺屬福利	5							43
社會保障退休福利	6							44
鐵路退休福利	7							38
退休福利（養老金）	8							39
股票、債券、儲蓄等所獲股息/利息	9							03
工傷補償	10							59
紐約州殘障福利	11							33
退伍軍人養老金/福利/補助與照護費	12							55
公共援助金	13							37
GI 贍養配額	14							10
教育獎助學金或貸款	15							
捐款/饋贈（已收到）	16							
寄養費（已收到）	17							
子女撫養費（已收到） 付款人：_____	18							06
配偶贍養費（已收到）	19							02
私人傷殘保險 - 健康/意外傷害保險收入	20							
無過失保險賠償	21							50
工會福利（包括罷工津貼）	22							
除教育之外的貸款（已收到）	23							
信託收入（包括您目前或過去應得， 但尚未收到的收入）	24							
培訓配額/津貼	25							31
租金收入（已收到）	26							14
房屋出租/供膳收入（已收到）	27							
其他收入（請說明）								

INCOME

LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

扣除：某些類型的醫療補助預算可容許申請人/領用人利用其聯邦稅項的扣除金額來減少其可計算的收入。國稅局(IRS)容許人們扣除特定費用來減少應納稅收入。僅記錄您將在當年納稅時申報的扣除項。		是	否	姓名	金額/價值和頻度	姓名	金額/價值和頻度
教育工作者開支	1						
個人退休賬戶(IRA)扣除	2						
學生貸款利息扣除	3						
學費和雜費	4						
特定業務開支（預備役軍人、藝術家、收費政府官員）	5						
醫療儲蓄賬戶扣除	6						
就業相關搬遷費用	7						
自僱(S/E)稅可扣除部份	8						
S/E、SIMPLE 和合格計畫	9						
S/E 醫療保險扣除	10						
提前支取儲蓄罰金	11						
支付贍養費	12						
國內生產活動扣除	13						
36 欄增添的其他調整（僅限 IRS 1040 表）	14						
Archer MSA 扣除	15						
其他調整（請說明）							

第 16 部份 – 繼父母/具有合法移民身份的非公民資助人資訊

回答下列所有問題。

	是	否	姓名?
任何與您同住的兒童的繼父母是否有任何類型的資源或收入？			
您家中是否有經資助獲準進入美國的具合法移民身份的非公民？			

資助人姓名：

電話號碼：

地址：

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 17 部份 – 就業資訊

本人目前： □ 受僱 □ 自僱 □ 失業

總收入 $ _____ 每月工作小時數 _____

（包括工資、薪水、加班費、
傭金和小費）

領薪週期：□ 每週 □ 每兩週 □ 每月 星期幾領薪： _____

僱主名及地址：

1

_____ 電話號碼 _____

_____

是否有其他同住人目前： □ 受僱 □ 自僱

姓名： _____

總收入 $ _____ 每月工作小時數 _____

領薪週期：□ 每週 □ 每兩週 □ 每月 星期幾領薪： _____ 2

僱主名及地址：

_____ 電話號碼 _____

_____

僱主是否提供醫療保險？ □ 是 □ 否

其他同住人是否有僱主提供的醫療保險？ □ 是 □ 否

姓名： _____ 3

保險公司名稱： _____

您或 其他同住人是否因為就業而需托兒或照護費用？ □ 是 □ 否

姓名： _____ 4

是否有人需支付與就業有關的其他費用？ □ 是 □ 否

姓名： _____ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

如您或任何同住人目前失業，則上次就業是何時？

姓名：_____ 何時：_____

何處：_____ 6

您（或該人士）為何停止工作？_____

您或任何同住人是否申請了失業金？□是 □否

如是，姓名：_____ 何時：_____

申請狀態：□已獲批 □已遭拒 □正在辦理

您或任何同住人是否正在參加罷工？ □是 □否

姓名：_____ 7

開始罷工的時間：_____

您或任何同住人是否屬於 流動人口或季節農工？ □是 □否

姓名：_____ 8

您或任何同住成人是否患有任何導致工作能力或進行某類型工作的局限的疾病？□是 □否

姓名：_____

說明局限狀況：_____

_____

9

您能否今天就接受工作？ □能 □不能 10

如不能，是何原因？_____

您希望做何種工作？_____

_____ 11

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 18 部份 – 教育/培訓

您完成的最高教育水準是什麼？

__ 低於高中學歷

如是這樣，上到了幾年級？ _____

__ 完成個別化教育計畫(IEP)

__ 高中學歷或一般同等學歷(GED)或 Test Assessing Secondary Completion (TASC™)學歷 1

__ 大專文憑（2 年大學）

__ 本科文憑（4 年大學）或更高

家中其他人是否具有高中學歷、一般同等學歷(GED)或 Test Assessing Secondary Completion (TASC™)學歷，或更高的教育水準？ □是 □否

如是，其姓名：_____

獲得的學歷：_____ 2

修完的日期：_____

請指出您或任何同住人是否正在申請或領用援助金：

正在或曾經參加任何培訓計畫？ □是 □否

姓名 _____

地點 _____ 3

計畫 _____

參加日期 _____

完成日期 _____

年滿 16 歲並正在學校或大學就讀？ □是 □否

姓名 _____ 4

地點 _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	□	□
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	□	□
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	□	□
Is anyone in training?	□	□
Are any other supportive services appropriate?	□	□
Are there any training related expenses?	□	□

未滿 16 歲並正在上學？ □是 □否

姓名 _____ 姓名 _____

學校 _____ 學校 _____ 5

姓名 _____ 姓名 _____

學校 _____ 學校 _____

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 19 部份 – 資源資訊

您或任何同住申請人是否有：		是	否	姓名	金額/價值	姓名	金額/價值
現金	1						
支票賬戶	2						
儲蓄賬戶或存單	3						
信用賬戶	4						
壽險	5						
機動車或其他車輛的所有權證或登記證： 年份 _____ 廠牌/車型 _____ 年份 _____ 廠牌/車型_____ 其他_____	6						
股票、債券、存單或共同基金	7						
儲蓄債券	8						
IRA、Keogh、401(k)或延稅賬戶	9						
不可撤銷殯葬信託	10						
殯葬基金	11						
墓地	12						
自有住房	13						
不動產，包括收入房產和非收入房產	14						
有資格獲得所得稅退稅	15						
年金	16						
信託受益人	17						
預期可獲得信託資金，訴訟賠償金，遺產或來自其他來源的收入	18						
「信託」賬戶	19						
銀行保險箱	20						
上述以外的其他資產	21						
過去 36 個月中，是否有任何人（包括您的配偶，即便未申請或未與您同住）贈送現金，或出售/轉讓任何房地產、收入或個人財產？	22						
過去 60 個月中，是否有任何人（包括您的配偶，即便未申請或未與您同住）設立信託賬戶，或將任何資產轉移至信託賬戶？ 如是，是何時？_____	23						

VEHICLE INFORMATION

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT YES*	EXEMPT NO	LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
				$	$				
				$	$				

*IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 20 部份 – 醫療資訊

請指出您或任何同住申請人是否有：		是	否	如是，是誰？
任何醫療賬單或醫療相關支出	1			
已加入部份自付醫療補助計畫	2			
有醫療或住院/意外保險，包括僱主提供的保險	3			
有僱主提供的醫療保險	4			
有聯邦醫保（紅、白和藍卡）	5			
有醫療護理/家庭醫療護工	6			
失明、生病或傷殘	7			
為殘障兒童	8			
現住在醫院、護理院或其他醫療機構	9			
在提出本申請前 3 個月內，有已付或未付的醫療賬單	10			
有或曾有吸毒或酗酒問題	11			
需要家庭看護/私人看護	12			
正領用或已申請 SSI	13			
目前懷孕 如懷孕，預產期為：_____ 預期產子數：_____	14			
正參加吸毒或酗酒勒戒計畫	15			
因殘障或疾病，至少已有 12 個月無法工作	16			
因已持續或預期將至少持續 12 個月的殘障或疾病，日常活動受到限制	17			
過去兩年中曾發生過交通或工傷事故	18			
除醫療補助或聯邦醫保之外，是否還有任何其他政府機構（公共計畫）替您支付醫療賬單？ 如是，是哪家機構？_____	19			
開具任何其他醫療保險賬單是否會損害您的身心健康或安全，及/或者是否會侵害您申請或領用醫療補助的隱私性和保密性？	20			

保單號：

金額：

支付週期：

保險公司名稱：

受保人：

生效日期：

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ SNAP Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	ACCES-VR	
	CTHP	
	Family Planning	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	
	NYSoH	
	MA-Only (DOH-4220)	
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
	LDSS-4526 or local equivalent	

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

MEDICAL BILLS: □ YES □ NO

TPHI: □ YES □ NO

醫療計畫選擇

大多數參加醫療補助計畫的人都被要求參加管理式醫療計畫，除非屬於豁免類別。請使用此欄選擇一項醫療計畫。如您不知道有哪些醫療計畫，請諮詢工作人員或撥打 1-800-505-5678。

您希望參加的計畫的名稱	姓氏	名字	出生日期 月/日/年	性別 男/女	身份號碼（如有醫療補助卡，則 是卡號）	社會保障號（孕婦可填可不填）	主要保健服務提供商(PCP)或醫療中心（如目前服務提供商不變，則勾選方塊）	OB/GYN 的名稱和 ID 號（如目前服務提供商不變，則勾選方塊）
							□	□
							□	□
							□	□
							□	□

第 21 部份 – 住房

房東姓名？

_____

房東地址？

_____

_____

_____

房東電話號碼？

( ) _____

	是	否	如是，請說明金額
您或任何同住人是否支付房租、購房貸款或有其他住房開銷？			$
您或任何同住人是否有不包括在房租或其他住房費用內的暖氣費？			$

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

請勿填寫本申請表中灰色陰影部分

第 21 部份 – 住房（續）

您或任何同住人是否有不包括在房租或其他住房費用內的下列開銷？		是	否	如是，請說明金額
電（除暖氣用電之外，如照明、烹飪、熱水等）	1			$
天然氣（除暖氣用氣之外，如烹飪、熱水等）	2			$
水	3			$
空調	4			$
丙烷氣（除暖氣用氣之外）	5			$
下水道	6			$
垃圾	7			$
其他公用事業服務費 請指明 _____	8			$
您是否住在公共住房？	9			
您是否住在屬 HUD 第 8 項或其他有補貼的房屋中	10			
您是否住在戒毒/戒酒中心？	11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**

☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____
☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

其他資訊

第 22 部份 – 其他費用

請指出您或任何同住申請人是否有：		是	否	如是，請指明金額	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED YES	LEGALLY OBLIGATED NO	CHILD IN SNAP HH YES	CHILD IN SNAP HH NO
支付子女撫養費	1			$					
支付配偶撫養費	2			$					
支付託兒費	3			$					
支付被撫養人費	4			$					
支付學費、雜費或其他教育費用	5			$					
有其他開銷（如車輛保養費、車輛保險費、信用卡還款，其他貸款還款，等） 請說明：_____	6			$					
您或任何與您同住的申請人是否拖欠至少四個月的對 21 歲以下子女的撫養費？	7	☐ 是		☐ 否					

第 23 部份 – 其他資訊

您是否購買或準備購買送餐到府或集團膳食服務？ 8	☐ 是	☐ 否		
您是否能夠在家做飯？ 9	☐ 是	☐ 否	VETERAN STATUS	VETERAN CODE
您或任何家人是否曾在美國軍隊服役？ 服役人姓名：_____ 10	☐ 是	☐ 否		
您的配偶是否曾在美國軍隊服役？ 11	☐ 是	☐ 否		
您是否有家人被正在或曾在美軍服役的人士供養？ 受供養人姓名：_____ 12	☐ 是	☐ 否		

您或任何與您同住的人目前是否正在獲得援助或服務？ ☐ 是 ☐ 否 13

如是，是誰？	援助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

您或任何與您同住的人過去是否曾經獲得過援助或服務？ ☐ 是 ☐ 否 14

如是，是誰？（請列出所有姓名）	援助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

OTHER INFORMATION (CONT.)	YES	NO	WHO
Have you or anyone who lives with you who is applying moved into this county from another New York State county within the past two months?			
Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Public Assistance and/or the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) because of fraud/an Intentional Program Violation?			
Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled, which have not been fully repaid to this or another agency?			
Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive Public Assistance in two or more states?			
Have you or any member of your household been convicted of fraudulently receiving duplicate SNAP Benefits in any state after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of buying or selling SNAP Benefits for a combined amount of over $500 or more after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for firearms, ammunition or explosives, or drugs?			
Are you or any member of your household fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction of a felony or attempted felony and actively being pursued by law enforcement?			
Are you or any member of your household violating probation or parole according to a court order?			

PROPERTY TRANSFER STATUS

I have ☐ **I have not** ☐ sold, transferred or given away any of my property to anyone to get Public Assistance or SNAP Benefits.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses	$
− Actual Income	$
= Difference	$

Does Client Receive Contribution Towards Difference — YES ☐ NO ☐

If Yes, From Whom? _____

CONSIDER
✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

_____

_____

_____

NOTES/COMMENTS

須知，轉讓，授權和承諾

社會保障號的索取與使用 - 依據2008年修訂的《食品及營養法案》，授權輔助營養援助計畫(SNAP)索要各家庭成員的社會保障號(SSN)。任何申請SNAP的人均須提供SSN方能領取福利。如您或任何申請人沒有 SSN，則必須向社會保障局申請 SSN（請造訪 www.SSA.gov 或撥打 1-800-772-1213）。

所有其他需要 SSN 才能申請的計畫，SSN 的索要是強制性的，並經下列一條或多條法律條款授權：《社會安全法》205(c)款(42 U.S. Code 405)、《社會安全法》1137 款(42 U.S. Code 1320b-7)及 1974 年《隱私法案》7(a)(2)款。如有疑問，請參見說明書(PUB-1301 Statewide)或聯絡社會服務區。

我們索取的資訊將用於確認您的家庭是否有資格或繼續有資格獲得援助或福利。該資訊將用於核實身份、驗證工作收入和非作收入、確認非同住父母是否能為申請人或領用人獲得健康保險、確認申請人或領用人是否能夠獲得子女或配偶撫養費，及確認申請人或領用人是否能夠獲得金錢或其他幫助。我們將會透過電腦比對程式來驗證該等資訊。該等資訊亦將用於監控與計畫規定之合規性，或用於管理福利計畫。除以上述方式使用您告知的資訊之外，本州會使用該等資訊來統計所有領取家庭能源補助(HEAP)人士（參見下方）。

該資訊或會披露給其他州和聯邦機構以進行官方核查，或披露給執法官員以逮捕畏罪潛逃人員。所索取的與家庭援助和安全網援助申請人或領用人相關的資訊，包括 SSN，可用於幫助組成陪審團。如您的家庭遭遇 SNAP 索償，聯邦和州機構及私人索償機構有權引用該申請中的資訊（包括所有 SSN）以開展索償行動。

不合資格家庭成員的 SSN 亦以上述方式使用和披露。

除以上述方式使用您告知的資訊之外，本州亦會使用該等資訊來統計所有領取 HEAP 之人士。該資訊由本州用於質量控制，以確保社會服務區盡己所能地開展工作。該資訊亦用於驗證您向其支付費用的能源提供商。

非歧視性公告 - 本機構不得因為種族、膚色、國籍、殘障、年齡、性別及宗教或政治信仰歧視相關人員。

美國農業部(USDA)亦禁止在由USDA開展或資助的任何計畫或行動中以種族、膚色、原國籍、性別、宗教信仰、殘障、年齡、政治信仰加以歧視或對之前的民權活動進行打擊報復。

需透過其他溝通方式（如盲文、大字體印刷件、錄音帶、美國手語等）獲得計畫資訊的殘障人士應聯絡向其申請福利的州或地方機構。患有失聰、聽力障礙或語言障礙的人士可透過聯邦中轉服務聯絡USDA，號碼為(800) 877-8339。另會以英語之外的語言提供計畫資訊。

要對輔助營養援助計畫(SNAP)進行歧視行為投訴，請填寫USDA計畫歧視投訴表(AD-3027)，使用http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html獲取此表，並可向任何USDA辦事處索要，或寄信至USDA並於信中寫明該表中所要求的所有資訊。要索要投訴表，請撥打(866) 632-9992。將填妥的表格或信件寄送至USDA：

(1) 寄送地址：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) 傳真：(202) 690-7442；或

(3) 電郵地址：program.intake@usda.gov。

對於處理輔助營養援助計畫(SNAP)問題的任何其他資訊，應撥打USDA SNAP熱線號碼(800) 221-5689（亦提供西班牙語服務），或撥打州資訊/熱線號碼（點擊連結查看州熱線號碼單）；網址：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

若要通過美國衛生與人類服務部(HHS)獲得的聯邦財務援助計畫提交歧視投訴，請寄函至：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，或撥打(202) 619-0403（語音）或(800) 537-7697 (TTY)。

該機構係平等機會提供者。

紐約州還禁止基於性別認同、變性者身份、性別焦慮、性取向、婚姻狀況、軍人身份、家庭暴力受害者身份、與懷孕有關情況、易感遺傳特徵、逮捕前科或定罪記錄的歧視、 家庭地位進行歧視，並禁止因反對非法歧視行為的報復。

同意調查 - 我同意接受任何調查，以驗證或確認我因申請公共援助(PA)、醫療補助、輔助營養援助計畫(SNAP)福利、家庭能源援助計畫福利、服務或托兒補助所提供的相關資訊。如需其他資訊，我將提供。另外，我將會全力配合州和聯邦人員進行任何 PA 和/或 SNAP 質量控制審查。

如申請 SNAP，我瞭解社會服務區將會透過收入和資格驗證系統來要求和使用可用資訊以調查我的申請，並可能會在發現出入時會會聯絡其他機構驗證該等資訊。我亦瞭解，這些資訊或會影響獲得 SNAP 的資格和/或可獲 SNAP 福利水準。

同意發佈機密失業保險資訊 - 我授權紐約州勞工廳(DOL)向紐約州臨時救濟和殘障補助(OTDA)辦公室發佈 DOL 為失業保險(UI)之目的而儲存的任何機密資訊。該等資訊包括 UI 救濟金索償和工資記錄。我瞭解，OTDA 以及於當地社會服務地區的其他州和地方機構員工將使用 UI 資訊確立或驗證我申請的公共援助、醫療補助、輔助營養援助計畫福利、家庭能源援助計畫福利或托兒補助資格及金額，並開展調查以確定我是否有資格獲得福利。OTDA 亦或會與紐約州兒童與家庭服務辦公室(OCFS)和紐約州衛生廳(DOH)共用這些資訊。OCFS 將會使用該等資訊來監督托兒補助計畫。

向服務提供商發佈資訊 – 我許可社會服務區和紐約州共用有關我或我可合法授權的任何家庭成員已獲得公共援助或輔助營養援助計畫福利的資訊，用於驗證我可獲得與由州或地方承包商所提供之計畫管理服務相關的服務和付款的資格。 這些服務包括但不限於，向我提供的就業安置或訓練服務以幫助我或我的家人獲得和保持就業。

變更申報 - 如我的地址、需求、收入、財產、無受贍養者之健全成年人(ABAWD)狀態、懷孕狀態或生活安排發生任何變更，我同意盡己所能**及時**通知相關機構。

如我正在申請托兒補助，則同意將家庭收入、同住人、就業、托兒安排或其他可能影響我的資格持續或福利金額的任何變更**立即**通知給相關機構。

處罰 - 申請公共援助、醫療援助、輔助營養援助計畫、服務或托兒補助（援助、福利或服務）時或每當對您的申請資格進行提問時，提供虛假資訊，或唆使他人就您的再認證或資格續延提供虛假資訊，聯邦和州法律將處以罰款或監禁，或兩項處罰同時執行。如您隱瞞或未能披露有關您援助、福利或服務的初始和持續申請資格之事實，或隱瞞或未能披露會影響您為之申請獲得或繼續領用援助、福利或服務的人士的權利之事實，您亦會遭受處罰。如您是授權代表，該等援助、福利或服務必須用於其他人，而非您自己。聯邦和州法律規定，如個人或個人的配偶在其接受護理機構服務及已提交醫療援助申請的首個月之前的 60 個月內，以低於公平市值將資產進行轉移，則其或會在一段時期內無資格獲得護理機構服務或基於家庭和社區的已豁免服務。透過隱藏資訊或提供虛假資訊來獲得援助、福利或服務，屬非法行為。

輔助營養援助計畫剝奪資格處罰 - 與您的輔助營養援助計畫(SNAP)申請相關的、您提供的任何資訊均需經由聯邦、州和地方官員驗證。如任何資訊有誤，您會被拒絕授予SNAP福利。您或會因故意提供錯誤資訊而遭到刑事訴訟，並影響獲得福利的資格或金額。任何人因故意使用、轉讓、獲得、篡改或佔有SNAP授權卡或存取設備而觸犯重罪，會被處以最高250,000美元的罰款或入獄最長20年，或同時處以兩項處罰。個人亦或會遭到適用聯邦和州法律的起訴。任何違反緩刑或假釋規定之人員，或因重罪逃逸以避免起訴、拘留或監禁及執法機關之主動追逃的人員均不符合領取SNAP福利之資格。

如您作出虛假或誤導性陳述，或歪曲、掩蓋或隱瞞重要事實以獲得福利資格或領取更多福利；使用 SNAP 福利金購買產品並故意丟棄產品以退還容器獲得定金和現金；或因使用、展示、轉讓、收購、獲取，擁有或販賣 SNAP 福利、授權卡或電子福利轉帳(EBT)系統中可重複使用的檔而違反任何聯邦或州法律，您可能會喪失 SNAP 資格或被判蓄意觸犯福利計畫(IPV)罪。另外，下列行為是不容許的，否則您會喪失 SNAP 福利資格及/或遭受處罰：

- 使用 SNAP 福利金購買食品之外的物品，如酒或煙；
- 使用 SNAP 福利金支付之前賒賬購買的食品；
- 容許其他人使用您的 EBT 卡來交換現金、槍支、彈藥、爆炸物、毒品，或為並非您的 SNAP 家庭成員的人購買食品；或
- 未經卡主同意使用或佔有不屬於您的 EBT 卡。

如剝奪資格行政聽證會或聯邦、州或地方法院發現任何人觸犯了 IPV，或任何人已在轉介至起訴的案件中簽署了剝奪資格行政聽證會豁免權或剝奪資格同意協定，則其應在下列時段內無資格參加 SNAP：

- 12 個月，如第一次觸犯 SNAP IPV；
- 24 個月，如第二次觸犯 SNAP IPV；
- 24 個月，如第一次觸犯 SNAP IPV，且依據法院結論，此人透過涉及售賣受管控物質（非法藥物或需要醫師處方的特定藥物）的交易使用或獲得 SNAP 福利金；或
- 120 個月，如發現此人就其身份或其住址提供虛假資訊以同時獲得多項 SNAP 福利，除第三次觸犯 SNAP IPV 會被永久剝奪資格之外。
  另外，法院可禁止個人參加 SNAP 額外 18 個月。

如任何人做出下列行為，會被永久剝奪獲得 SNAP 福利的資格：

- 第一次觸犯 SNAP IPV，且依據法院結論，此人透過涉及售賣槍支、彈藥或爆炸物的交易使用或獲得 SNAP 福利金；
- 第一次觸犯 SNAP IPV，且依據法院結論，此人非法販賣 SNAP 福利金的合併金額達到 500 美元或更多（販賣行為包括非法使用、轉讓、獲得、篡改或佔有 SNAP 授權卡或存取設備）；
- 第二次觸犯 SNAP IPV，且依據法院結論，此人透過涉及售賣受管控物質（非法藥物或需要醫師處方的特定藥物）的交易使用或獲得 SNAP 福利金；或
- 第三次觸犯 SNAP IPV。

對申報/驗證家庭費用之要求 - 您的家庭必須申報托兒費用和公用事業費用，以獲得該等費用的輔助營養援助計畫(SNAP)減扣。您的家庭必須申報並驗證租金/貸款支出、財產稅、保險、醫療支出，及向非家人支付的子女撫養費，以獲得該等費用的 SNAP 減扣。無法申報/驗證上述費用將被視為您的家庭聲明不想獲得該等未申報/未驗證費用。該等費用之減扣或會使您有資格獲得 SNAP 或增加您的 SNAP 福利。您可於未來隨時申報/驗證該等費用。隨後幾個月，將會依據申報變更規則及該項減扣來計算 SNAP 福利（參見上方的「變更申報」）。

輔助營養援助計畫授權代表 - 您可授權熟知您家庭狀況的人代您申請輔助營養援助計畫(SNAP)福利。亦可授權您家庭之外的某人代您領用 SNAP 福利，或使用福利代您購買食品。如想要授權某人，須書面授權。如需授權其他人，您可直接在下方以正楷填寫此人的姓名、地址和電話號碼，然後讓他們在本申請表末尾的簽名欄中簽名。如授權代表是代表不住在公共機構中的 SNAP 家庭進行申請，則授權代表和一名可負責的成年家庭成員均須在本申請表末尾的簽名欄中簽上姓名和日期，除非 SNAP 家庭透過其他方式書面指定授權代表這樣做。

授權代表的姓名、地址和電話號碼（請以正楷書寫）：

標準公用事業費用補貼 - 我瞭解，公共援助和輔助營養援助計畫(SNAP)領用人可依收入劃分有資格享受家庭能源援助計畫(HEAP)。我亦瞭解，如我在目前月或前 12 個月從未獲得過高於 20 美元的 HEAP 福利，或類似的能源援助福利，則要獲得 SNAP 的暖氣/降溫標準公用事業費用補貼（即扣減），我必須與我的租金分開支付暖氣或空調費用。我瞭解，本州將會使用我的社會保障號來與我的家庭能源提供商確認收到了 HEAP。另外，該授權包括容許家庭能源提供商（包括我的公用事業公司）公開特定的統計資訊，包括但不限於，我的年度用電量、電費、燃料消耗、燃料類型、年度燃料成本，以及向紐約州臨時與殘障補助辦公室、當地社會服務區及美國衛生和人類服務部的付款記錄，以評估低收入家庭能源援助計畫之效能。

公開醫療資訊 - 我同意下列機構可公開有關我和我的任何家庭成員的任何醫療資訊：由我的主要護理服務提供商、任何其他健康護理服務提供商或紐約州衛生部(DOH)向我的健康計畫和任何參與護理我或我的家人的健康護理提供商公開，前提是這是我的健康計畫或我的提供商為開展治療、支付或健康護理行動所合理必需的；由我的健康計畫和任何健康護理服務提供商向 DOH 和其他授權的聯邦、州和地方機構公開，以管理醫療補助計畫；由我的健康計畫向其他人士或組織公開，前提是這是我的健康計畫為開展治療、支付或健康護理行動所合理必需的。我授權那些我可就援助與服務的提供及我參加工作活動（包括就業）的能力合法給予授權的機構向紐約州臨時與殘障補助辦公室(OTDA)、紐約州兒童與家庭服務辦公室或當地社會服務區公開有關我和我的任何家庭成員的任何醫療資訊，前提是這是為提供公共援助福利；為提供服務，包括兒童福祉服務；為確定適當的工作活動分配；為確定申請輔助保障收入福利的必要性；為建立適當的治療計畫來恢復就業能力；及為確定豁免本州有關現金援助接受的六十個月時間限制之資格性所合理必需的。如我需要申請由社會保障局管理的福利，則上述資訊可與社會保障局共用。我亦同意，在法律容許的範圍內，公開的資訊或會包括有關我和我的家庭成員的 HIV、心理健康或酗酒和藥物濫用資訊，除非勾選下方方塊。如家庭中有多名成人參加了醫療補助健康計畫，則必須由每名申請的成人簽名同意，方能公開資訊。我瞭解，我同意公開與我可給予同意之任何未成年子女相關的資訊的能力受到我能夠代表他們獲得的關於治療、診斷和程式之資訊範圍的限制。

_____ 不公開 HIV/AIDS 資訊　_____ 不公開吸毒和酗酒資訊
_____ 不公開心理健康資訊

向服務提供者公開資訊 - 我允許社會服務區和紐約州與社會服務區或紐約州指定的衛生服務提供者分享有關我或我家中任何我可以合法授權領取或有資格領取福利的成員的公共援助福利的資訊，以提高我的醫療保健和整體福祉的品質，並便於收到我或我的家庭成員有資格獲得的額外福利。

公開教育記錄 - 我准許州衛生部和當地社會服務部：1) 獲得與我和/或我的未成年子女相關的任何資訊，其中包括申報健康相關教育服務醫療補助報銷所需之資訊；2) 僅出於稽核目的，向適當的聯邦政府機構提供存取該等資訊之途徑。

公開早期幹預計畫資訊 - 如我的子女經評估需參加或參加了紐約州早期幹預計畫，則我准許社會服務區和紐約州與我所在的郡或市的早期幹預計畫共用我子女的醫療補助資格資訊，以開具醫療補助賬單。

兒童/青少年健康計畫 - 我瞭解，如我的子女加入醫療補助計畫，則其能夠獲得綜合的初級預防看護，包括透過兒童/青少年健康計畫的所有必要治療。我可從社會服務區獲得有關該計畫之詳情。

醫療保險 - 我授權將符合「醫療保險」（第 B 條第 XVIII 款，補充醫療保險計畫）的未來未付費用直接支付給在我有資格獲得醫療補助時為我提供醫療和其他健康服務的醫師和醫療提供商。

醫療費用的報銷

醫療補助 - 作為醫療補助申請的一部份，或自您申請之日兩年內，您有權要求報銷自己於申請當月之前的三個月內，為所領用的保障內醫療護理、服務和用品所支付的費用。在您申請之日後，僅當從參加醫療補助計畫之提供商獲得服務，方能報銷保障內醫療護理、服務和用品費用。

保險/其他福利的轉讓和直接支付 - 對於公共援助和醫療補助，我同意提出任何健康或事故保險福利索賠，並尋求任何個人傷害索賠或我可能享有的任何其他資源，並特此將任何該等資源轉讓給該申請所針對的社會服務區。另外，我將會協助將任何轉讓的福利提供給該申請所針對的社會服務區。

我授權將應付給我或我家庭的健康或意外保險福利款項直接支付給在我們有資格獲得醫療補助時為我們提供醫療和其他健康服務的適當的社會服務區。

醫療補助的補償 - 如您位於醫療機構中且預計不會回家，則某些情形下，收到醫療補助時或會申請留置權，且或會以您的不動產進行補償。可從在您獲得醫療服務時對您負有法定撫養責任的人士補償代表您支付的 MA。MA 亦可補償錯誤支付的服務費用和保費。

我瞭解，從 2014 年 4 月 1 日起，如我透過紐約州衛生部獲得醫療補助：

- 在我死亡之前，我的房產將不施加任何留置權。
- 在我死亡後從我不動產資產獲得的補償將僅限於我 55 歲生日之日或之後為獲得的養老院照護、家庭和社區服務，及相關醫院和處方藥服務之成本所支付的醫療補助金額。

公共援助的補償 - 您為自己領用的或為您在法律上負有撫養責任之人士所領用的公共援助(PA)可透過您擁有或可能獲得的財產或金錢加以補償。作為領用 PA 之條件，或會要求您對所擁有的房產執行立契轉讓或抵押。您的退稅和部份彩票獎金將用於償還您的 PA 債務。

授權從輔助保障收入補發款項償還公共援助福利金 - 我授權在社會保障管理局(SSA)確認我是否有資格獲得輔助保障收入(SSI)時，由 SSA 局長使用我的第一筆 SSI 款項（即我的補發 SSI 款項）來向當地社會服務區(SSD)償還 SSD 從州或地方資金支付給我的公共援助(PA)福利金。SSA 將不會償還 SSD 使用任何聯邦資金支付的 PA。

僅當州政府通知 SSA 稱我和一名 SSD 代表已簽署該授權時，我才會受該授權之約束。州政府須在將我的 SSI 記錄與我的州記錄進行比對的 30 個日曆日內發出通知。30 個日曆日後，SSA 將不會接受。轉而，SSA 將會依據 SSA 規則將我的補發 SSI 款項傳送給我。

僅可使用我的第一筆 SSI 款項。如我的第一筆款項多於欠 SSD 的金額，SSA 將會依據其規則將剩餘金額傳送給我。

SSA 在下列兩種情形下可償還 SSD：

(1) 如我申請 SSI 且 SSA 確認我有資格，則 SSA 將會償還 SSD。
(2) 如我的 SSI 福利在終止或暫停後恢復，則 SSA 將會償還 SSD。

SSA 僅會償還 SSD 我在等候 SSA 確認我的資格期間由 SSD 支付給我的 PA。這被稱為「臨時援助」。該時段的起點為：(1)我變得有資格獲得 SSI 福利金的第一個月，或(2)我的 SSI 在被暫停或終止後得到恢復的第一天。該時段包括實際開始支付 SSI 款項的當月。如 SSD 無法停止我的最後一次 PA 付款，則該時段會於下個月終止。

在 SSA 償還 SSD 後不遲於 10 天，SSD 必須通知我支付的臨時援助金額。另外，該通知將會告訴我 SSA 將會向我寄一封信，告訴我 SSA 會如何將欠我的任何剩餘 SSI 款項發送給我，以及如我不同意州決定，則能夠如何就決定對州政府提起申訴。

依據其規則，SSA 可將我簽署該授權的日期用作我首次獲得 SSI 資格的日期。僅當我在接下來的 60 日內申請 SSI 時，才會這樣做。

該授權適用於我在 SSA 之前未決的任何 SSI 申請或申訴。如我的 SSI 個案已完全決定，則授權終止。當 SSA 首次支付我款項時，授權終止。州政府和我亦可商定終止授權。如我要在此授權終止後重新申請 SSI，或如我在有未決的 SSI 申請或申訴時提交新的 SSI 索償，則我必須遵循紐約州法規簽署新授權。

如我不同意 SSD 就報銷做出的決定，則有機會申請舉行聆訊會。

我收到《社會服務計畫須知》手冊。我瞭解手冊介紹的臨時援助。

撫養 - 申請或領用家庭援助(FA)、安全網援助(SNA)或第 IV-E 款寄養護理服務，即表示將申請人或領用人其自己所擁有的，或代表申請人或領用人為之申請或領用援助之任何其他家人所擁有的對任何其他人的任何撫養權轉讓給州政府和社會服務區（社會服務法，第 158 和 348 條）。此轉讓限於特定條件。該申請表的其他部份包含更多轉讓。

撫養權轉讓 - 我將我負有法律義務撫養之人士的任何撫養權及代表任何家人履行的任何撫養權轉讓給州政府和社會服務區。如申請或領用家庭援助或安全網援助，則我對撫養權的轉讓僅限於我和/或任何家庭成員接受援助期間所產生的撫養權。但是，我於 2009 年 10 月 1 日之前代表我自己或任何家庭成員轉讓給州政府的任何撫養權會繼續轉讓給州政府。

家庭能源援助計畫 - 我瞭解，透過簽署該申請/確認書，即表示我同意任何獲授權之政府機構可對我提供的、與家庭能源援助計畫(HEAP)福利相關之資訊展開任何調查，以核實或確認資訊之準確性。我亦同意將我透過該申請提供之資訊透露給其他機構，以用於防寒保暖援助計畫及我公用事業公司的低收入補助計畫。

我瞭解，本州將會使用我的社會保障號來與我的家庭能源提供商確認收到了 HEAP。另外，該授權包括容許家庭能源提供商（包括我的公用事業公司）公開特定的統計資訊，包括但不限於，我的年度用電量、電費、燃料消耗、燃料類型、年度燃料成本，以及向紐約州臨時與殘障補助辦公室、當地社會服務區及美國衛生和人類服務部的付款記錄，以評估低收入家庭能源援助計畫之效能。

性侵資訊 – 如您是性侵受害人，則有權向社會服務區索取參考資訊。如您索取參考資訊，社會服務區必須為您提供下列任何地址和電話號碼：1) 經紐約州衛生部認證的提供性侵鑒證員服務的地方醫院；2) 地方強暴危機中心；及 3) 適用於性侵受害人的地方維權、諮詢和熱線服務。另外，社會服務區必須為您提供紐約州性侵和家暴幫助熱線號碼：(800) 942-6906 和(800) 818-0656 (TTY)。

托兒補助證明 – 如我申請托兒補助，則茲此證明我的家庭的資源不超過 1,000,000 美元。

本人已詳讀並理解以上須知。本人理解並同意上述轉讓、授權與承諾。我發誓並確認，我已提供或將提供給社會服務區的與該申請相關之資訊均完整且準確無誤。			
申請人簽名 x	簽名日期	配偶或保護代表簽名 x	簽名日期
授權代表簽名 x	簽名日期		

僅僅在要關閉一個或更多計畫個案時，才須填寫以下欄目

我同意撤銷以下申請：

☐ 公共援助**(PA)** ☐ 兒童看護（代替 **PA**） ☐ 輔助營養援助計畫**(SNAP)** ☐ 醫療補助和 **SNAP**

☐ 醫療補助和 **PA** ☐ 服務，包括寄養 ☐ 兒童看護援助 ☐ 僅緊急援助

我瞭解，我可隨時重新申請。

申請人/授權代表簽名 簽名日期

x

紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

☐ **是** 如果您勾選**是**，請填寫以下**選民登記申請表**

☐ **否**，因為本人決定不登記 ***，或***

☐ 本人已在目前居住地區登記***或***

☐ 本人已索取並收到郵寄登記表

如果您不勾選任何一項，則被視為已決定這次不登記投票。

簽名 _____ 日期 ___ / ___ / ___

請以正楷填寫姓名 _____

重要資訊！

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。

如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否要尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

2020 年 2 月 5 日修訂

選民登記申請表（說明請參閱背面）

☐ 是，我需要申請缺席投票

請以藍色或黑色墨水填寫或打印

☐ 是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

1	**您是否為美國公民？** ☐是 ☐否 若回答**否**，請勿填寫本表	**2**	**A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？** ☐是 ☐否 **B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？** ☐是 ☐否 如果您對之前的兩個問題都回答**否**，您將無法登記投票。	**For Board Use Only**
3	姓氏 名字 中間名首字母縮寫 後置稱謂			
4	現居地址（請勿填寫郵政信箱） 公寓號碼 市/鎮/村 郵遞區號 郡			
5	收件地址（若與上列不同） 郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等 郵局 郵遞區號			
6	出生日期	**7**	性別（選填）	**8** 電話（選填） 電子郵件（選填）

10	上次投票的年份	當時的地址為（請提供門牌號碼、街道及城市名）	**9**	**身分證件號碼**（請勾選適合的方塊並填寫號碼）
	所在郡/州	當時使用的姓名（若與目前姓名不同）		☐ 紐約州 DMV 號碼 ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
				☐ 社會安全號碼的最後四位數字 ___ ___ ___ ___
				☐ 本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼

11 政黨

本人希望加入政黨

☐ 民主黨 ☐ 自由意志黨
☐ 共和黨 ☐ 獨立黨
☐ 保守黨 ☐ SAM 黨（服務美國運動黨）
☐ 勞動家庭黨 ☐ 其他 _____
☐ 綠黨

我不想登記加入任何政黨，希望成為獨立選民

☐ 無政黨

12 宣誓書：本人發誓或證明

- 本人是美國公民。
- 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。
- 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。
- 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。
- 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

簽名或畫押 _____ 日期 ___ / ___ / ___

（選填）登記捐贈您的身體器官和組織

姓氏		
名字	中間名首字母縮寫	後置稱謂
地址		
公寓號碼	市/鎮/村	郵遞區號
出生日期	性別 ☐男 ☐女	
眼睛顏色	身高 呎 吋	
電子郵件	DMV 或 ID NYC 號碼	

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲（含）
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。

DONATE LIFE New York State

簽名 _____ 日期 ___ / ___ / ___

登記資格

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和/或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；
- 加入政黨或變更登記；
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄或假釋（除非假釋赦免或恢復公民身分）；
- 未在其他地方主張投票權；且
- 未被法院認定無行為能力。

重要資訊！

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
電話：1-800-469-6872；
TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；
或造訪網站 - www.elections.ny.gov

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪一個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

查證身分

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

填表說明：

虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

*第 9 欄：*您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

*第 10 欄：*如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號 (?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

*第 11 欄：*只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。