



佐治亚州人类服务部 福利申请



如果你需要帮助填写该申请，请告知我们或致电 1-877-423-4746。如果你有听力障碍，请拨打佐治亚中继线 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

食品券是你可用来在任何具有 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及其他的支持服务。接受资助的家长或看护者需要参加工作项目计划。现金援助方案还为不符合条件的贫困家庭临时援助 (TANF) 的难民家庭提供财政援助。



医疗援助

对于有资格获得医疗援助的人员，此项服务可支付医疗费账单、医生出诊费和医疗保险费。



社区外展服务

预了解社区外展服务的更多信息，请访问我们的网站：<http://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

仔细阅读问题并提供准确信息。如果你需要帮助填写此申请，请与我们联系。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。

可通过邮件、传真、或亲自把本申请表的第4 - 8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有资格申请此项福利，将从收到申请之日起提供食品券或贫困家庭临时援助。申请表上应包括姓名、地址和签名，

如果你申请食品券和/或医疗援助，你可以提交一份福利申请，上面有你的姓名、地址和签名。不过，如果你完成整个表格，它可以帮助我们更快地处理你的申请。

第3步。与我们面谈。

你可能需要与一名个案经理交谈。如果需要，我们将为你安排一次面谈。通过电话就可以完成这次面谈。

常见问题

获得这些福利需要多长时间?

食品券: 最多 30 天
困难家庭临时援助: 最多 45 天
医疗援助: 10 至 60 天

如果你符合条件，你可在 7 日内获得食品券。参见第5页。

我会获得多少福利?

你的收入、财产和家庭人口决定福利数额。在确定你的资格后，我们才能为你提供具体的信息。

我将如何得到我的福利?

对于食品券和困难家庭临时援助，你将获得电子福利划拨 (EBT) 卡，以享受你的福利。对于医疗援助，每一名符合条件的成员都将收到一个医疗卡。

我将需要提供什么样的信息?

这是一个好主意，提供以下的信息：

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)，须提交身份证明材料。每个申请医疗援助的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。
- 每个申请人的社会安全号码。
- 收入证明，例如，工资存根、儿童抚养费收入和收入通知函
- 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。

你将有时间返回任何信息到我们的办公室。如果你需要帮助，得到这个信息，请告诉我们。

我们如何使用申请人的个人信息?

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。这些信息将被用于检查收入和资格验证系统 (IEVS)。我们也将把你的信息与其他联邦、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信息其社会安全号码、公民身份或移民身份，家庭的其他成员仍可能会收到福利。

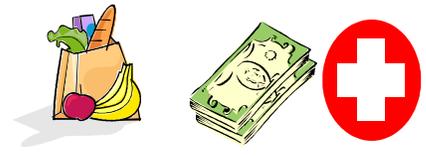
别人可为我申请吗?

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，但父母或看护人必须面试。



佐治亚州人类服务部 福利申请



“根据联邦法律及美国农业部 (USDA) 和美国卫生和福利部 (HHS) 政策，禁止本机构因种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾状况而进行歧视。根据 **2008 年食品和营养法案** 与美国农业部 (USDA) 政策，还禁止对具有不同宗教信仰或政治信仰的人进行歧视。”

要提交歧视投诉，请与美国农业部 (USDA) 或美国卫生和福利部 (HHS) 联系。

致函美国农业部 (USDA), Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411, 或致电 (800) 795-3272 (语音) 或 (202) 720-6382 (电传打字)。

致函美国卫生和福利部 (HHS), Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 或致电 I (202) 619-0403 (语音) 或 (202) 619-3257 (电传打字)。

美国农业部 (USDA) 或美国卫生和福利部 (HHS) 是平等机会提供者和雇主。

你也可以向提交一项歧视投诉，请与家庭及儿童服务部 (DFCS) 公民权利计划办公室联系。Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 或致电 (404) 657-3735 或传真 (404) 463-3978。

根据社区卫生服务部 (DCH) 的政策，医疗援助不能因你的种族、年龄、性别、残疾、国籍、政治或宗教信仰而拒绝你的资格或福利。报告医疗援助的资格或提供者的歧视，致电佐治亚州的社区卫生办公室，计划实施完整性，(当地 404-463-7590) (免费电话) 800-533-0686。

申请表中的术语是什么意思？

本表对该申请表中所用术语进行了解释。

看护者	一名为其看护的儿童申请困难家庭临时援助 (TANF) 的父母、亲属或法律监护人。
承授人亲属	一名以他或她的名字、代表孩子们申请并接受困难家庭临时援助 (TANF) 的家长、亲属或法定监护人。
取消资格	对于没有告知真实情况并获得了不应得福利的个人采取的措施，会取消其食品券或困难家庭临时援助 (TANF)。
电子福利划拨 (EBT)	在佐治亚州使用的一种系统，用于向有资格获得食品券或困难家庭临时援助 (TANF) 的个人支付福利。向接受援助的个人发放 EBT 借记卡，用于提取现金福利并访问其食品券账户。
EPPICard 转账万事达卡	施乐在佐治亚州向个人发行的新的转账卡可用来接受现金援助。EPPICard 转账万事达卡将可以在任何接受万事达卡的地方购物和提取现金。
家庭成员	居住在你家中的个人。出于食品券的目的，居住在一起、并一起购物、一起准备膳食的那些个人。
收入	薪水、工资、佣金、奖金、工人补贴、残疾人福利金、养老金、退休福利、利息、儿童抚养费，或接收到的任何其他形式的款项。
农场流动工人	季节性农场工人，从一个家庭基地前往另一个基地工作或寻找农场工作。
财产	现金、财产或资产，例如银行账户、交通工具、股票、债券和寿险。
季节性农场工人	在每年特定时节工作，种植、摘取或打包农产品的个人。在农场雇用的长期工人人手不足时，他们获得临时雇用。
营养补充援助计划/食品券计划交易	<p>贩卖营养补充援助计划 (SNAP) 福利是指：</p> <p>(1) 购买、出售、盗窃，或以其他方式交换发行的 SNAP 福利，并通过访问电子福利划拨 (EBT) 卡、卡号和密码，或通过手工凭单和签名的方式，以获取现金或其他非食品的好处，无论是直接、间接，与人共谋或串通，或单独行动；</p> <p>(2) 交换枪支、弹药、爆炸物或受控物质；(3) 使用 SNAP 福利购买一种要求支付押金的容器装的产品，旨在通过丢弃产品并返还容器从而获取用作押金的现金，并故意地丢弃产品，并故意返还容器以获取押金；(4) 使用 SNAP 福利购买一种产品，意在获得现金或其他非食品的好处，随后又故意倒卖该使用 SNAP 福利购买的产品，以换取现金或其他非食品的好处(5) 有意购买原先使用 SNAP 福利购买的产品，以换取现金或食品以外的的好处。</p>



福利申请



申请表中的术语是什么意思？（续）

本表对该申请表中所用术语进行了解释。

<p>合格的外国人/移民</p>	<p>一名合格的外国人/移民是一个合法居住在美国的、属于以下类别之一的人员：一名符合移民与国籍法案的合法永久居民（LPR）；根据 1988 年海外业务、出口融资和相关项目拨款法案第 584 款的美亚混血移民，根据移民与国籍法案第 208 条被授予庇护的人，按移民与国籍法案第 207 条承认其难民身份的人，根据移民与国籍法案 212(d)(5) 节，假释入境美国至少 1 年时间的的人，根据 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) 暂缓强制驱逐出境令的人，根据 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，根据 1980 年的难民教育援助法案第 501(e) 节的古巴和海地移民，根据 2000 年的人口贩运被害人保护法第 107(b)(1) 节的被害人，满足 1996 年颁布的个人责任和工作机会协调实践法案第 431(c) 节的受虐移民，经修订；根据移民与国籍法案第 101(a)(27) 节特批的阿富汗和伊拉克移民（在特定条件下），根据移民与国籍法案第 289 条在加拿大出生、居住在美国的美洲印第安人，或根据印度自决和教育援助法第 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）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。</p>
<p>申请人</p>	<p>一个选择申请或接受公共援助/福利的个人</p>
<p>非申请人</p>	<p>一个选择不申请或领取公共援助/福利的个人；非申请人无须提供社会保险号、公民或移民身份。</p>
<p>援助单位</p>	<p>援助单位包括符合条件的生活在一起、接受公共援助/福利的人。</p>



福利申请



我申请什么？检查所有适用的项目：

- 食品券**
食品券项目计划旨在满足有资格享受此福利的家庭的食品与营养需求。
- 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持服务，以帮助需抚养儿童的家庭。如果你是孩子的父母或看护者并希望加入此项资助计划，我们将要求你参加工作项目计划。
- 难民现金援助**
难民现金援助计划为没有资格享受贫困家庭临时援助 (TANF) 项目计划的难民家庭提供财务援助。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、美国亚裔人和无人陪伴的未成年难民。
- 医疗援助**
医疗援助为老年人、失明或残障的成人，孕妇、儿童和家庭提供医疗覆盖。在你申请时，我们将查看所有有医疗援助项目计划并确定你有资格获得哪些援助。

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，填写所有适用的项目。

- () 电传打字 () 盲人用的点字法 () 大号书写字 () 电子邮件 () 视频中继 () 手语翻译_____
- () 外语翻译（指定语言）_____ () 其他_____

请填写下面的图表有关申请人。

名字	中间名缩写	姓	后缀
你所居住的街道		房间	
城市	州	邮政编码	
邮寄地址（如果不同）			
城市	州	邮政编码	
家庭电话号码	其他联系电话	电子邮件地址（可选）	
签字		日期	
见证人之签名（若以“X”代签则须见证人签名）		日期	
仅由办公室填写 (For Office Use Only)		Date Received By The County	



福利申请



我是否有资格更快得到食品券？

回答以下有关你和所有家庭成员的问题，看你是否能够在 7 天内获得食品券。

1. 你或任何家庭成员是流动或季节性农场工人吗？ 是 否
2. 本月将收到的工资毛收入：
 雇主名称 _____
 雇用开始日期 _____ 雇用截止日期 _____
 支付金额 _____ 每周小时数 _____ 每周/每双周/半月/每月（选一）
 \$ _____
3. 本月将收到的非工资毛收入：
 非工资所得毛收入类型， _____ 数量 _____ 每周/每双周/半月/每月（选一）
 非工资所得毛收入类型， _____ 数量 _____ 每周/每双周/半月/每月（选一）
 \$ _____
4. 本月非工资收入总额：
 \$ _____
5. 你和你的所有家庭成员在银行有多少现金？
 \$ _____
6. 你和你的所有家庭成员支付多少房租或抵押贷款？
 \$ _____
7. 你和你的所有家庭成员支付多少水、电、气等费用？
 \$ _____

我能否让别人代替我申请食品券或医疗援助？

仅当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使用你的 EBT 卡来购买食品时，才需要填写以下部分。你可以选择多于一人。如果你申请医疗援助 (Medicaid)，你可以选择多于一人代表你申请医疗援助。

姓名: _____	电话: _____
地址: _____	房间号: _____
城市: _____	州: _____ 邮编: _____
姓名: _____	电话: _____
地址: _____	房间号: _____
城市: _____	州: _____ 邮编: _____

对于医疗援助，你想要此人得到一份你的医疗卡的复印件吗？ 是 不是



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，以提供申请人及所有家庭成员的情况。下面的联邦法律和法规：**2008年食品和营养法, 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**, 授权的家庭与儿童服务部 (DFCS) 要求你和你的家庭成员的社会安全号码。如果你家中的任何人不希望向我们提供这一信息、他或她的公民身份, 移民身份或社会安全号码, 那么这个人可以被认定为一个非申请人。这意味着此人不会被视作申请人, 将不具有享受福利的资格。然而, 其他家庭成员仍然能够得到福利, 如果他们本来就具备资格。如果你希望我们决定任何一名家庭成员是否有资格享受福利, 你仍然需要告诉我们他们的公民或移民身份, 并提供他们的社会安全号码 (SSN)。你仍然需要告诉我们你的收入和资源, 来决定家庭的资格和福利水平。如果他们不向我们提供其公民或移民身份, 他们将不会被报告给美国公民及移民服务部的外国人权利核对系统 (SAVE)。但是, 如果在你的申请中已经提交了移民身份信息, 这些信息可能通过外国人权利核对系统 (SAVE) 予以核实, 并可能会影响到家庭的资格和福利水平。

姓名 名字 中间名缩写 姓	与你的 关系	是本人申请 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/ 拉美裔 (可选项) 是/否	种族代码 (可选项) (参见下面的 代码)	你是一名美国公民、符合条件的 外国人/移民或苗族/高地老挝移民 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
HP – 夏威夷土著/太平洋岛民

AS – 亚洲人
WH – 白人

BL – 黑人/非洲裔美国人

种族/族群的信息, 将有助于我们以一个非歧视性的方式管理我们的计划。不要求你的家庭给我们提供这些信息, 也将不会影响你的资格或福利水平。

请告诉我们更多关于申请人及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的信息以决定谁有资格享受福利。在下页中, 请只回答与福利有关的问题。



佐治亚人类服务部 福利申请



1. 是否有人已经获得其他的县或州的福利? 是 否

如果是:

谁: _____

地点: _____

时间: _____

2. 有没有人曾在 96 年 8 月 22 日之后因提供在哪居住和身份的虚假信息在多个州获得福利而定罪? 是 否

如果是:

谁: _____

地点: _____

时间: _____

3. 上次福利申请或审查之后的 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? 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? * 请提供怀孕证明, 如果有的话。 _____ 是 否
(这个问题并不适用于只申请食品券的申请人)

谁 _____

预产期 _____

5. 对于申请医疗援助的人, 上三个月中是否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困难家庭临时资助的申请人)

6. 是否有人被取消食品券或困难家庭临时资助 (TANF) 计划项目资格? 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? 是 否

如果是, 谁: _____

8. 是否有人违反缓刑或假释条件? 是 否

如果是, 谁: _____



佐治亚州人类服务部 福利申请



9. 是否有人在 96 年 8 与 22 日之后因拥有、使用或分发一种受管制的物质而被指控犯有重罪（只适用于困难家庭临时资助和食品券申请人）或暴力犯罪（只适用于困难家庭临时资助申请人）？ 是 否

如果有，

谁: _____

什么时候: _____

10 你或任何家庭成员在 96 年 8 与 22 日之后曾因贩卖食品券福利以获得毒品而定罪？ 是 否

如果有，

谁: _____

什么时候: _____

11 你或任何家庭成员在 96 年 8 与 22 日之后曾因买卖食品券福利 500 美元以上而定罪？ 是 否

如果有，

谁: _____

什么时候: _____

12 你或任何家庭成员在 96 年 8 与 22 日之后曾因交易食品券福利以获得枪支、弹药或爆炸物被定罪？ 是 否

如果有，

谁: _____

什么时候: _____

13 有没有人用过的困难家庭临时资助（TANF）资金或转账万事达卡（EPPIC）在以下场所，酒店、赌场、扑克室，成人娱乐业务、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，吸烟的商店，纹身/穿孔商店，水疗/按摩美容院？

如果有， _____ 是 否

谁: _____

什么时候: _____



佐治亚州人类服务部 福利申请



食品券计划处罚

任何家庭成员故意违反任何食品券的规定，可以得到取消违反者食品券计划一年到永久取消的处罚，罚款可高达**25** 万美元，监禁 **20** 年或两者并罚。她/他也可能会受到其他适用的联邦和州法律的起诉。如果法庭下令，他/她也可以被取消食品券计划止额外 **18** 个月。

任何家庭成员故意违反任何食品券的规定，第一次违反规定丧失资格一年，第二次违反规定丧失资格两年，第三次违反规定永久丧失资格。

如果法院判决认定你或任何家庭成员在涉及受控物质的交易中非法使用或接受食品券福利，第一次违反规定你或该家庭成员将丧失福利资格两年，第二次违反规定永久丧失福利资格。

如果法院判决认定你或任何家庭成员在涉及枪支销售、弹药或爆炸物非法使用或接受食品券福利，第一次违反这一规定，你或该家庭成员将被永久丧失参与食品券计划的资格。

如果法院判决认定你或任何家庭成员在涉及总金额为**500**美元或以上的交易中非法交易该福利，第一次违反这种规定，你或该家庭成员将永久丧失参与食品券计划的资格。

如果发现你或任何家庭成员为了享受多个食品券福利，就有关身份（他们是谁）或居住地（他们住的地方），提供欺诈性的陈述或申述，你或该家庭成员将丧失参与食品券计划的资格 **10** 年。

适用于所有医疗援助、食品券和困难家庭临时资助申请人：

我已阅读并完整填写本表适用于申请人和申请人家庭的全部信息。我保证，在作伪证受处罚的前提下，我所提供的所有信息尽我所知都是真实的、完整的。我了解若未告知完整事实，我会受到法律处罚。

申请人签名

日期

授权代表的签名

日期

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

日期
(Date)