



如果你需要帮助填写此申请表格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。接受资助的家长或看护者需要参加工作计划。

现金援助方案还向不符合贫困家庭临时援助 (TANF) 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. 填写申请表格

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格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, 它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项目或者只申请食品券。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辅助金, 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。

你可能需要与一名个案经理面谈。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6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**医疗援助条件的人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。
- 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。

你会有时间奖文件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。

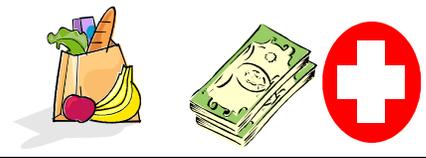
我们如何使用申请人的个人资料?

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。

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。



根据联邦法律及美国农业部 (USDA) 和美国卫生和人类服务部 (HHS) 政策, 禁止本机构因种族、肤色、国籍、残疾状况、性别、年龄、, 及在某些情况下宗教和政治信仰而进行歧视。美国农业部还禁止对客户、员工和工作申请者因种族、肤色、国籍、年龄、残疾状况、性别、性别认同、宗教、报复行为、和 (如适用) 政治信仰、婚姻状况、家庭或父母状况、性取向、或根据因全部或部分个人收入来源于任何公共援助计划, 或源于保护遗传信息就业或由该部门举办或资助的活动或计划, 而进行歧视。(不是所有禁止的依据都适用于所有计划和/或活动。)

要向美国农业部 (USDA) 提交 民权计划歧视投诉, 请登录http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 填写“美国农业部项目歧视投诉表格”, 或前往任何美国农业部办公室或拨打 (866) 632-9992 索取表格。你也可写一封包含表格所有要求资料的信件。将填好的投诉表格或信件邮寄至: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410,; 或传真至(202) 690-7442, 或者发电子邮件至: program.intake@usda.gov.

聋哑、有听力障碍或有语言障碍的人可以通过联邦中继服务电话(800) 877-8339 或 (800) 845-6136 (西班牙语) 联系美国农业部。

对于有关补充营养援助计划 (SNAP) 有任何疑问的人士, 可以联络美国农业部 USDA 补充营养援助计划 SNAP 热线电话(800) 221-5689, 也有西班牙语服务; 或点击网址http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm获取州资讯/热线电话列表。

提交有关通过美国卫生和人类服务部 (HHS) 获得联邦援助计划的歧视投诉, 请致函: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, 或拨打 (202) 619-0403 (语音) 或 (800) 537-7697 (TTY 聋哑人文字电话)。

美国农业部 (USDA) 和美国卫生和人类服务部 (HHS)是平等机会提供者和雇主。

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(当地电话 404-463-7590) (免费电话) 800-533-0686。

本申请表中的术语是什么意思?

本表解释申请表中所用术语的含义。

看护者	指为所看护的儿童申请贫困家庭临时援助 (TANF) 的父母、亲属或法定监护人。
承授人亲属	指以他或她的名字代表孩子们申请并接受困贫家庭临时援助 (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所采取的措施, 以取消其食品券或贫困家庭临时援助 (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的个人支付福利。接受援助的个人会得到一张EBT 借记卡, 用于进入其食品券账户。
EPPICard 万事达借记卡	Xerox 向佐治亚州接受现金援助的个人发行的新的借记卡。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	居住在你家中的个人。就食品券而言, 是指居住在一起、一起购物并一起准备膳食的那些个人。
收入	薪水、工资、佣金、奖金、劳工赔偿、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。
总收入	税前或其他抵扣项目前的个人总收入。
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的人。



福利申请



申请表中的术语是什么意思？

资源	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	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)/食品券计划贩卖	<p>贩卖补充营养援助计划 (SNAP) 福利是指：</p> <p>(1) ，用代金券和签名的形式，购买、出售、盗窃，或以其他方式交换发行的并通过使用电子福利划拨 (EBT) 卡得到的补充营养援助计划 (SNAP) 的福利、卡号和密码，以获取现金或其他非食品的报酬，无论是直接、间接、与人共谋或串通或单独行动；(2) 交换枪械、弹药、爆炸物或受控物品；(3) 使用 SNAP 福利购买一种要求归还押金的容器装的产品，旨在通过丢弃产品并归还容器从而获取用作押金的现金，并故意地丢弃产品及故意归还容器以获取押金；(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报酬，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报酬；(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报酬。(6) 试图通过电子福利划拨 (EBT) 卡, 卡号和个人密码 (PIN)，或代金券和签名的形式，来试图购买、出售、盗窃或以其他方式影响 SNAP 发行福利的交易, 换取现金或非食品报酬，无论是直接、间接、共谋或与他人串通，或单独行动。</p>
合格的外国人/移民	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个人：一名通过移民与国籍法案获得合法永久居民 (LPR) 的个人；根据 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；根据移民与国籍法案第 208 条款被授予庇护的人；按移民与国籍法案第 207 条款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) 暂缓其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 年的人口贩运受害人保护法第 107(b)(1) 节的人口贩运受害人；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，(按修订版)；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 条在加拿大出生而居住在美国的美洲印第安人，或根据印第安人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。
2012年中产阶级减税法案	该法案禁止在以下场所使用现金援助资金或 TANF 借记卡提取现金或进行交易：赌场、酒店、成人娱乐设施、棋牌室、保释债券、夜总会/美发沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛道、博彩场所、枪支/弹药店、游船、通灵读者、草烟店、纹身/穿孔店和水疗/按摩沙龙。在这些企业使用现金援助资金或 TANF 借记卡，即构成故意违反计划 (行骗) 行为。
申请人	是指一个选择申请或接受公共援助/福利的个人
非申请人	是指一个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	是指包括所有居住在一起、符合条件申请、并获得公共援助/福利的那些人士。



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获得食品和营养需求。
- 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覆盖。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 _____
- () 外语翻译员（指定语言） _____ () 其他 _____

请在下表中填写有关申请人资料。

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（选择性）	



佐治亚州人类服务部

福利申请



据伪证处罚法以及所知及所信，我宣布我代替申请福利的人是美国公民或合法居留者。本人进一步证明所提供的申请资料，据我所知都是真实和正确的。我理解并同意人类服务部 (DHS) 和授权的联邦机构验证我所提供的申请资料。资料可以从过去或现在的雇主那里获得。我会根据食品券/医疗补助和/或 TANF 计划要求，上报任何情况变更。如有任何资料不正确，会被认为故意提供假资料，这样可能会被减少或拒绝提供福利、受到刑事起诉、或从人类服务部 (DHS) 计划中除去资格。我清楚如果我提供虚假信息或隐藏资料，我会被起诉。我明白如果我在申请或续期面试中不告诉人类服务部 (DHS) 某些费用，人类服务部 (DHS) 将不会将此支出计算在我的食物券福利金额中。

_____ 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)，你可以选择多过一人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卡的复印件吗？

是 否

For Office Use Only (办公室专用)

Date Received: _____



福利申请



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及现金数目？ \$ _____

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

7. 你本月支付多少水、电、煤气和/或其他公用事业费用？ \$ _____
 （不要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，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**，授权家庭与儿童服务部（DFCS）要求提供你和你的家庭成员的社会安全号码。你家中任何人跟你住在一起，但不申请福利，此人可被视为**非申请人**。非申请人则不需要向我们提供社会安全号码、公民或移民身份，而且将**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**他们的**收入和资产，来决定是否符合资格及家庭福利水平。如果非申请成员不向我们提供其公民或移民身份，我们不会将他们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，如果在申请中已经提交了移民身份资料，这些资料可能会与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。我们也会与其他联邦、州和地方机构核实以验证您的收入和资格。此资料也可能提供给执法人员，用以抓获违法者。如果你的家庭有一份食品券索赔，申请表上的资料包括社会安全号码，可能会提供给联邦及州政府机构和私营索赔收集机构，帮助其收集索赔。我们不会因为其他家庭成员没有提供他们的社会安全号码、国籍或移民身份，而拒绝家庭成员申请者的福利。

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

通过提供种族/族群资料，将有助于我们以一个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

我们需要申请人及家庭成员的更多资料，来决定谁符合资格享受福利。请回答下面你希望收到的福利问题。

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 96 年 8 月 22 日之后因提供虚假住址和身份以获得多个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. 申请日期 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 (TANF)) 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? (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) 是 否

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 (TANF)) 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 (TANF)) 是 否
如果有, 谁: _____
9. 是否有人在 96 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 96 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 96 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 96 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 (TANF)) 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）	多久收到（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，请填写下面的图表。

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，请填写下面的图表

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，请填写下面的图表

行程的目的 (看医生或医院就诊、药房提取)	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消费情况

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，请填写下面的图表。

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？请填写下表。是否

如果是，请填写下面的图表。

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？_____

评论/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？
支付了多少钱？	此人向谁支付这些账单？



食品券计划处罚

如果你故意提供虚假资料，可能会失去福利或受到刑事起诉。

- 不要提供虚假资料或隐瞒资料来获得你的家庭不应该得到的福利。
- 不要使用不属于你的食品券或EBT卡，同样你的食品券和EBT卡也不得借给其他人使用。
- 不要用食品福利来购买非食品物品，如酒精、香烟或支付信用卡。
- 不要交易或销售食品券或EBT卡以购买非法物品;如枪械、弹药、管制药品（非法毒品）。

任何家庭成员如果故意违反任何食品券规定，可被禁止享受食品券计划一年到永久取消，罚款可高达 **25 万美元**，监禁 **20 年**或两者并罚。她/他也可能受到其他适用的联邦和州法律的起诉。如果法庭下令，也可以被追加额外 **18 个月**不能享受食品券计划。

任何家庭成员如果故意违反任何食品券的规定，第一次违反规定将丧失资格一年，第二次违反规定将丧失资格两年，第三次违反规定将永久丧失资格。

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，第二次违反规定将永久丧失福利资格。

如果法院判决认定你或任何家庭成员在涉及枪械销售、弹药或爆炸物的交易中非法使用或接受食品券福利，第一次违反这一规定，你或该家庭成员将永久丧失食品券计划的资格。

如果法院判决认定你或任何家庭成员涉及贩卖总金额为**500美元**或以上的福利，第一次违反这一规定，你或该家庭成员将永久丧失食品券计划的资格。

如果发现你或任何家庭成员为了享受多份食品券福利，而就有关身份（他们是谁）或居住地（他们住的地方）提供欺诈性的陈述或表述，你或该家庭成员将丧失食品券计划资格 **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里，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，或在使用现金援助金或 TANF 借记卡提取现金或在以下场所进行交易时没有说实话：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，这些行为是被严厉禁止的。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，第三次违规则将永久失去 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，第二次违规则永久失去 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，将被禁止 **10 年**。
- 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没有资格和/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：

我根据伪证处罚法以及本人所知及所信声明：我所代替申请福利的人是美国公民或合法居留者。本人进一步证明所提供的申请资料，据我所知都是真实和正确的。我理解并同意人类服务部（DHS）和授权的联邦机构验证我所提供的申请资料。资料可以从过去或现在的雇主那里获得。我会根据食品券/医疗补助和/或 TANF 计划要求，上报任何资料变更。如有任何信息不正确，可能会被减少或拒绝福利，我亦会由於故意提供虚假资料，受到刑事起诉、或从 DHS 计划中除去资格。我清楚如果我提供虚假信息或隐藏信息，我会被起诉。我明白如果我在申请或续期面试中不告诉人类服务部（DHS）某些费用，人类服务部（DHS）将不会将此支出计算在我的食物券福利金额中。

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)