



この申請フォームへの記入の際に補助が必要な方、あるいは当局に連絡をする際に補助が必要な方は、当局又は 1-877-423-4746 までお問い合わせください。聴覚障害のある方は、ジョージア州リレーサービス 1-800-255-0135 までお問い合わせください。このサービスは無料です。

児童家庭福祉局(以下 DFCS)ではどのようなサービスを提供していますか？

DFCS では次に挙げるサービスを提供しています：



食糧支援

フードスタンプは食料品を購入するための手当でEBT/Questサインのある場所ならどこでも使用できます。食料品の購入費があなたのフードスタンプ口座から差し引かれます。



現金支援/雇用支援サービス

貧困家庭一時扶助(TANF)は子供がいる世帯に対し期間限定で現金支援を提供するサービスです。この扶助金給付の対象となる親あるいは世話人は就労プログラムへの参加が義務付けられています。現金支援プログラムではTANFプログラムの対象とならない難民世帯に対しても財政支援を提供しています。



医療支援

メディケイドでは、対象者に対し医療費、受診費、メディケア保険料の支払いを支援することが可能です。



コミュニティアウトリーチサービス

DHSサービスに関するその他の情報は、当局ウェブサイト www.dfcs.dhr.georgia.gov をご覧いただくか、又は1-877-423-4746までお問い合わせください。

手当はどのように申請するのですか？

ステップ 1. 申請フォームに記入します。

質問をよく読み、正確な情報と日付を記入し、署名をしてください。

ステップ 2. 申請フォームを提出します。1～3ページを切り離し、自分用に保管してください。

この申請フォームの 4～13 ページを郵送又はファックスするか、最寄りの児童家庭福祉局(DFCS)事務所まで持参してください。申請者若しくはあなたが代理となって申請する方に手当の受給資格がある場合、氏名、住所、署名が記入されている申請フォームの受領日が、フードスタンプあるいは TANF の給付開始日となります。

フードスタンプあるいはメディケイド、又はその両方に申請する方は、氏名、住所、署名のみを記入した申請フォームを提出するだけでもできます。ただし、申請フォームをすべて記入していただければ、申請手続きが迅速化されます。この申請フォームは、複数のプログラム、又はフードスタンププログラム(FS)のみの場合、連名で提出することができます。他のプログラムへの申請が拒否された場合でも、それだけを基準にしてあなたのFSへの申請が取り消されることはありません。当局では、FS申請者に対する独立した資格判定を行います。

ステップ 3 面接を受けます。

ケースワーカーとの面接が必要になる場合があります。その場合は、面接日をお知らせします。電話面接だけの場合もあります。

よくある質問

手当を受け取るまでにどれくらいかかりますか？

フードスタンプ： 最長で30日間
TANF： 最長で45日間
メディケイド： 10日間から60日間
一定要件を満たす場合、7日以内にフードスタンプの給付が開始されることがあります。詳しくは6ページを参照してください。

いくら給付されますか？

あなたの所得、資産、世帯規模で扶助額が判断されますので、具体的な情報は受給資格を認定した時点で提供可能となります。

どのように扶助金を受け取るのですか？

フードスタンプでは、電子給付送信(EBT)カードが発行され扶助金にアクセスすることができます。TANF では、EPPIC デビットマスターカードが発行され、扶助金にアクセスすることができます。メディケイドでは、対象メンバーに対しそれぞれメディケイドカードが発行されます。

どのような情報を提供する必要がありますか？

以下の情報が必要とされます：

- フードスタンプ及び/又はTANFを申請する場合は申請者の身分証明が必要です。また、メディケイド申請の場合は申請者全員分の身分証明が必要です。例：IDカード又は自動車免許証(DL)
- 手当申請をする全員の市民権/在留資格の証明
- 支援申請をする全員のソーシャルセキュリティ番号(SSN)
- 所得の証明。例：給料明細、養育費の支払証明又は所得賞与通知
- 経費の証明。例：保育費、医療費、医療交通費、養育費の領収書

提出要請があった情報には提出期限が与えられます。上記の情報の入手に補助が必要な方は当局までお知らせください。

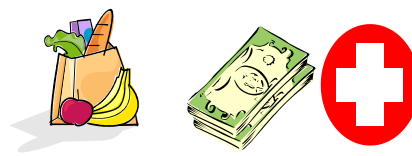
申請者の個人情報はどうに使用されますか？

手当の申請は、申請者のSSNと市民権又は在留資格証明だけでできます。この情報は所得と受給資格認定システム(IEVS)の為に使用されます。また、その他の連邦政府、州政府機関、地方機関の記録と照会し、所得と受給資格が検証されます。世帯構成員の中にSSN、市民権又は在留資格の証明の提出を拒否する方がいたとしても、その他の世帯構成員は手当を受けることができます。

代理申請はできますか？

はい、フードスタンプとメディケイドは代理申請が可能です。TANF の場合も代理申請はできますが、面接は親又は世話人が受けなければなりません。

ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



当局は、連邦法、米国農務省 (USDA) 及び米国保健福祉省 (HHS) の政策に準拠し、人種、肌の色、国籍、障害、年齢、性別、場合によっては宗教や政治理念による差別を禁じられています。更に USDA は、当局による雇用、あるいは当局が支援又は実施しているすべてのプログラムと活動において、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、性別、性同一性、宗教、報復、並びに該当する場合には政治理念、婚姻関係、親族関係、性的指向、若しくは個人の全所得又は所得の一部が公的扶助プログラムから得られていること、又は保護されている遺伝情報を理由に、顧客、従業員又は求職者を差別することを禁じています。(禁止根拠すべてが、プログラムと活動全体に適用するとは限りません。)

公民権プログラムにおける差別の苦情を USDA に申し立てる際は、http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 若しくは USDA 事務所にて USDA プログラム差別苦情フォームに記入する、あるいは (866) 632-9992 まで問い合わせ、フォームを請求してください。フォームにある質問内容をすべて含んだ文書を書くことも可能です。記入したフォーム又は文書を U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 宛に郵送するか、ファックス (202) 690-7442、若しくは program.intake@usda.gov に電子メールにて送信してください。

聴覚障害、難聴、若しくは言語障害のある方は、連邦政府リレーサービス (800) 877-8339、あるいは (800) 845-6136 (スペイン語専用) を通じ、USDA まで連絡してください。

補助的栄養支援プログラム (以下 SNAP) に関するその他の情報は、USDA SNAP ホットライン (800) 221-5689 (スペイン語も可) まで問い合わせるか、http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm にて州情報/ホットラインのリンクをクリックし、一覧表を参照してください。

米国保健福祉省 (以下 HHS) を通じて連邦政府の資金援助を受けているプログラムにおける差別の苦情申し立てを行う際は、HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 まで文書を郵送するか、(202) 619-0403 (音声) 若しくは (800) 537-7697 (TTY) まで連絡してください。

USDA と HHS は、機会均等提供者及び雇用者です。

‘不当差別の苦情については、DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 宛てに書面を郵送、または (404) 657-3735 に電話するか、(404) 463-3978 までファックスを送付することで申し立てを行うこともできます。英語の能力に限界がある、また知覚機能に障害がある場合は、DHS 英語能力および知覚機能障害プログラムまでお問い合わせください。お問い合わせの際は、Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 宛てに書面を郵送、(404) 657-5244 に電話、あるいは (404) 651-6815 までファックスをご送付ください。’

地域保健局 (以下 DCH) 政策において、人種、年齢、性別、障害、国籍、政治や宗教理念によりメディケイドの受給資格や手当を拒否できないよう定められています。メディケイド受給資格や支援提供者における差別待遇の報告は、ジョージア州地域保健局のプログラム保全事務課 (ローカル) 404-463-7590 若しくは (フリーダイヤル) 800-533-0686 まで連絡してください。

この申請フォームで使われている言葉の意味は何ですか？

このフォームで用いられている用語の説明

世話人	子供と共に TANF を申請、受給する親、親族若しくは法的後見人
被譲与親族	子供の代わりに TANF を申請、受給する親、親族若しくは法的後見人
資格喪失	不正行為を行った個人をフードスタンプや TANF のケースから除外する措置
電子給付送信 (EBT)	ジョージア州にてフードスタンプ受給者への扶助金給付に使用されるシステム。扶助金の受給者には、フードスタンプアカウントへアクセスができる EBT カード・デビットマスターカードが発行されます。
EEPI カード・デビットマスターカード	ジョージア州では、現金支援を受ける個人の為にゼロックス社による新しいデビットカードが発行されました。この新しいマスターカードが使用できるすべての場所で、EEPI カード・デビットマスターカードを使用し、購入又は現金の引き落としをすることが可能です。
世帯構成員	同居者。フードスタンプにおいては、食料の調達、食事の準備を共にする同居者が対象となります。
所得	時給、給料、手数料、ボーナス、労働災害補償、障害者手当、年金、退職手当、利子、養育費、あるいはその他の形式で受け取る収入
総所得	税金やその他の控除項目が差し引かれる前の総収入額
出稼ぎ農業労働者	農作業に携わる労働者で、雇用によって又は求職の為に住居を移動する人
資産	現金、不動産物件、銀行口座、車両、株式、債券、生命保険などの所有財産
季節農業労働者	一年の特定時季に行われる農産物の種まき、摘み取り、梱包をする労働者。繁忙期に、短期採用扱いで雇用される。



この申請フォームで使われている言葉の意味は何ですか？(続)

SNAP(補助的栄養支援プログラム)/フードスタンププログラム不正取引	SNAP扶助金の不正取引とは: (1) 直接・間接的に共犯、共謀、あるいは単独で、EBTカード、カード番号とPIN番号を通して発行されたSNAP扶助金若しくは署名済金券を売買、窃盗、あるいは現金や対象食料品外の物品と引き換えること; (2) 銃器、弾薬、爆薬物や規制薬物と引き換えること; (3) SNAP扶助金で容器を返却するとデポジットが還付される商品を経営目的に購入し、意図的に商品の中身を捨てて容器を返却し現金を得ること; (4) 現金や対象食品外の物品との引き換えを目的にSNAP扶助金で商品を購入し、その商品を売却することにより意図的に現金若しくは対象食料品外の物品と引き換えること; (5) もともとSNAP扶助金で購入した商品を、現金や対象食料品外の物品と引き換えること; (6) 直接・間接的に共犯、共謀、あるいは単独で、EBTカード、カード番号とPIN番号を通して発行されたSNAP扶助金若しくは署名済金券を売買、窃盗、あるいは現金や対象食料品外の物品と交換しようと画策すること。
有資格外国人/移民	有資格外国人/移民とは、次のカテゴリーのどれか一つに当たると認定され、合法的にアメリカに在留している人です; 移民国籍法(以下INA)に基づき合法的に永住を認められている人(LPR); 1988年FOEFRA 法の584条におけるアメリジャン移民; INAの208条における政治的亡命者; INAの207条における難民; INAの 212条d項5号における1年以上の臨時入国許可者; 1997年4月1日以前のINAの243条h項、あるいはINAの241条b項3号における執行されていない国外追放者; 1980年4月1日以前のINA203条a項7号における条件付入国許可者; 1980年難民教育支援法501条e項におけるキューバ人及びハイチ人移民; 2000年人身取引被害者保護法 (以下TVPA)107条b項1号における人身売買被害者; 1996年個人責任及び就労機会調整法431条c項における条件を満たした被虐待移民; INA101条a項27号における特別在留許可を得たアフガン人又はイラク人移民(特定条件付); INA289条におけるカナダで生まれアメリカに在住しているアメリカ先住民、又はインディアン自己決定・教育支援法4条e項における連邦政府が認知するインディアン部族の非市民、又はベトナム戦争中 (1964年8月5日 - 1975年5月7日) 軍事行動や救出作戦に参加し、米兵を支援したモン族と高地ラーオ族
2012年中間層減税法	この法令は、カジノ、酒屋、成人向けの娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証代行業者、ナイトクラブ/美容室/酒場、ピンゴホール、レース場、ゲーム施設、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、又はスパ/マッサージサロンにて、扶助金及びTANFデビットカードを使用若しくは現金を引き出すことを禁じています。このようなビジネスにて扶助金及びTANFデビットカードを使用若しくは現金を引き出すことは、プログラムにおける受給者側の故意の違反行為(詐欺行為)と見なされます。
申請者	公的支援/手当の受給を申請、あるいは受給を求める人
非申請者	公的支援/手当への申請を行わない、あるいはそれらを受給しない人。SSNや市民権あるいは在留資格に関する情報の提出を求められません。
支援単位	同居し、公的支援/手当を受給する有資格者からなる支援単位



どのプログラムに申請しますか？ 当てはまるものすべてにチェックをしてください；

- ☐ **フードスタンプ**
フードスタンププログラムは、連邦政府から資金提供を受け、低所得世帯への食料費支援として毎月手当を支給するプログラムです。また、このプログラムは栄養指導を提供し、受給対象世帯の食料と栄養の需要を満たすため支援を行います。
- ☐ **貧困家庭一時扶助(TANF)**
貧困家庭一時扶助 (TANF) は、一時的に月毎の現金支給、一括現金支給、あるいはその他の支援サービスを提供し、子供のいる受給対象世帯に対し、世帯の強化を図ります。子供と共に扶助金の受給を希望する親若しくは世話人には、就労プログラムの参加が義務付けられています。
- ☐ **難民現金支援**
難民現金支援は、TANFプログラム対象外の難民世帯に対し経済支援を提供するプログラムです。難民の定義には、キューバ人/ハイチ人入国者、人身売買被害者、アメラジアン、保護者のいない未成年難民が含まれています。
- ☐ **メディケイド**
メディケイドは、高齢者、盲人や成人の障害者、妊婦、子供又はその世帯に提供される医療保険です。申請の際は、どのメディケイドプログラムに対し受給資格があるかを判断されます。

申請者について教えてください

申請者あるいはその代理人が当局に連絡をする際に援助が必要ですか？ 当てはまる項目すべてにチェックをしてください。

() テレタイプライター () 点字 () 大活字 () 電子メール () 映像中継 () 手話通訳士 _____

() 通訳 (言語を指定してください) _____ () その他 _____

下欄に申請者に関する情報を記入してください。

名	ミドルネームの頭文字	氏	敬称
住所			アパート番号
市	州	郵便番号	
郵便の宛先 (上記と異なる場合)			
市	州	郵便番号	
主な電話番号	その他の連絡先	Eメールアドレス (任意)	



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



私は、この宣言が偽証罪の適用を受けることを承知し、私の知る限り、また信じる限りにおいて、手当申請をする申請者がアメリカ合衆国国民である、あるいは合法的にアメリカ合衆国に滞在していることを宣言します。私は、更に私の知る限りにおいて、このフォームに記載された情報はすべて真実であり正しいことを保証します。私は、DHS 及び連邦機関当局によりこのフォームに記載した情報が検証される場合があることを理解し、合意します。過去あるいは現在の雇用主から情報が得られる場合があります。私は、フードスタンプ/メディケイド、TANF、又はそれらすべてのプログラム要件に従い、状況に変化があれば申告します。情報に誤りがあれば、私の手当が減額あるいは給付停止となる、また故意に誤った情報を提供すれば、私が刑事訴追あるいは DHS プログラム受給資格喪失の対象となることがあります。私は、誤った情報を提供したり、あるいは情報を隠蔽することにより、訴追される場合があることを理解しています。私は、申請あるいは更新の際の面談で、経費の一部に申告漏れがある場合、DHS はその額を含めずにフードスタンプ手当を算出することを理解しています。

署名

日付

“X”と署名された場合、証人の署名

日付

私の代わりにフードスタンプあるいはメディケイドを申請する人を選ぶことができますか？

この項目は、代理人があなたの申請フォームへ記入したり、あなたの面談を代わりに受けたり、店に行けないあなたに代って食料品を購入するためにEBTカードを利用したりする場合、あるいはそれらすべてをあなたの代理人が行うことを希望する場合に記入してください。メディケイド申請者は、あなたに代わって医療補助を申請する方を複数人選ぶことができます。

氏名: _____ 電話番号: _____

住所: _____ アパート番号: _____

市町村: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

氏名: _____ 電話番号: _____

住所: _____ アパート番号: _____

市町村: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

For Office Use Only (事務所記入欄)

Date Received: _____



私には、フードスタンプを即急に受給するための資格がありますか？

7 日間以内にフードスタンプの給付が可能か否かを判断するために、申請者と世帯構成員全員に関する質問に答えてください。

1. あなたは出稼ぎ農業労働者若しくは季節農業労働者ですか？あるいは、世帯構成員の中にそのような労働者はいいますか？ ☐ はい。 ☐ いいえ。

「はい」と答えた場合、それは誰ですか。_____

2. 今月受け取る見込みの**総勤労所得**の合計: \$ _____

雇用主の氏名 _____

雇用開始日 _____ 雇用終了日 _____

時給 _____ 1 週間の勤務時間 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)

3. 今月受け取る見込みの**総不労所得**の合計: \$ _____

不労所得の種類 _____ 金額 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)

不労所得の種類 _____ 金額 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)

4. 今月の勤労及び不労所得の総合計: \$ _____

5. あなたと世帯構成員すべてが所有する現金又は銀行預金はいくらですか？ \$ _____

6. 家賃、住宅ローン、固定資産税又は世帯主保険、あるいはそれらすべての**毎月**の支払額はいくらですか？
\$ _____

7. 電気、水道、ガスあるいはその他の光熱費、それらすべての今月の支払合計額はいくらですか？
\$ _____

(期日経過分及び延滞料を除く)



申請者と全世帯構成員について教えてください

以下の表に申請者とその世帯構成員すべての情報を記載してください。以下の連邦法規:2008 年食品栄養法、合衆国法典第 7 編 2011-2036 条、連邦法規集第 7 編 273.2 条、同法規集第 45 編 205.52 条、同法規集第 42 編 435.910 条及び 435.920 条では、DFCS が本人及び世帯構成員のソーシャルセキュリティ番号を要請することを認可しています。手当を申請しない同居人は、**非申請者**として取り扱います。非申請者はソーシャルセキュリティ番号、市民権、在留資格に関する情報を当局へ提出する必要はありません。また非申請者には手当の受給資格はありません。非申請者以外の世帯構成員は、受給資格があれば、手当を受給することができます。世帯構成員に手当の受給資格があるかどうかの判断を当局に委ねる場合でも、対象者の市民権、在留資格、ソーシャルセキュリティ番号 (SSN) に関する情報を提供していただきます。また、世帯の受給資格や手当レベルを特定するため、その**対象者**の所得あるいは資金に関する情報も提出していただきます。当局は、非申請者が市民権や在留資格に関する情報を提出しない場合でも、米国民権・移民業務局 (USCIS)、外国人滞在資格証明システム (SAVE) へ通報することはありません。しかし、あなたが提出する申請フォーム上に記載された在留資格情報は、SAVE システムによって検証される場合があり、これにより世帯の受給資格や手当レベルに影響が及ぶことがあります。あなたの所得や受給資格を検証するため、当局は連邦政府、州政府、地方機関にあなたの情報を照会します。このような情報は、脱法者を検挙するため法執行官に手渡される場合もあります。あなたの世帯にフードスタンプクレームがあれば、このフォームに記載された情報は SSN を含め、クレームを収集する連邦政府及び州政府の関係機関、民間のクレーム収集機関へ提出される場合があります。世帯内に SSN、市民権、又は在留資格の情報を提供しない構成員がいたとしても、当局はその世帯の申請者たちに對する手当を拒否することはありません。

氏名 名 ミドルイニシャル 氏	本人との続柄	手当の申請を しますか？ (はい/いいえ)	生年月日 書式 (--/--/--)	ソーシャル セキュリティ番号 (申請者のみ)	性別 (男/女)	ヒスパニック系 又はラテン系? (任意) (はい/いいえ)	人種コード (任意) (下のコードを 参照)	アメリカ国民、 有資格外国人/ 移民若しくは モン族/高地ラ ーオ族です か? (申請者のみ) (はい/いいえ)
	本人							

人種コード (複数回答可):

AI - アメリカ先住民/アラスカ先住民 AS - アジア系 BL - 黒人/アフリカ系アメリカ人
HP - ハワイ先住民/太平洋諸島民 WH - 白人

提供された人種/民族性の情報は、プログラムを差別なく運営するために有用なものです。この情報の提供は義務付けられておらず、手当レベルや受給資格には影響を及ぼしません。



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な情報をお願いします

誰が手当の対象となるかを判断するために、申請者と世帯構成員全員に関する詳しい情報が必要です。以下に、あなたが希望する手当に関する項目にのみ回答してください。

1. 他の郡あるいは州で何らかの手当を受給したことがある方はいますか？
え

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

どこで： _____

いつ： _____

2. 1996年8月22日以降、偽りの住所や名義を使い、複数の地域でFSを受給し有罪判決を受けた者はいますか？（フードスタンプの場合のみ）☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

どこで： _____

いつ： _____

3. 世帯構成員の中に、この申請日から遡って過去30日間に自発的に仕事を辞めた、あるいは自発的に週時間以下に就労時間を短縮した方はいますか？（フードスタンプ及びTANFの場合のみ）☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合、誰が辞職？： _____

辞めた理由は？ _____

4. 誰か妊娠していますか？ *入手可能であれば、妊娠証明書を提出してください。

☐ はい ☐ いいえ

誰が： _____

予定日： _____

（この質問はフードスタンプのみの申請者には適用されません）

5. メディケイドで、過去3ヵ月間に未払いの医療請求書がある方はいますか？

☐ はい ☐ いいえ

（この質問はフードスタンプ若しくはTANFのみの申請者には適用されません）

6. フードスタンプ若しくはTANFプログラムの受給資格を喪失した方はいますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

a. 誰が： _____

b. どこで： _____

7. 重罪による訴追や服役を避けようとしている者はいますか？（フードスタンプとTANFのみ）☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合、誰が： _____



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



8. 保護観察や仮釈放の条件に違反している者はいますか？（フードスタンプとTANFのみ）

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合、誰が： _____

9. 1996年8月22日以降、規制薬物の所持、使用又は流通などの関連行為で重罪の有罪判決（フードスタンプとTANFのみ）、若しくは重い暴力犯罪で有罪判決（TANFのみ）を受けたことがある者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

いつ： _____

10. 1996年8月22日以降、あなた若しくは世帯構成員の中に、フードスタンプ扶助金と引き換えに麻薬を入手し有罪判決を受けたことがある者いますか？（フードスタンプの場合のみ） ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

いつ： _____

11. 1996年8月22日以降、あなた若しくは世帯構成員の中に、フードスタンプ扶助金を\$500以上売買し有罪判決を受けたことがある者はいますか？（フードスタンプの場合のみ） ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

いつ： _____

12. 1996年8月22日以降、あなた若しくは世帯構成員の中に、SNAP 扶助金と引き換えに、銃器、弾薬、爆発物を入手し有罪判決を受けたことがある者はいますか？（フードスタンプの場合のみ） ☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

いつ： _____

13. TANF 扶助金若しくは EPPIC カードを酒店、カジノ、ポーカールーム、風俗産業、保釈保証代行業者、ナイトクラブ/美容室/酒屋、ビンゴホール、レース場、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、又はスパ/マッサージサロンなどの施設で使用したことがある者はいますか？（TANF の場合のみ）

☐ はい ☐ いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

いつ： _____



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な所得情報をお願いします

あなた若しくは申請者の誰かに、以下のような所得がありますか?: 賃金、チップ、ボーナス、自営による収入、社会保障/鉄道従業員退職年金、その他の障害者手当、退役軍人手当、年金、失業手当、養育費、扶養費、他者から受け取る金銭、労働災害補償、あるいはその他の収入

収入のある世帯構成員の氏名	収入の種類	雇用主/収入源	月額(控除前)	受取り頻度 (月に1度、隔週に1度、週に1度)	時給	1週間の就労時間	受取日

申請者と世帯構成員の経費情報をお願いします

あなたは子供若しくは障害を持つ成人の世帯構成員のために、保育費・看護費を払っていますか? はい ☐ いいえ ☐ はいと答えた場合、下欄に記載してください。

保育・介護が必要な方	保育費・介護費を払っている方	保育・介護の理由	保育・介護サービス提供者/連絡先	支払金額	支払頻度

60歳以上若しくは障害者で医療費が発生している方はいますか? はい ☐ いいえ ☐ はいと答えた場合、下欄に記載してください。

医療費のある世帯構成員	経費の種類 (受診費、通院費、処方薬、メディケアあるいはその他の保険料、眼鏡)	請求額	未払いですか? はい/いいえ	支払った日	保険は適用されますか? はい/いいえ

60歳以上若しくは障害者で医療費の一部として交通費が発生している方はいますか? はい ☐ いいえ ☐ はいの場合、下欄に記載してください。

訪問の目的 (医者や通院; 薬局に薬を取りに行くなど)	全走行距離:	タクシー、バス、駐車場や宿泊施設代:



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な経費情報をお願いします

世帯構成員の誰かが、同居していない子どもの養育費を支払っていますか？ はい ☐ いいえ ☐ 「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。

支払い義務を負う世帯構成員	養育費を受けている子どもの氏名	支払い義務金額	実際の支払い額	養育費の支払い先

あなた若しくは世帯構成員の誰かが、住居費用を払っていますか？
「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。

はい ☐ いいえ ☐

費用	金額	支払い頻度は？	誰が支払っていますか？
家賃/住宅ローン			
固定資産税			
財物保険			
電気代			
ガス代			
ゴミ処理代			
電話			
その他			

世帯内で生活費用を分担していますか？ はい ☐ いいえ ☐

「はい」と答えた場合、誰と？ _____

説明/関連資料 _____

誰に支払いましたか _____ 支払い金額 \$ _____ 支払い頻度 _____

家主の氏名 _____

家主の住所： _____

過去 12 カ月に光熱費補助を受けましたか？ はい ☐ いいえ ☐ 「はい」と答えた場合、受給金額は \$ _____

他の誰かが、あなたのためにこれらの生活費のいずれかを支払っていますか？ はい ☐ いいえ ☐ 「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。:

支払ったのは誰ですか？	どの請求に対して支払いましたか？
いくら支払いましたか？	支払い先は誰ですか？



フードスタンププログラムにおける罰則

故意に偽情報を提供した場合は、受給資格喪失又は刑事訴追の対象になる可能性があります。

- あなたの世帯が受け取るべきでない手当を受給するために偽情報の提供又は情報の隠蔽をしてはなりません。
- 他人のフードスタンプ又は EBT カードを使用、又は自分のカードを誰かに使わせてはなりません。
- アルコールやタバコなどの食品以外の物品の購入やクレジットカードの支払いにフードスタンプ手当を使ってはなりません。
- フードスタンプや EBT カードで銃器、弾薬、規制薬物（違法薬物）などの違法物を交換、販売してはなりません。

受給世帯構成員の誰かがこの規定のいずれかに対する違反行為を故意に行った場合、フードスタンププログラムから 1 年から恒久的に除外されるか、最高\$250,000 の罰金又は 20 年の服役、若しくは両方科されることがあります。また、その他の適用可能な連邦法と州法の下、訴追の対象となる場合があります。更に、裁判所命令によりフードプログラムから 18 ヶ月間除外されることがあります。

故意に規定違反行為を行った世帯構成員は、一度目の違反で 1 年、2 度目で 2 年、3 度目で恒久的にフードスタンプを受給することができなくなることがあります。

あなた若しくは世帯構成員が規制薬物の販売取引のためにフードスタンプ扶助金を使用若しくは受給し有罪判決を受けた場合、初犯で 2 年、2 度目で恒久的に、あなた若しくは世帯構成員の受給資格が失われます。

あなた若しくは世帯構成員が銃器、弾薬、爆発物の販売取引のために扶助金を使用若しくは受給し有罪判決を受けた場合、この違反行為の初犯で、あなた若しくは世帯構成員のフードスタンププログラムへの参加資格が恒久的に失われます。

あなた若しくは世帯構成員が扶助金で総額\$500 以上の不正取引を行ったとして有罪判決を受けた場合は、この違反行為の初犯で、あなた若しくは世帯構成員のフードスタンププログラムへの参加資格が恒久的に失われます。

あなた若しくは世帯構成員が複数のフードスタンプ手当を受給するために身元（誰か）あるいは居住地（どこに住んでいるのか）を偽り、虚偽の陳述若しくは説明をしたことが判明した場合、あなた若しくは世帯構成員のフードスタンププログラムへの参加資格が 10 年間失われます。

TANF プログラムにおける罰則

TANF プログラムにおいて、意図的に AU への受給資格を確立又は維持する為に、扶助金の増額の為に、あるいは減額を回避する為に虚偽の情報又は誤解を招くような情報を提供する、否定的な措置を避けるために情報を隠す、若しくは禁止されている場所にて扶助金を使用するといった行為は、意図的なプログラム違反と見なされます。

- 世帯構成員で、時宜にかなった変更の報告をしない、あるいは真実を話さずに厳禁とされているカジノ、酒屋、“ストリップクラブ”などの成人向け娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証代行業者、ナイトクラブ/美容室/酒場、ビンゴホール、レース場、ゲーム施設、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、スパ/マッサージサロンにて扶助金及び TANF デビットカードを使用若しくは現金を引き出し取引を行う、情報を隠蔽し、変更を申告しない人は、一度目の違反で 6 ヶ月、2 度目で 12 ヶ月、3 度目で恒久的に TANF 手当の受給資格が失われます。
- あなた若しくは世帯構成員が、情報を隠す、時宜にかなった変更の報告をしない、あるいは真実を話さないために有罪判決を受けた場合、初犯で 12 ヶ月、2 度目で恒久的に TANF の受給資格が失われます。
- あなた若しくは世帯構成員が、複数の州で受給するために虚偽の居住情報を提供し、有罪判決を受けた場合、10 年間受給資格が失われます。
- 1997 年 1 月 1 日以降、あなた若しくは世帯構成員が、薬物関連の罪あるいは重い暴力犯罪で有罪判決を受けたことがある場合、受給資格が認められないか、あるいは恒久的に受給資格の停止となるか、又はその両方を科されることになります。

メディケイド、フードスタンプと TANF の申請者全員:

私は、この宣言が偽証罪の適用を受けることを承知し、私の知る限り、また信じる限りにおいて、手当申請をする申請者がアメリカ合衆国国民である、あるいは合法的にアメリカ合衆国に滞在していることを宣言します。私は、更に私の知る限りにおいて、このフォームに記載された情報はすべて真実であり正しいことを保証します。私は、DHS 及び連邦機関によりこのフォームに記載した情報が検証される場合があることを理解し、合意します。過去あるいは現在の雇用主から情報が得られる場合があります。私は、フードスタンプ/メディケイド、TANF、又はそれらすべてのプログラム要件に従い、状況に変化があれば申告します。情報に誤りがあれば、私の手当が減額あるいは給付停止となる、また故意に誤った情報を提供すれば、私が刑事訴追あるいは DHS プログラム受給資格喪失の対象となることがあります。私は、誤った情報を提供する、あるいは情報を隠蔽することにより、訴追される場合があることを理解しています。私は、申請あるいは更新の際の面談で、経費の一部に申告漏れがある場合、DHS はその額を含めずにフードスタンプ支給額を算出することを理解しています。

申請者の署名

日付

授權代理人の署名

日付

ケースマネージャーの氏名と署名
(Case Manager's Name and Signature)

日付
(Date)