

請勿填寫申請表中的灰色部分內容

LDSS-2921 Statewide-CH (Rev. 07/23)

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 <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION					
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD						
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

紐約州福利和服務申請

若您失明或視力嚴重受損，且需要替代格式的申請表，則可向社會服務區索取。如需瞭解可索取的格式類型及替代格式申請表事宜的更多資訊，請參閱本申請表的說明手冊 (PUB-1301 Statewide)，可於下方網址查閱：www.otda.ny.gov 或 <https://www.health.ny.gov/>。

若您失明或視力嚴重受損，您願意收到其他格式的書面通知嗎？ 是 否

如果願意，請查看您想要的格式類型： 大字體印刷件 數據光盤
 音訊光盤 布拉耶盲文，如您確信任何其他替代格式皆無法對您同樣有效

如果您需要其他便利條件，請聯絡您的社會服務區。

我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助和支援。每當在申請表上看到「公共援助」或「PA」時，這表示「家庭援助」和/或「安全網援助」。我們稱這兩項計畫為「公共援助」。在填寫本申請表時，請參考說明手冊 (PUB-1301 Statewide) 和「應知事項」第 1、2 和 3 冊 (LDSS-4148A、LDSS-4148B 和 LDSS-4148C)，如有任何問題，請與您所在地區的社會服務區聯繫。

申請表上的「MA」字樣表示「醫療補助」。同時申請公共援助或輔助營養補助計畫時，才能使用此申請表申請醫療補助。如想僅申請 MA，則可造訪 <https://nystateofhealth.ny.gov/> 和/或撥打 1-855-355-5777 詢問詳情或申請，也可使用專門用於申請 MA 的紙質申請表 - DOH-4220。如想得到此表，可向服務專員索要，或撥打 MA 幫助熱線 1-800-541-2831。如想要僅申請醫療保險節約計畫 (MSP)，則您必須使用 DOH-4328 表進行申請。該表可向服務專員索要。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。

第 6 部分 - 家庭資訊 - 請填寫所有與您同住的人的名字，即便他們沒有與您一起申請。請把您的名字寫在第一行。

此人（包括未成年子女）是否與您一起購買食物或準備膳食？

所完成的最高學歷（年級）

RI	LN	名字、中間、姓氏	此人正在申請：							出生日期： (月/月/日/年/年/年)	性別： (男/女/其他)	性別身份（可選）： (男性、女性、非二元性別、X、跨性別、不同身份[請說明])。	與您的關係：	申請家庭成員的社會安全號 (參見指導手冊、PUB-1301 Statewide、或諮詢社會服務區)	是 否		
			PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG								
	01												自己				
	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	序號	ONC	名字	中間名首字母縮寫	姓氏
	序號	ONC	名字	中間名首字母縮寫	姓氏

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------	--------	----------

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

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO					
											01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

✓ RCA/RMA REFERRAL

序號	第 7 部分 - 種族/族裔 - 此資訊自願提供。這不會影響此人的申請資格或獲得福利等級。要求提供這些資訊的原因是為了確保福利計畫的發放與種族、膚色或原國籍無關。							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES										
	H	I	A	B	P	W	U		REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL		
	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 黑人或非洲裔美國人 P 夏威夷原住民或太平洋島民 W 白人 U 未知 (僅限 MA)																		
	↓ 第 6 部分中的每個人如是西班牙裔或拉丁裔，則請填寫 Y (是)。 第 6 部分中的每個人請在適用的種族位置填寫 Y (是)。您可以選擇多個種族。																		
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS			CONSIDER				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE					
LINE NO.	CODE	DATE						<input checked="" type="checkbox"/> Relationship <input checked="" type="checkbox"/> Filing Unit <input checked="" type="checkbox"/> Legally Responsible Relative <input checked="" type="checkbox"/> Single Economic Unit <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Individual <input checked="" type="checkbox"/> Photo ID <input checked="" type="checkbox"/> AFIS (PA Only) <input checked="" type="checkbox"/> CBIC/PIN <input checked="" type="checkbox"/> RFI/OCA <input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance					Photo ID						
													Birth Verification						
													Marriage License						
													Social Security Card						
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE												Code 9 Resolution							
SFUI	CODE	SFUI	CODE									Immigration Status							
SFUI	CODE	SFUI	CODE									Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)							
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED														
		Legal																	
		Services																	
		SSA																	
		NYSoH																	
		Chronic Care/SSI-Related																	
		MA-Only																	
		Medicare Savings Program																	

第 10 部分 - 關於轉介至兒童撫養執行部門的資訊

如您僅申請托兒補助，則不需要申請子女撫養費，也無需填寫本部分。如果您在申請公共援助或輔助營養補助計畫的同時也申請醫療補助，則可能需要幫助我們為您和您申請的子女獲得醫療補助。請回答以下問題，以確定是否需要填寫本部分內容。包括您自己（如適用）：

1. 您是否在為未婚父母所生和/或尚未確定合法親子關係的 21 歲以下人員提出申請？ 是 否
2. 您是否在為父母（非監護父母）不在身邊的 21 歲以下的個人申請？ 是 否

如您對這兩個問題的回答均為「否」，則無需填寫本部分內容。請跳至第 11 部分。

如您對其中一個或兩個問題的回答均為「是」，則必須填寫本部分內容。請提供您為之申請的所有 21 歲以下人員的姓名，以及您目前所有的有關這些人員的非監護父母、推定或准父母的任何資訊。

3. 您是否未滿 21 歲？ 是 否

如果您對這個問題的回答為「是」，則請提供非監護人、推定或准父母的以下資訊：

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of 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	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

21 歲以下個人姓名	非監護人、推定或准父母的姓名和地址	非監護人、推定或准父母的出生日期			非監護人、推定或准父母的社會安全號
		月	日	年	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

第 11 部分 - 報稅/受撫養人狀況 - 請為在家中居住的每位成員選擇報稅狀況。

			報稅狀況						
名字	中間名首字母	姓氏	單身	已婚共同申請	已婚單獨申請	戶主 (與符合條件的個人)	有受撫養子女的合資格遺孀 (寡夫)	有受撫養人並將報稅	不會報稅

非同住的稅務受撫養人。 請列出不與您同住，但被您或與您同住的任何人申報的任何報稅受撫養人。如果您不報稅，可以跳過這個問題。

稅務受撫養人姓名			報稅人姓名		
名字	中間名首字母	姓氏	名字	中間名首字母	姓氏

第 12 部分 - 非同住/已故配偶資訊 - 如果申請人的配偶未與其同住或已故，請在下面註明。

申請人姓名	配偶姓名	配偶出生日期	配偶死亡日期 (如適用)	配偶的社會安全號
配偶地址 (如適用)		城市	郡	州 郵遞區號

第 13 部分 - 非同住子女資訊 - 如果申請人有非同住的未滿 21 歲的子女，請在下方註明。

申請人姓名	非同住子女姓名	出生日期	子女地址 (街道、城市、郡、州和郵遞區號)	是否確立親子關係?		您是否支付子女撫養費?	
				是	否	是	否

第 14 部分：未成年父母資訊

未成年父母	TEEN PARENT CHILDREN
家中是否有未滿 18 歲的父母 (未成年父母)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 姓名 _____ 未成年父母的子女是否住在您家中? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 未成年父母的子女姓名 _____	LN NO. _____ 婚姻狀況 _____ 高中文憑/高中同等學歷? _____ LN NO. _____ 婚姻狀況 _____ 高中文憑/高中同等學歷? _____

第 15 部分 – 收入資訊：											
請說明您或任何同住人是否有以下收入：	是	否	姓名	金額/價值和頻度	姓名	金額/價值和頻度	CD	INCOME			
								LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
失業保險福利	1						49				
補充保障收入 (SSI) 福利 (州和聯邦總金額)	2						45				
社會安全殘障 (SSD) 福利	3						42				
社會安全受撫養人福利	4										
社會安全遺屬福利	5						43				
社會安全退休福利	6						44				
鐵路退休福利	7						38				
退休福利 (養老金)	8						39				
股票、債券、儲蓄等的股息/利息	9						03				
工人賠償	10						59				
紐約州殘障福利	11						33				
退伍軍人撫恤金/福利/補助金和護理費	12						55				
公共援助補助金	13						37				
GI 受撫養人配給	14						10				
教育補助金或貸款	15										
捐款/禮品 (已收)	16										
寄養生活費 (已收)	17										
兒童撫養費 (已收) 收自：_____	18						06	CONSIDER <input checked="" type="checkbox"/> Child Support Disregard/Pass-Through <input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Disability Review <input checked="" type="checkbox"/> Reception and Placement Grant (SNAP Only) <input checked="" type="checkbox"/> Refugee Matching Grant			
配偶贍養 (已收)	19						02				
私人殘障保險 – 健康/事故保險保單收入	20										
無過失保險福利	21						50				
工會福利 (包括罷工福利)	22										
非教育貸款 (已收)	23										
信託收入 (包括您目前有權獲得或過去有權獲得但尚未派發的收入)	24										
培訓撥款/津貼	25						31				
租金收入 (已收)	26						14				
寄宿者/住宿者收入 (已收)	27										
其他收入 (請注明)											
如果您正在申請醫療補助，則請填寫以下部分內容：	是	否	姓名	金額/價值和頻度	姓名	金額/價值和頻度					

減扣： 某些類型的醫療補助預算允許申請人/受助人在聯邦稅中扣減應計收入。這是美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 允許納稅人扣除以減少應納稅收入的特定費用。僅在將在本年度報稅表中申請扣除的情況下，才需在此處記錄減扣。							
教育支出	1						
個人退休帳戶 (IRA) 減扣	2						
學生貸款利息減扣	3						
學雜費	4						
某些業務開支 (預備役軍人、藝術家、收費政府官員)	5						
健康儲蓄帳戶減扣	6						
工作相關搬家費用	7						
自僱職業稅 (S/E) 的可減扣部分	8						
S/E, SIMPLE 和合資格計畫	9						
S/E 健康保險減扣	10						
提前提取存款罰金	11						
支付的贍養費	12						
國內生產活動減扣	13						
在第 36 行增加的額外調整 (僅限 IRS 1040 表格)	14						
Archer MSA 減扣	15						
其他調整 (請注明)							

第 16 部分 - 繼父母/具有合法移民身份的非公民資助者資訊

請回答以下所有問題。

與您同住的任何兒童的繼父母是否有任何類型的資源或收入？	是	否	姓名？
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？			

資助者姓名： _____ 電話號碼： _____

地址： _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

第 17 部分 - 就業資訊

本人目前： 受僱 自僱 失業

總收入 _____ 美元 每月工作小時數 _____
 (包括工資、薪金、加班費、傭金和小費)

領薪： 每週 雙周 每月 星期幾領薪： _____

僱主姓名及地址： _____ 1
 _____ 電話號碼 _____

目前與您同住的任何人是： 受僱 自僱

姓名： _____

總收入 _____ 美元 每月工作小時數 _____

領薪： 每週 雙周 每月 星期幾領薪： _____ 2

僱主姓名及地址： _____
 _____ 電話號碼 _____

僱主是否提供醫療保險？ 是 否

與您同住的任何人是否有僱主提供的醫療保險？ 是 否

姓名： _____ 3

保險公司名稱： _____

您或與您同住的任何人是否因就業而需支付子女保育或撫養費？ 是 否

姓名： _____ 4

您或任何同住人是否需支付與就業有關的費用？ 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
<input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency
<input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
<input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements
<input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income
<input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources
<input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions
<input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment
<input checked="" type="checkbox"/> Disability Review
<input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit

第 18 部分 – 教育/培訓

您完成的最高教育水準是什麼？

高中以下文憑

如是這樣，上到幾年級？ _____

完成個人化教育計畫 (Individualized Education Plan, IEP)

高中文憑學歷或一般同等學歷 (General Equivalency Diploma, GED)
或中等教育評估測驗 (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) 1

副學士學位 (2 年制大學學位)

學士學位 (4 年制大學學位) 或以上

家中是否有其他任何人具有高中學歷、一般同等學歷 (GED) 或中等教育評估測驗 (TASC™)，或更高教育水準？ 是 否

如是，請注明姓名： _____

所獲學位： _____ 2

結業日期： _____

請注明您或任何同住人是否正在申請或接受援助：

正在或曾經參加過任何培訓計畫？ 是 否

姓名 _____

地點 _____ 3

計畫 _____

參加日期 _____

完成日期 _____

是否年滿 16 歲或以上且正在上學或上大學？ 是 否

姓名 _____ 4

地點 _____

是否未滿 16 歲且正在上學？ 是 否

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
<input type="checkbox"/>	School Attendance Verification (LDSS-3708)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Educational Grant Worksheet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Child Care Statement	<input type="checkbox"/>

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
<input type="checkbox"/>	Supportive Services	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

姓名 _____

學校 _____ 5

姓名 _____

學校 _____

第 19 部分 - 資源資訊						
請注明您或任何同住人是否有申請：	是	否	姓名	金額/價值	姓名	金額/價值
有現金	1					
有支票賬戶	2					
擁有儲蓄賬戶或存款證明	3					
擁有信用社賬戶	4					
有人壽保險	5					
有機動車輛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					
擁有股票、債券、憑證或共同基金	7					
有儲蓄債券	8					
擁有 IRA、Keogh、401 或遞延補償賬戶	9					
擁有不可撤銷的安葬信託	10					
有安葬基金	11					
有安葬空間	12					
有自己的家	13					
有不動產，包括創收和非創收資產	14					
有資格獲得所得稅退稅	15					
有年金	16					
是信託受益人	17					
預計可獲得信託基金、訴訟和解金、遺產或任何其他來源的收入	18					
擁有一個「信託」賬戶	19					
有保險箱	20					
擁有上述資源之外的資源	21					
在過去 36 個月中，是否有人（包括您的配偶，即使未申請或未與您同住）贈送過任何現金，或出售/轉讓過任何不動產、收入或個人財產？	22					
在過去 60 個月內，是否有人（包括您的配偶，即使未申請或未與您同住）曾設立過信託或將任何資產轉移到信託中？ 如是，是什麼時間？ _____	23					

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 |

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

*IF EXEMPT, WHY?

請勿填寫申請表中的灰色部分內容

第 20 部分 - 醫療資訊				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																														
請注明您或任何同住人是否有申請：	是	否	如是，請注明姓名		Pregnancy Statement																																																															
有任何醫療賬單或醫療相關費用	1				Med/Psych Statement																																																															
正在參加醫療補助，支出下降	2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)																																																															
有健康或醫院/事故保險（包括僱主提供的保險）	3			保單編號： 金額： 付款頻率：	Drug/Alcohol Statement																																																															
有由僱主提供的醫療保險	4			保險公司名稱：	Paid or Unpaid Medical Bills																																																															
擁有醫療補助（紅卡、白卡、藍卡）	5			被保人：	SSI Application Verification (PA ONLY)																																																															
有保健服務員/家庭保健助理	6			生效日期：	CONSIDER																																																															
失明、患病或殘障	7			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?	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit																																																															
有發育障礙的兒童	8				<table border="1"> <thead> <tr> <th>NEEDED</th> <th>REFERRALS</th> <th>COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>SSI (D-CAP)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Interview (LDSS-1151)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Medical Report (LDSS-486, 486t)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Report</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>AD</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>TPHI</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>ACCES-VR</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>CTHP</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Family Planning</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSA (RSDI)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Benefits</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Counseling</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Child Health Plus</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>COBRA Eligibility</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Nurse's Aide Service</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Home Care</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NYSOH</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>MA-Only (DOH-4220)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>LDSS-4526 or local equivalent</td><td></td></tr> </tbody> </table>	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	
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																																																																			
住在醫院、療養院或其他醫療機構	9																																																																			
在本申請月之前的 3 個月內有已支付或未支付的醫療賬單	10																																																																			
現在或曾經依賴藥物或酒精	11																																																																			
需要家庭護理/個人護理	12																																																																			
正在參加或曾經申請過 SSI	13																																																																			
懷孕 如果懷孕，預產期是什麼時候：_____	14																																																																			
預計出生人數：_____																																																																				
接受藥物濫用或酒精治療計畫治療	15																																																																			
因殘障或疾病至少 12 個月不能工作	16																																																																			
因殘障或疾病導致日常活動受限，且殘障或疾病已持續或將持續至少 12 個月	17																																																																			
在過去兩年曾發生車禍或工傷事故	18																																																																			
除醫療補助計畫或醫療保險計畫外，還有其他政府機構（公共計畫）支付過您的任何醫療賬單 如是，請注明機構_____	19																																																																			
開具任何其他醫療保險賬單是否會對您的身體或精神健康或安全造成傷害，和/或是否會干擾您申請或領取醫療補助的隱私和保密性？	20																																																																			

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		
MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				

健康計畫選擇

醫療補助計畫的大部分參與人都必須加入託管式醫療保健計畫，除非參加的是豁免類別。請使用本部分內容選擇健康計畫。如果您不清楚可以參加的醫療保險計畫，則請諮詢工作人員或致電 1-800-505-5678。

您參加計畫的名稱	姓氏	名字	出生日期 月/日/年	性別 (男性/ 女性/ X)	身份號碼 (如有醫療補助 卡，則是卡號)	社會安全號	初級保健醫生 (PCP) 或保健中心 (如是目前的服务提供者， 則勾選方塊)	產科/婦科 (OB/GYN) 的名稱和 ID 號 (如是目前的服务提供者， 則勾選方塊)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 21 部分 - 住房

您房東的姓名？

您房東的地址？

您房東的電話號碼？
() _____

	是	否	如是 則請注明金額
您或同住的人有房租、抵押貸款或其他住房支出嗎？			\$
您或同住的人是否有房租或其他住房開支以外的取暖費？			\$

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		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 		

第 21 部分 - 住房 (續)			
您或同住的人除了房租或其他住房開支外，是否還有以下開支？	是	否	如是則請注明金額
用電 (供暖以外的需求，如照明、烹飪、熱水等) 1			\$
天然氣 (取暖以外的其他需求，如烹飪、熱水等) 2			\$
用水 3			\$
空調 4			\$
丙烷 (取暖以外的需要) 5			\$
下水道 6			\$
交通 7			\$
其他公共事業和開支 注明 _____ 8			\$
您是否住在公共住房？ 9			
您是否住在美國住房與城市發展部 (HUD) 資助的第 8 節計畫房屋，或是其他補貼住房中？ 10			
您是否住在毒品毒/酗酒治療機構？ 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 部分 - 其他費用								
請注明您或任何同住人是否有申請：	是	否	如是，請注明金額	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
					YES	NO	YES	NO
支付兒童撫養費 1			\$					
支付配偶贍養費 2			\$					
支付托兒費 3			\$					
支付贍養費 4			\$					
支付學費、雜費或其他教育費用 5			\$					
有額外支出 (例如：車費、汽車保險費、信用卡還款、其他貸款還款等) 請注明： _____ 6			\$					
您或任何同住申請人是否拖欠 21 歲以下子女至少四個月的撫養費？ 7	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否					

第 23 部分 - 其他資訊			
您是否購買或計畫購買送餐上門服務或公共餐飲服務？	8	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您能否在家裡煮飯或準備膳食？	9	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您或任何家人是否曾在美國軍隊服役？ 姓名？ _____	10	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您的配偶是否曾在美國軍隊服役？	11	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否有家人正受或曾受在美軍服役的人士撫養？ 姓名？ _____	12	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您或任何同住人目前是否正在獲得援助或服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 13			
如是，請注明姓名	援助類型	接受援助地點	接受援助日期
您或任何同住人過去是否獲得過援助或服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 14			
如是，請注明姓名 (請列出所有曾用名)	援助類型	接受援助地點	接受援助日期
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		<input checked="" type="checkbox"/> SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

其他資訊 (續)		是	否	姓名
在過去兩個月內，您或任何同住申請人是否從紐約州其他郡搬到本郡？				
您或任何同住人是否曾因欺詐/故意違反計畫而被判定違規和/或被取消公共援助和/或輔助營養援助計畫 (SNAP) 的資格？				
您或任何同住人是否領取了尚無權領取的福利，而且尚未向本機構或其他機構全部償還這些福利？				
您或任何家庭成員是否為了在兩個或兩個以上的州領取公共援助而在居住地被判處作出欺詐性聲明或陳述？				
在 1996 年 9 月 22 日之後，您或任何家庭成員是否在任何州因欺詐性重複領取 SNAP 福利而被定罪？				
在 1996 年 9 月 22 日之後，您或任何家庭成員是否因購買或出售總金額超過 500 美元的 SNAP 福利而被定罪？				
您或任何家庭成員是否曾因使用 SNAP 福利換取槍支、彈藥、爆炸物或毒品而被定罪？				
您或任何家庭成員是否在被判重罪或重罪未遂後為逃避起訴、拘留或監禁而逃離，且正被執法部門通緝？				
您或任何家庭成員是否違反了法院的緩刑或假釋令？				

財產轉移狀況

本人曾經 本人未曾 出售、轉移或贈送任何財產以便能夠領取公共援助或 SNAP 福利。

要求	文件	歸檔
	教育補助金工作表	
	兒童撫養/贍養聲明	
	收回款項	
	未付的超額付款	
	待取消資格	

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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

社會安全號的收集和使用 – 依據《2008 年食品與營養法 (Food and Nutrition Act of 2008)》(經修訂) 授權為每位家庭成員收集社會安全號 (Social Security Number, SSN)，以申請輔助營養援助計畫 (SNAP)。申請 SNAP 計畫的任何人都須提供 SSN 才能獲得福利。如果您或任何申請人沒有 SSN，則必須向社會安全局申請 (請造訪 www.SSA.gov 或致電 1-800-772-1213)。

對於本申請表中要求 SSN 的所有其他計畫，也必須收集 SSN，並根據以下一條或多條法律獲得授權：《社會安全法》第 205(c) 條 (42 美國法典 405)、《社會安全法》第 1137 條 (《美國法典》第 42 條第 1320b-7 款) 和 1974 年《隱私法》第 7(a)(2) 條。如有任何疑問，請查閱說明手冊 (PUB-1301 Statewide) 或諮詢您的社會服務區。

我們收集的資訊將用於決定您的家庭是否具有資質或是否繼續具有獲得協助或福利的資質。此等資訊將用於檢查身份、核實勞動收入和非勞動收入，以確定不同住父母是否可以獲得申請人或接受者的醫療保險，確定申請人或接受者是否可以獲得子女或配偶贍養費，確定申請人或接受者是否可以獲得金錢或其他幫助。我們將透過計算機匹配計畫來驗證這一資訊。此等訊息還將用於監測計畫法規合規情況和計畫的管理狀況。除以這種方式使用您為我們提供的資訊外，本州還會使用此資訊製備有關所有獲得家庭能源援助計畫 (Home Energy Assistance Program, HEAP) 福利的人員的統計數據 (見下文)。

此資訊可能會向州和聯邦其他部門披露，用於正式審查和執法官員作逮捕逃避法律人員之用。所收集的有關家庭援助和安全網援助申請人和接受者的資訊，包括 SSN，可用於協助組建陪審團。如果 SNAP 計畫對您的家庭提出索賠，則本申請中包括所有 SSN 在內的資訊可能會轉交至聯邦和州部門，以及私營索賠收集部門以作索賠收集之用。

不符合要求家庭成員的 SSN 也會因上述行為而被使用和披露。

除以這種方式使用您為我們提供的資訊外，本州還會使用此等資訊為所有獲得 HEAP 福利的人員製備統計數據。本州將使用此資訊進行質量管理，以確保當地地區各司其職。其用於驗證您的能源提供商，並向此類提供商支付某些款項。

非歧視告知 – 依照聯邦公民權利法和美國農業廳 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 公民權利法規和政策，禁止機構出於種族、膚色、祖籍國、性別 (包括性別認同和性取向)、宗教信條、殘障、年齡、政治信仰、對此前民權活動進行過的打擊報復而出現歧視行為。

紐約州同樣禁止基於性別認同、變性人身份、婚姻狀況、軍人身份、家庭暴力受害者身份、懷孕相關狀況、易感基因特徵、先前逮捕或定罪記錄、家庭狀況的歧視，以及針對反對非法歧視行為的報復。

計畫資訊可以英語以外的其他語言提供。需要以其他溝通方式獲得計畫資訊 (如布拉耶盲文、大字印刷、錄音帶、美國手語等) 的殘障人士應聯絡申請福利的 (州或當地) 部門。失聰、有聽力障礙或有言語障礙的人士可致電聯邦轉接服務 (800) 877-8339 聯繫美國農業廳。

如需提交計畫歧視投訴，投訴人應填寫 USDA 計畫歧視投訴表格 AD-3027，可前往 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，線上獲取表格，也可致電 (833) 620-1071 或致函向任何一間 USDA 索取。信函必須包含投訴人姓名、地址、電話號碼，以書面形式具體描述投訴的歧視行為細節，從而向民權助理秘書 (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) 告知指控違反民權行為的性質和日期。填寫完成後的 AD-3027 表格或信件必須寄送至：(1) 信函：地址：Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314；(2) 傳真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442；(3) 電子郵件：FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

如需瞭解 SNAP 問題的任何其他資訊，可聯絡 USDA SNAP 熱線號碼 (800) 221-5689，這條熱線也提供西班牙語服務，或撥打州資訊熱線號碼，網址為：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

本機構是提供平等機會的提供方。

調查同意書 – 本人同意進行任何調查，以核實或確認本人所提供的與本人公共援助 (PA)、醫療補助計畫、輔助營養援助計畫 (SNAP) 福利、家庭能源援助計畫福利、服務或兒童保育援助申請相關的資訊。我將在收到要求時提供補充訊息。本人也將在任何公共援助和/或 SNAP 質量管理審核中與州和聯邦人員充分合作。

如果本人申請 SNAP，則本人瞭解社會服務區將透過收入和資格驗證系統要求和使用資訊以調查本人申請情況，且可能會在發現差異時透過間接聯繫人來驗證此等資訊。本人同樣瞭解此類資訊可能會影響本人獲得 SNAP 的資格和/或獲得 SNAP 福利的等級。

披露失業保險保密資訊同意書 – 本人授權紐約州勞工廳 (Department of Labor, DOL) 以調查失業保險 (Unemployment Insurance, UI) 為目的，向紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) 披露由 DOL 保管的任何保密資訊。此訊息包括 UI 福利索賠和工資記錄。本人瞭解 OTDA，以及州及在當地社會服務區辦公室工作的地方部門員工會使用 UI 資訊確定或驗證此份申請中所申請的公共援助、醫療補助計畫、輔助營養援助計畫福利、家庭能源援助計畫福利或兒童保育援助的資格和金額，同時調查本人是否獲得本人並無資格獲得的福利。OTDA 可能還與紐約州兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services, OCFS) 及紐約州衛生廳 (New York State Department of Health, DOH) 共享該資訊。OCFS 將使用該資訊來監控兒童保育援助計畫。

向服務機構公開資訊 – 本人允許社會服務區和紐約州分享與本人或本人可以合法授權的任何家庭成員所獲得的公共援助或輔助營養援助計畫福利相關的資訊，以驗證本人是否有資格獲得州或當地承包商提供的計畫管理有關的服務和付款。此類服務包括，但不局限於幫助我本人或我的家庭成員為獲得和留住工作而提供的就業實習或培訓服務。

披露教育記錄的披露 – 本人允許紐約州衛生廳和社會服務區出於以下目的獲取有關本人和/或未成年子女教育記錄的任何資訊：1) 核實本人申請公共援助、輔助營養援助計畫和/或醫療補助的資格；2) 對資格審查過程中提供的有衝突的資訊進行審查或調查；3) 申請醫療補助以償付與健康相關的教育服務；以及 4) 僅出於審計目的向適當的聯邦政府機構提供此等資訊。

紐約市住房管理局住戶資訊共用同意書 – 如果您是在紐約市申請補助，則本同意書將允許紐約市住房管理局 (New York City Housing Authority, NYCHA) 與紐約市人力資源管理局/社會服務部 (Human Resources Administration/Department of Social Services, HRA) 共用您的資訊，以幫助您和您的家庭申請輔助營養補助計畫 (SNAP) 的補助和/或 HRA 的現金補助，其中可能包括支付拖欠的房租。

如果您在下方的申請表上簽字，則 NYCHA 可能會與 HRA 共用與您的 SNAP 和/或現金補助資格或水平相關的資訊，包括您的姓名、地址、出生日期以及房租和水電費支付資訊（如月租金額、房租支付歷史記錄、房租餘額和家電費用）。此外，在本申請表下方簽名，即說明您表示有權代表本申請表中所列的未成年子女表示同意，並授權 NYCHA 與 HRA 共用該子女的姓名、位址和出生日期。

HRA 將對 NYCHA 與之共用的的任何資訊保密，也僅會與負責監督 HRA 的 SNAP 和現金援助福利計畫的地方、州和聯邦機構共用此等資訊。

變更報告 – 本人同意盡本人所知或所信，在本人地址、需求、收入、財產、無需贍養他人的健全成年人 (able-bodied adult without dependents, ABAWD)、懷孕狀態或生活安排發生變化時立刻將所有情況告知管理局。

如果本人正在申請托兒援助，本人同意立即向機構告知本人的任何家庭收入、家中居住人員、工作、兒童保育安排或其他可能影響本人持續資格或福利金額的變化。

處罰 – 如果您在申請公共援助、醫療輔助計畫、輔助營養援助計畫、服務或兒童保育援助（援助、福利或服務）或者當您被問及您的資格時沒有告知事實，或導致他人沒有說出有關您的申請或您的持續資格的真相時，根據聯邦和州法律，您將會被處以罰款、監禁或兩者兼有的處罰。如果您隱瞞或未披露有關您最初和持續獲得援助、福利或服務的資格的事實，或者如果您隱瞞或未披露會影響您為其已申請獲得或繼續接受援助、福利或服務的某人的權利的事實，也會受到處罰。如果您是授權代表，則此類援助、福利或服務必須用於他人，而不是您自己。聯邦和州法律規定，個人在接受護理機構服務並已提交醫療輔助計畫申請當月第一個月之前的 60 個月內，個人或其配偶以低於公平市場價值進行的任何資產轉讓，可能會導致該個人在一段時間內沒有資格獲得護理機構服務或家庭和社區豁免服務。透過隱瞞資訊或提供虛假資訊來獲得援助、福利或服務是非法的。

輔助營養援助計畫取消資格處罰 – 您提供的與您申請輔助營養援助計畫 (SNAP) 相關的任何資訊都需接受聯邦、州和當地官員的審核。如果任何資訊有誤，則您可能會無法獲得輔助營養援助計畫福利。如果您故意提供不實訊息，此訊息可影響資格或福利金額，則您可能會受到刑事起訴。故意使用、轉移、獲得、改造或持有 SNAP 授權卡或准入設備的任何人員可能面臨 25 萬美元或 20 年監禁處罰，或同時面臨兩種處罰。根據適用的聯邦和州法律，人員也個能收到起訴。違反緩刑或假釋條款，或逃避重罪起訴、拘留或監禁，且正在接受執法部門調查的任何人均不符合獲得輔助營養援助計畫福利的資格。

如果您有以下行為，則可能會被認定不符合 SNAP 資格或被認定故意違反計畫 (Intentional Program Violation, IPV)：做出虛假陳述或誤導性陳述，或為獲得福利或接受更多福利而或歪曲、隱瞞或欺瞞事實；購買具有 SNAP 福利的產品，目的是透過故意丟棄產品並退回容器以贖回押金來獲取現金；或從事或試圖從事任何違反聯邦或州法律行為，以使用、贈送、轉移、獲取、收到、持有或非法交易 SNAP 福利，以及電子福利轉賬 (Electronic Benefit Transfer, EBT) 系統中的授權卡或可重複使用的文件為目的。此外亦禁止從事以下行為，否則可能失去獲得 SNAP 福利的資格，且/或會因以下行為受到處罰：

- 使用 SNAP 福利購買非食品用品，如酒精或香煙；
- 使用 SNAP 福利提前使用信用卡購買食品；
- 允許他人使用您的 EBT 卡以交換現金、火器、彈藥、炸藥或藥物，或為非 SNAP 計畫家庭成員的人員購買食品；或
- 未經卡所有人同意而使用或持有不屬於您的 EBT 卡。

由行政取消資格聽證會或聯邦、州或地方法院認定故意違反計畫，或已簽署放棄行政取消資格聽證會的權利或在提交起訴的案件中籤署取消資格同意協議的個人將沒有資格參加 SNAP，時限如下：

- 首次犯 SNAP IPV 後的 12 個月；
 - 第二次犯 SNAP IPV 後的 24 個月；
 - 首次犯 SNAP IPV 後的 24 個月，經法庭調查發現個人在與銷售管控物品（非法藥品或需要醫生處方的特定藥物）有關的交易中使用或獲得 SNAP 福利；或
 - 如果發現個人對其身份或居住地作出虛假陳述，以同時獲得多項 SNAP 福利，則為 120 個月，因第三次犯蓄意違反程序罪後被永久取消資格的情況除外。
- 此外，法庭可能會在禁止人員參加 SNAP 上再加 18 個月。

個人可因以下原因而被永久取消領取 SNAP 福利的資格：

- 首次犯 SNAP IPV，依據是法院認定個人在涉及銷售槍支、彈藥或爆炸物的交易中使用或領取了 SNAP 福利；
- 首次犯 SNAP IPV，依據是法院判決交易輔助營養援助計畫福利金額達 500 美元及以上（交易包括非法使用、轉移、獲得、改造或持有 SNAP 授權卡或存取裝置）；
- 第二次犯 SNAP IPV，經法庭調查發現個人在與銷售管控物品（非法藥品或需要醫生處方的特定藥物）有關的交易中使用或獲得 SNAP 福利；或
- 第三次犯 SNAP IPV。

上報/驗證家庭開銷要求 – 您的家庭必須上報子女撫養費和公用事業開銷，從而獲得這些開銷的輔助營養援助計畫 (SNAP) 減免。您的家庭必須上報和驗證租金/按揭貸款付款、物產稅、保險、醫療開銷和向非家庭成員支付的子女撫養費，從而因這些開銷而獲得 SNAP 減免。無法上報/驗證以上開銷會被視作您的家庭提供的陳述，即您不想因這些未上報/未驗證的開銷而獲得減免。這些開銷減免可能會讓您符合 SNAP 的資格或可能增加您的 SNAP 福利。您未來任何時候都可能要上報/驗證這些開銷。然後，根據變更上報的規定，減免額將用於計算未來幾個月的 SNAP 福利（參見上文的變更報告）。

輔助營養援助計畫授權代表 – 您可以授權瞭解您家庭情況的人員為您申請輔助營養援助計畫 (SNAP) 福利。您還可授權家庭以外的人為您收取 SNAP 福利或使用福利來為您購買食物。如果您想要為某人授權，您必須以書面形式授權。您可以在下面用印刷字體寫下此人的姓名、地址和電話號碼，並讓他們在此申請表末尾的簽名部分簽名來進行授權。在授權代表以獲得 SNAP 但不住在該機構中的家庭名義申請時，授權代表和獲得家庭 SNAP 的一名成年負責成員均須在本申請表末尾的簽名處簽名並簽署日期，授權代表獲得該 SNAP 福利家庭書面指定的情況除外。

授權代表的姓名、地址和電話號碼（請正楷書寫）：

公用事業標準津貼 – 本人瞭解公共援助和輔助營養援助計畫 (SNAP) 的獲准人符合家庭能源援助計畫 (HEAP) 的收入類別資格。我瞭解如果我當月或先前的 12 個月中未獲得 HEAP 超過 20 美元的福利或其他類似能源補助計畫的福利，則我必須與租金分開，單獨支付取暖、空調費用才能獲得 SNAP 的取暖/製冷標準公用事業津貼（即減免）。我瞭解本州將使用我的社會安全號向我的家庭能源商驗證參加 HEAP 情況。此授權還包括允許我的任何家庭能源供應商（包括我的公用事業）公開特定的統計資訊，其中包括但不僅限於我的電力年使用量、電費、能源消耗、燃料類型、燃料年開銷，以參加低收入家庭能源援助計畫效能度量為目的而向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室、當地社會服務區和美國衛生與公眾服務部付款的歷史記錄。

披露醫療資訊 – 本人同意：本人主治醫生、任何其他醫療服務提供者或紐約州衛生廳 (DOH) 在本人醫療計畫或本人醫療服務提供者為本人或本人家人提供治療、付款或醫療服務合理需要的情況下，向本人的醫療計畫和為本人或本人家人提供醫療服務的任何醫療服務提供者披露本人和本人家庭任何成員的任何醫療資訊；由本人的健康計畫和任何醫療服務提供者提供給衛生廳和其他經授權的聯邦、州和地方機構，以用於管理醫療補助；以及由本人健康計畫提供給其他個人或組織，以用於本人健康計畫進行治療、付款或醫療保健業務的合理需要。本人授權，可出於以下目的且基於為本人提供援助和服務及發展本人參加工作活動（包括就業）能力的合理情況中向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室 (OTDA)、紐約州兒童和家庭服務辦公室或當地社會服務區披露本人及本人能夠合法授權的任何家庭成員的任何健康資料：提供公共援助福利；提供服務，包括兒童福利服務；確定適當的工作活動分配；確定是否需要申請和申請補充保障收入福利；制定適當的治療計畫以恢復工作能力；以及確定是否有資格豁免州規定的 60 個月現金援助領取時限。如果本人需要申請由社會安全局管理的福利，則上述資訊可能會與社會安全局共用。本人亦同意，在法律允許的範圍內，所披露的資訊可能包括與本人和本人家庭成員的 HIV、精神健康或酗酒及藥物濫用相關的資訊，勾選下列方塊的情況除外。如果家庭中有一個以上的成年人申請加入醫療補助健康計畫，則每個申請的成年人都必須簽名同意披露資訊。本人明白，本人同意公開與本人可能同意公開的任何未成年子女相關資訊的能力取決於本人可以代表這些子女獲取有關治療、診斷和流程資訊的程度。

_____ 不披露 HIV/AIDS 資料 _____ 不披露毒品和酒精資料
 _____ 不披露心理健康資料

向醫療服務機構公開資訊 – 本人允許社會服務區和紐約州與社會服務區或紐約州指定的醫療服務提供者共享關於本人或本人可以合法為其授權的任何家庭成員已經收到或有資格收到的公共援助福利的資訊，以提高本人的醫療保健質量和整體福祉，並促進本人或本人家庭成員可能有資格獲得的額外的福利。

披露用於早期干預計畫的資訊 – 如果本人子女接受紐約州早期干預計畫評估或參與該計畫，則本人允許社會服務區和紐約州與本人所在郡或市早期干預計畫共享本人孩子的醫療輔助計畫資格資訊，以便開具醫療輔助計畫賬單。

兒童/青少年健康計畫 – 本人瞭解，如果本人子女參加醫療補助計畫，則可以獲得全面的初級和預防性護理，包括透過兒童/青少年健康計畫採取所有必要治療。我可以從社會服務區獲得有關該計畫的更多資訊。

醫療保險 – 本人授權，根據「醫療保險」（第十八篇 B 部分，補充醫療保險計畫 (Supplementary Medical Insurance Program)）直接向醫生和醫療供應商支付在本人有資格獲得醫療補助計畫期間向本人提供的醫療服務和其他健康服務的任何未來未付賬單。

根據醫療補助計畫醫療費用報銷 – 本人瞭解，本人參加醫療補助計畫時，或在申請之日起的兩年內，有權要求報銷本人在申請當月之前三個月內收到的承保醫療、服務和用品的費用。本人明白，在本人提出申請之日後，只有從醫療補助計畫登記的提供者處獲得的承保醫療護理、服務和用品，才予以報銷。

保險/其他福利的轉讓和直接支付 – 在使用公共援助和醫療補助計畫時，本人同意提出任何健康或意外保險福利索賠，並尋求任何人身傷害索賠或本人可能有權獲得的任何其他資源，並據此將任何此類資源分配給本申請所提交的社會服務區。此外，我將協助向接受此申請的社會服務區提供任何分配的福利。

本人授權在本人或本人家庭成員有資格獲得醫療補助計畫期間，將本人或本人家庭成員所應得的健康或意外保險福利付款直接支付給相應的社會服務區，以獲得醫療和其他健康服務。

醫療補助計畫追償 – 在接受醫療補助計畫後，如果您入住醫療機構且預計不會回家，則在某些情況下，則計畫可能會申請留置權，也可能就您的不動產進行追償。代表您支付的醫療補助計畫援助可能會從在獲得醫療服務時對您的支持負有法律責任的人那裡收回。醫療補助計畫援助還可以收回錯誤支付的服務成本和保費。

本人瞭解，自 2014 年 4 月 1 日起，如果本人透過紐約州衛生廳獲得醫療補助計畫：

- 在本人離世前，本人的不動產將不會被施加留置權。
- 本人離世後，從本人遺產中獲得的資產賠償僅限於醫療補助計畫為本人 55 歲生日當天或之後收到的療養院護理、家庭和社區服務以及相關醫院和處方藥服務的費用支付的金額。

公共援助追償 – 您為自己和您有法律義務撫養的人領取的公共援助 (PA) 可從您擁有或可能獲得的資金中追償。您的退稅和部分彩票獎金可能會被用於償還 PA 債務。

授權從追溯性補充保障收入中償還公共援助福利 – 本人授權社會安全局 (SSA) 專員使用本人首筆補充保障收入 (SSI) (即追溯性補充保障收入付款) 以償還當地社會服務區 (SSD) 在決定本人是否有資格獲得 SSI 時從州或地方資金中支付給本人的公共援助 (PA)。SSA 不會為使用任何聯邦資金支付的 PA，向 SSD 進行償還。

只有在州政府通知 SSA，說明本人和 SSD 代表已簽署本授權書之時，本人才需遵守本授權書的規定。州政府必須在我的補充保障收入記錄與我的州記錄匹配後的 30 個日曆日內發出通知。30 個日曆日後，SSA 不會接受該通知。相反，SSA 將根據 SSA 規則向我發送追溯性 SSI 付款。

只能使用本人的首筆 SSI 付款。如果我的第一步付款超過欠 SSD 的金額，則 SSA 將根據其規則將剩餘的款項寄給我。

SSA 可以在兩種情況下償還 SSD 相關款項：

- (1) 如果本人申請 SSI 且 SSD 認為本人符合資格，則可償還給 SSD。
- (2) 如果本人的 SSI 福利在終止或暫停後恢復，則可償還給 SSD。

SSA 只會向 SSD 償還本人在等待 SSA 確定資格期間支付給本人 PA。這稱為「臨時援助」。期限起始時間：(1) 從本人有資格領取 SSI 福利的第一個月開始；或 (2) 在本人 SSI 被暫停或終止後，本人恢復使用的第一天開始。該期限包括 SSI 付款實際開始的月份。如果 SSD 無法停止我最後一次 PA 付款，則該期限從次月結束。

在 SSA 償還 SSD 後的 10 天內，SSD 必須向本人發送通知，告知本人支付的臨時援助金額。該通知還將告訴我，SSA 將向我發送一封信函，告訴我 SSA 將如何支付欠我的任何剩餘的 SSI 款項，如果我不同意州政府的決定，我如何向州政府提出上訴。

根據 SSA 的規定，安全局可以將本人簽署此授權的日期作為本人首次獲得 SSI 資格的日期。只有我在接下來的 60 天內申請 SSI 時才會這樣做。

這份授權適用於本人尚在 SSA 待處理的任何 SSI 申請或上訴。如果我的 SSI 個案完全裁定，此授權將終止。在 SSA 第一次向我付款時，這份授權就終止了。州政府和我也可以協商終止授權。如果我在授權終止後重新申請 SSI，或如果在申請 SSI 過程中或上訴待決期間提出新的 SSI 索賠，我必須簽署符合紐約州規定的新授權。

如果本人不同意 SSD 做出的關於報銷的決定，則本人將可獲得公平聽證的機會。

本人收到名為「What You Should Know About Social Services Programs (《社會服務計畫須知》)」的手冊。我瞭解關於臨時援助的內容。

支援 – 申請或接受家庭援助 (Family Assistance, FA)、安全網援助 (SNA) 或第四條第 E 款 (Title IV-E) 寄養視為向州和社會服務區轉讓任何其他支援的權利，這些權利可能是申請人或接受者自身擁有的權利，也可能是代表申請人或受助人為其申請或接受援助的任何其他家庭成員擁有的權利（《社會服務法》第 158 條和第 348 條）。這項轉讓在某些情況下是受限制的。此申請的其他部分包含其他轉讓。

撫養權的指定 – 本人知道本人將會收到 LDSS-5145 表格「兒童撫養服務轉介」，這份表格填寫並交還給兒童撫養執行處。除了家庭暴力或其他正當理由，為了獲得援助，本人瞭解本人必須與兒童撫養執行處合作，以：查找任何非監護人、推定或准父母；為未婚父母所生的每位 21 歲以下的子女確定合法的親子關係；以及制定、修改和/或強制執行撫養令。本人亦瞭解，本人將會收到 LDSS-4279 表格「撫養責任和權利通知」，表格將會說明，若本人不與兒童撫養執行處合作，則本人所應承擔的責任和享有的權利。

本人向州政府和社會服務區轉讓本人從對本人有法定贍養責任的人那裡獲得贍養費的任何權利，以及本人代表本人正在申請或接受援助的任何家庭成員獲得贍養費的任何權利。在申請或接受家庭援助或安全網援助時，我轉讓的支援權僅限於在我和/或任何家庭成員接受援助期間累積的支持。然而，我在 2009 年 10 月 1 日之前代表自己或任何家庭成員分配給該州的任何支援權利將繼續轉讓給該州。

家庭能源援助計畫 – 本人瞭解簽署此申請/認證後，本人將同意接受審核或證實本人所提供資訊的任何調查，以及其他由任何政府授權部門針對本人家庭能源援助計畫 (HEAP) 的其他調查。我還同意允許此申請中提供的資訊用於推薦參加可用的房屋節能改造協助項目和我所使用公共事業公司的低收入項目。

我瞭解本州將使用我的社會安全號向我的家庭能源商驗證參加 HEAP 情況。此授權還包括允許我的任何家庭能源供應商（包括我的公用事業）公開特定的統計資訊，其中包括但不僅限於我的電力年使用量、電費、能源消耗、燃料類型、燃料年開銷，以參加低收入家庭能源援助計畫效能度量為目的而向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室、當地社會服務區和美國衛生與公眾服務部付款的歷史記錄。

性侵犯資訊 – 如果您是性侵犯的受害者，則您有權向社會服務區索取轉介資訊。如果您申請轉介資訊，社會服務區必須向您提供以下任何機構的地址和電話號碼：1) 提供紐約州衛生廳認證的性侵犯法醫服務的當地醫院；2) 當地強姦危機中心；以及 3) 針對性侵犯受害者的當地宣傳、諮詢和熱線服務。此外，社會服務區必須向您提供紐約州性侵犯和家庭暴力熱線號碼：(800) 942-6906 和 (800) 818-0656（電傳打字）。

兒童保育援助證明 – 如果本人正在申請兒童保育援助，則本人證明本人的家庭資產不超過 100 萬美元。

本人已閱讀和理解以上同意書內容。本人清楚且同意上述轉讓、授權和同意內容。本人宣誓和/或確認，本人已經或將要向社會服務區提供的資訊是完整正確的內容。			
申請人簽名	簽署日期	配偶或監護代表簽名	簽署日期
X		X	
授權代表簽名	簽署日期		
X			

如果您需要撤回一個或多個計畫的申請書，則請填寫以下內容。

本人同意撤回以下申請書：

- 公共援助 (PA)
 托兒補助 (代替 PA)
 輔助營養援助計畫 (SNAP)
 醫療補助和 SNAP
 醫療補助和 PA
 社會援助，包括寄養
 托兒補助
 僅緊急援助

本人明白本人可以隨時重新申請。

申請人/授權代表簽名

簽署日期

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？」

- 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.

ଆମି ଆମିଲି ଗୁଡ଼ି କ୍ଷମାପିତା କେନ୍ଦ୍ରୀୟ (ମୃତେ ଗ୍ରାହକ) ୧-୮୦୦-୩୬୭-୮୬୮୩ କଲ୍ କରନ୍ତୁ

2021年05月04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 是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

請以藍色或黑色墨水填寫或打印

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被記為「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。

3 姓名
 姓氏 _____ 名字 _____ 中間名首字母縮寫 _____

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 _____ 性別 (選擇) **7** _____ 電話 (選擇) **8** _____ 電子郵件 (選擇) _____

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) _____
 所在郡州 _____ 當時使用的姓名 (若與目前姓名不同) _____

11 政黨
 本人希望加入政黨
 民主黨
 共和黨
 保守黨
 勞動家庭黨
 其他 _____

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。

9 身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼)
 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 _____

簽名或畫押 _____ 日期 _____ / ____ / ____

(選擇) 登記捐贈您的身體器官和組織



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。

姓氏 _____

名字 _____ 中間名首字母縮寫 _____ 後置稱謂 _____

地址 _____ 市/鎮/村 _____ 郵遞區號 _____

出生日期 _____ 性別 男 女

眼睛顏色 _____ 身高 _____ 吋

電子郵件 _____ DMV 或 ID NYC 號碼 _____

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在該郡或紐約市至少 30 天以上；
 - 未因重罪入獄；
 - 未在其他地方主張投票權；且
 - 未被法院認定無行為能力。

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個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

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

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，可以使用仍在有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。