

紐約州 如何填寫

臨時補助 (TA) - 醫療補助 (MA) - 醫療照顧優惠計劃 (MSP) - 糧食券福利 (FS) 各項服務 (S)，包括寄養 (FC) - 托兒費補助 (CC) 的申請表

申請表中凡出現“臨時援助”或“TA”，即代表“家庭援助”和“安全網援助”。我們把這兩項公共援助計劃統稱為“臨時援助”。制定這些社會服務計劃旨在為需要幫助的人士提供臨時援助。有些計劃有領取援助時間限制，因此儘快達到自食其力是十分重要的。當地社會服務部門會協助您達到這一目標。為了能夠提供幫助，我們必須瞭解您的身份及您的需求。這就是請您填寫以下申請表的原因。本申請表涵蓋以下內容：

- 您的身份
- 您的住址
- 您的生活狀況
- 我們如何能夠幫助您

申請表填寫說明及申請表均按不同部分編號，以方便您填寫。如需要，您可以在編號數字上書寫。

- 請以正楷清楚填寫
- 請勿填寫虛影部分
- 務必填妥所有適用於您的部分
- 如果您代表他人申請，應以正楷填寫該人的資料，而不是您的資料。
- 如您患有任何殘疾而不能填寫申請和/或等待面談，請告知接待人員，辦事處會竭盡全力合理地考慮您的需求。

撤銷申請：如果希望撤銷申請，請與您的資格審查人員洽談。

除 LDSS-2921-CH：“申請表”外，您還應領到以下材料：

- LDSS-4148A-CH：“申請人權利及責任須知”
- LDSS-4148B-CH：“社會服務計劃須知”
- LDSS-4148C-CH：“緊急情況須知”

申請表第 1 頁

計劃：

1

勾選 (✓) 所有您或家人打算申請的計劃。由於福利制度的改革，申請臨時援助不再意味自動申請醫療補助。如果您同時申請臨時援助和醫療補助，請在“臨時援助和醫療補助”(Temporary Assistance and Medical Assistance) 前的方格中打勾 (✓)。如果您申請醫療照顧優惠計劃，請在“醫療照顧優惠計劃”(Medicare Savings Program) 前的方格中打勾 (✓)。醫療援助包括醫療補助(Medicaid)、家庭醫療加健計劃 (Family Health Plus)、兒童醫療加健計劃 A (Child Health Plus A)、殘障工作人士自購醫療補助 (Buy-In) 和家庭生育規劃福利計劃 (Family Planning Benefits Program)。如果您申請這些計劃之一，請在“醫療補助”(Medical Assistance) 前的方格中打勾 (✓)。若您具備領取臨時援助但決定只申請托兒補助，請在“僅申請托兒補助並放棄臨時援助”(Child Care in lieu of Temporary Assistance) 前的方格中打勾 (✓)。若今後決定還是需要臨時援助，仍可在任何時候申請。若勾選(✓)“僅申請緊急付款”(Emergency Payment Only)，便說明您只申請一次性救急付款，為此做出的資格審定並不適用於如臨時援助、糧食券或醫療補助等其它援助計劃。

如果您同時申請臨時援助、糧食券福利、和/或醫療補助，通常只需要一次申請面談。

您希望用

2

以下何種語言收取通知：

勾選 (✓) “西班牙語和英語”(Spanish and English) 或 “只用英語”(English Only)。

您使用的主要語言是：

勾選 (✓) “英語或西班牙語”(English or Spanish)，或 “其他” 並注明您主要使用的語言。

申請人

姓名：

請以正楷填寫您的合法姓名，包括名字、中間名縮寫和姓氏。

婚姻狀況：

請以正楷填寫您目前的婚姻狀況，單身、已婚、喪偶、在法律上分居或離婚。

電話號碼：

正楷填寫您的住宅電話號碼。注意填入區域號。

住址：

請以正楷填寫您目前住處的門牌號碼、街名、大道名和路名等等。

3

公寓號：請以正楷填寫您的公寓號碼。

城市：請以正楷填寫您所居住的城鎮名。

郡縣：請以正楷填寫您所居住的郡縣名。

州：請以正楷填寫您所居住的州名。

郵遞區號：請以正楷填寫您居住地址的郵遞區號。

代收人姓名：

如果您的郵件由他人代收，請以正楷填寫該人的姓名。

郵寄地址：

如果您的郵件寄到您住址之外的某一地址，請在此處以正楷填寫該郵寄地址。

如果某一機構協助您申請，請以正楷填寫該機構的名稱、該機構幫助您的人的姓名和其電話號碼。

於目前住址居住的時間長度：

請以正楷填寫您在目前住址已居住的年數和/或月數。

申請表第 1 頁

申請人 (續前頁)

3 其他電話號碼： 如果通過其他人的電話號碼可以找到您，請以正楷填寫此人的姓名和電話號碼。如果工作，請以正楷填寫您的雇主名稱和電話號碼。

如何到達您的住所： 請使用大家熟悉的地標，並以正楷填寫去您家的路線。

以前住址： 請以正楷填寫您遷至目前住所以前的地址。

糧食券福利

4 申請人： 您可以在收到糧食券福利申請表的當天，於辦公時間內遞交該表格。只要至少填入您的名字、住址（如果有的話），並簽名，工作人員就必須收下您的申請。然而，只有在您完整填寫該表後，我們才能決定您是否具備領取糧食券的資格。

5 您是否符合這些項目中任何一項？ 勾選 (✓) 所有適用於您的項目。

申請表第 2 頁和第 3 頁

同住家庭成員

列出所有與您同住的人的姓名，不論他們是否與您一同申請。用正楷先填寫您的全名，然後填寫其他與您同住的人的姓名。

- 勾選(✓) 各人申請的補助類別。臨時援助 (TA)，糧食券福利 (FS)，醫療補助 (MA)，醫療照顧優惠計劃 (MSP)，托兒費補助 (CC)，寄養服務 (FC) 和/或其他服務項目 (S)，或僅緊急付款 (EMRG)。

附注： 申請醫療照顧優惠計劃 (MSP) 的申請人必須填寫申請醫療補助 (MA) 所要求的所有欄目。

- 請以正楷填寫每個申請人的出生日期和性別。
- 請以正楷填寫每個申請人與您的關係 (例如：妻子、兒子、寄養子女、朋友、寄宿者和寄膳者等)。
- 請以正楷填寫每個人的社會安全號碼，符合下列任何情況者例外：
 - 不申請任何類別的補助或服務；或
 - 只申請醫療補助的孕婦；或
 - 只申請緊急醫療補助或福利的移民；或
 - 只申請成年人保護服務的成年人；或
 - 只申請托兒費補助。(如僅申請托兒補助一項，您毋須列舉社會安全號，除非所申請的托兒補助是包含在防護服務個案中，或僅取托兒服務而放棄臨時援助申請)。

附注： 其他一些服務計劃，如：寄養服務，兒童保護，兒童防護和輔導等，是由各種基金來源提供資金的。其中許多計劃都要求提供社會安全號碼。即便有些計劃並不強求申請人提供社會安全號碼，但若您不提供社會安全號碼，仍有可能無法享有這些服務。因此我們向所有這些服務的申請人索取社會安全號碼，以協助他們獲得可能有資格享有的所有社會福利。

- 已完成最高學歷：請填寫每位福利申請人完成的最高年級數 (1 – 12)。如果高於 12 年級，請填 13。如果沒有上過學，則填 0。如果您只申請醫療補助或只申請服務計劃，可不必填寫此項。

申請表第 2 頁和第 3 頁

同住家庭成員（續前頁）

- 6
- **購買食物或開夥：**在“此人（包括未成年兒童）是否與您一起購買食物或開伙食”？一項中勾選(✓)”是“(YES) 或 “否”(NO) 是非常重要的。您必須針對每一個和您同住的人回答此題。分別採購食品或分別開夥的人有時能領取更多的糧食券福利。
 - **種族／族裔屬碼：**您必須為所有申請福利，包括申請托兒費補助的人填寫此項。如您是西班牙或拉美後裔”，在這一項中填寫“是”或“否”，並填入最能代表您種族背景的字母屬碼。本資料為聯邦政府所需。如果您不填寫該項，機構的面談人員必須根據觀察，填寫本資料。如果您只申請醫療補助，您願意的話，也可填寫該項。如果您未填寫該項，機構的面談人員可能會根據觀察，填寫本資料。如果您申請寄養服務，您只需在本項填寫寄養兒童的情況，如果您未填寫該項，機構的面談人員可能會根據觀察，填寫本資料。

附注：如果您申請服務而又未填寫該項，我們可能無法為您提供某些服務。能否提供服務取決於這些服務的資金來源。

申請表第 2 頁

曾用名

7 請以正楷列出上述人士的婚前姓名，以往婚姻所產生的姓、名，或使用過的或正在使用的其它名字。

申請表第 4 頁

公民／移民身分

如果您申請**醫療補助**，**臨時援助**，**糧食券福利**，**托兒費補助**或**寄養服務**，需填寫本部分。

附注：如果您只申請**醫療補助**並符合任何下列條件，即不必填寫本部分

- 8
- 您已懷孕；或
 - 您只申請用於支付緊急醫療的費用；或
 - 您不是美國公民，美洲原住民或美屬國民，或具有合法身分移民，“具有合法移民身分”指的是不會使申請人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。若對自己的身分有疑問，請參見 LDSS-4148B-CH, “社會服務計劃須知”,或請教個案工作人員。

附注：您必須填寫本部分，如果您：

- 只申請醫療補助。但您不必填入不申請醫療補助的人。
- 只申請托兒費補助。但您只須填寫需托兒費補助的兒童的資料。
- 只申請寄養服務。但您只須填寫寄養兒童的資料。
- 在特定情況下申請其他服務。

附注：如果您申請其他**服務**而未提供這些資料，我們也許無法為您提供某些服務。能否提供這些服務取決於這些服務的資金來源。

申請表第 4 頁

公民／移民身分認證（續前頁）

如果您申請**醫療補助**，**臨時援助**，**糧食券福利**，**托兒費補助**或**寄養服務**，您**必須填寫**公民或合法移民的書面認證，**並簽名**。

附注： “具有合法移民身分”指的是不會使申請人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。若對自己的身分有疑問，請參見 LDSS-4148B-CH, “社會服務計劃須知”，或請教個案工作人員。

附注： 如果您**只申請醫療補助**並符合任何下列情況，則**不必填寫**認證部分：

- 您已懷孕；或
- 您**只**申請用於支付**緊急**醫療的費用；或
- 您不是**美國公民**，**美洲原住民**或**美屬國民**，或具有**合法身分移民**，

附注： 如果您是**美國公民**，**美洲原住民**或**美屬國民**，或具有**合法移民身分**，在申請下列計劃時，**必須**在認證部分簽名。

- 臨時援助（有孩子或孕婦的家庭）；或
- 糧食券福利；或
- 醫療補助（除非申請人已懷孕）；或
- 醫療照顧優惠計劃；或
- 托兒費補助（**僅**有關兒童需要認證）；或
- 寄養服務（**僅**有關兒童需要認證）；或
- 在特定情況下的其它服務。
- **僅**緊急付款。

附注： 如果您申請其他**服務**而又未在認證部分簽字，我們也許不能向您提供某些服務。能否提供這些服務取決這些服務的資金來源。

除了上述的例外情況之外，所有申請這些福利的人士均需**簽名**並注明**簽名日期**。

- 成人家庭成員或被授權代表可以為家中所有申請人簽名。
- 如果提出申請的家庭成員不滿 **18 歲**（或雖滿 **18 歲**但由於健康狀況或殘疾而不能親自簽名），家中滿 **18 歲**以上的成員 **必須**代其簽名。

附注： 當您代他人簽名時，必須簽**您**自己的名字：**例如**，瑪麗·杜替嬰兒強尼·杜簽名時，她必須簽上瑪麗·杜。

無合法移民身分的**父母**可以為其有合法移民身分的**孩子**簽名，**例如**，一個沒有合法移民身分的母親，仍可以替她有美國公民身分的**孩子**簽名認證。

申請表第 4 頁

公民／移民身分認證（續前頁）

通知

如果您和其他申請人既不是美國公民，美洲原住民或美屬國民，也不是具有合法移民身分的移民，則不應代表自己或與你同樣情況的他人，在該聲明上簽字。沒有合法移民身分的非公民沒有資格享受任何臨時援助，糧食券福利或醫療補助福利（孕婦的醫療補助和僅用於支付緊急治療費用除外）。這些人也不符合某些其他服務的申請資格。

我們將把您填寫的資料轉呈給公民移民服務局（USCIS）以確認正在申請臨時援助，醫療補助福利，糧食券福利或服務計劃的某個或全部家庭成員的移民身分。從公民移民局獲得的資訊將會影響您家庭的福利資格和福利等級。

申請表第 5 頁

非監護父母／兒童撫養費／有關醫療費用

僅適用於臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人：
如果您符合下方任一情況，請填寫本部分。

10

1. 您或任何與您同住的人已懷孕，而未出生嬰兒的父親居住在別處。
2. 您替不與其父母同住，且不滿 21 歲的人申請。
3. 您不滿 21 歲，而您的父母不與您同住。

附注：如果您只申請醫療補助並已懷孕、分娩不足兩個月、或只替不滿 21 歲的孩子申請，不須填寫本部分。如果您希望從非監護方家長獲得醫藥款項，則必須填寫本部分。

非同住／去世配偶

11

僅適用於臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人：任何不與丈夫或妻子同住的已婚申請人要盡可能完整地填寫本部分。如果您不知道非同住配偶目前的住所，請以正楷填寫您所知道的此人之最後住址。

非同住兒童

12

僅適用於臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人。任何申請人若有不滿 18 歲的非同住子女，請填入其父（母）和孩子本人。

未成年父母

13

只有申請臨時援助的申請人必須填寫本部分。如果申請人是不滿 21 歲的未成年父母，列出他們的名字。如果他們的孩子與其同住，孩子的名字也須列出。

申請表第 6 頁

收入

14 爲您本人和所有同住人勾選(✓) “是” 或 “否”。當您的回答爲 “是” 時，請以正楷注明美元 (\$) 金額或價值及收入者姓名。

附注： **寄養補助金和糧食券福利** — 如果您因提供兒童或成人寄養服務而領取寄養補助金，您有兩種選擇。您可以在糧食券家庭成員中包括被寄養人及寄養收入，也可以選擇不包括被寄養人和寄養收入。請教工作人員哪一種方式可以使您領取較多的糧食券福利。

繼父母／移民資助人

15 爲您、您的配偶和與您一起申請補助的所有人勾選(✓) “是” 或 “否”。當您的回答爲 “是” 時，請以正楷填寫答案中所援引人士之姓名。

申請表第 7 頁

就業

爲您本人和所有補助申請人填寫此頁。

16 **附注：** 即使您工作，仍可能有資格領取臨時援助、醫療補助或其他醫療保健計劃、服務計劃和／或糧食券福利以及部分托兒費用。

申請表第 8 頁

教育／培訓

爲您和所有申請包括托兒費補助和／或寄養服務，以及其他服務的人填寫此頁。務必回答您的孩子在何處就學這個問題。

17 **附注：** 如果您只申請醫療補助，則不須填寫此頁。

申請表第 9 頁

資產

18 爲您和所有補助申請人勾選(✓) “是” 或 “否”。當您的回答爲 “是” 時，請以正楷填寫美元 (\$) 的金額和價值以及此項資產擁有者的姓名。**務必列出所有共有財產。**臨時援助和醫療補助申請人必須回答關於負有**法律責任的親屬**的問題。**這些人是指根據法律必須爲您提供經濟贍養的親屬**，如，您的配偶；或若您不滿 21 歲，則是您的父母 或與您同住的繼父母。

申請表第 9 頁

資產 (續前頁)

附注： 在下述情況下您不必填寫本部分：

- 您為不滿 **19** 歲的兒童或您本人已懷孕，而只申請醫療補助。
- 您只申請服務 (寄養服務除外) 和 / 或托兒費補助。
- 如果您只申請糧食券福利，則不必回答關於人壽保險的問題。

附注： 如果您申請寄養服務，必須填寫本部分。

除上述以外的其它資產：包括如渡假屋、野營車、雪地車和遊艇等。

附注： 如果您獲得或即將獲得一筆全額付款，將此事立刻報告您的個案負責人員是非常重要的。“全額付款”就是一次性付清的款項，如保險賠償金、遺產繼承、訴訟賠償金或彩票中獎所得款項。有關一次性付款更多資訊，請參考 LDSS-4148A-CH, “申請人權力及責任須知”。

附注： 如果在您獲得護理設施服務第一個月之前的 **36** 個月內，您和您的配偶轉移 / 贈送了您的資產 (或，如果在 **60** 個月內轉移給信託人)，同時您遞交了醫療補助申請，您可能便沒有資格接受醫療補助計劃提供的護理設施和基與家庭或社區的醫療服務。

申請表第 10 頁

醫療

19 為您和其他補助申請人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當您的回答為“是”時，請以正楷填寫所要求的資料。務必列出您和其他申請人持有的所有醫療和住院 / 意外保險。醫療補助可能會支付您申請前 **3** 個月內的醫療費用。如果我們確定您在自己支付醫療費用時已具有享受補助的資格，我們會付還您已經支付的醫療費用。即使您的醫師或其他醫療服務提供者不接受醫療補助，我們仍可以支付您的費用，但我們只支付醫療補助計劃所涵蓋的服務，也只能是醫療補助所限定的數額，

醫療保險計劃選擇

如果經審核您符合家庭醫療加健計劃資格，您必須選擇一項計劃才可享受醫療服務。如希望仍然保留目前為您診治的醫生，您需參加該醫生所屬的保健計劃。如希望另外挑選別的醫生或醫療中心，請接洽您的保健計劃要求協助。一旦參加了某項計劃後，您必須使用屬於該醫療保健計劃的醫生和醫院。

有些醫療補助領取者必須參加一項保健計劃，有的卻不一定須要。如果經審核您或家人符合醫療補助的資格，而您所在郡縣要求領取人必須加入某項保健計劃，我們會為您加入您選擇的，也接受醫療補助的計劃。如果所在郡縣不要求領取人加入某項保健計劃，除非您在本部分勾選了方格，表明您不想加入計劃，我們仍會為您加入您選擇的的計劃。我們將在面談時與您討論這個問題。

自申請醫療補助的次日起，在接受醫療服務之前，您必須確認就診的醫師或其他醫療服務提供者接受醫療補助計劃。

申請表第 11 頁

住房

20 用**正楷**填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。如果您正償付購房貸款，請注明地產稅、房屋保險（包括火災保險）和住房開支估計金額。如果您或任何同住家庭成員支付暖氣費或水、電、瓦斯費，請勾選（✓）“是”或“否”。請務必回答本部分末的最後一個問題。

附注：如果您申請寄養服務，必須填寫本部分。

附注：如果您只申請服務（寄養服務除外）和／或托兒費補助，不須填寫本部分。

附注：如果您不知如何回答住房類型和住房開支的問題，請洽詢工作人員。

申請表第 12 頁

其他開銷

21 為您和其他補助申請人勾選（✓）“是”或“否”。當您的回答為“是”時，請以**正楷**注明美元（\$）金額。

其他資訊

為您和其他補助申請人勾選（✓）“是”或“否”。

附注：“美國軍隊”指的是：

- 22
- 美國陸軍
 - 美國海軍
 - 美國海岸防衛隊
 - 美國海軍陸戰隊
 - 美國空軍
 - 二次世界大戰中的美國商船隊

補助：如果您或任何同住人正在或曾經領取過臨時援助，醫療補助，糧食券福利，托兒費補助或其他服務，請在“是”前面的方格中打勾(✓)。請以**正楷**填寫該人士的姓名、補助類型、接受補助的地區和最後一次領取補助日期。

財產轉移狀況：在“我曾經”或“我不會”前面的方格中打勾（✓）。

附注：紐約州法律規定：對隱瞞事實或不提供實情而騙取臨時援助，醫療補助，糧食券福利，其他服務項目或托兒費補助的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

申請表第 13 頁

請勿填寫此頁，除非您想撤銷列舉在申請表第 13 頁右上角的計劃中某項的申請。撤銷某項計劃申請時，請勾選（✓）意欲撤銷申請項目前的方格，並在指定部分簽名。只有您勾選的計劃項目才會被從申請表上撤除。

申請表第 14 頁

23 隱私法聲明／醫療費報銷／撫養費／非歧視通知：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

申請表第 14 頁

24 糧食券福利受權代表：如果您申請糧食券福利而希望授權某非家庭成員替您領取糧食券或購買食品，請以正楷填寫該代表的姓名、住址和電話號碼。

處罰／糧食券福利 (FS) 處罰警告：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

25 附注： 紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而欺領臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，糧食券福利，其他服務項目或托兒費補助之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

申請表第 15 頁和第 16 頁

26 轉讓，授權與承諾：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

附注： 在**生命線 (Lifeline)** 計劃欄項，如果臨時援助和/或糧食券申請人/領取人**不願**授權紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室可能向電話服務公司披露其姓名和地址，必須在方格前勾選 (✓)。電話服務公司可能會，可能不會使用這些資訊自動將您列入該公司的生命線計劃服務，向您提供優惠折扣電話費率。生命線計劃是電話服務公司提供的現有最低費率的基本電話服務。

僅僅申請/領取醫療補助的人士必須與電話服務公司直接聯繫以加入優惠折扣電話服務。

從社會安全輔助福利 (SSI) 償還的授權：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。如果此表用於臨時援助，而同住夫妻雙方都申請臨時援助，雙方都必須在該頁末端的簽名處簽名。

27 附注： 如果您在遞交本份已簽名的授權書的 **60** 天內，遞交社會安全輔助收入福利首次申請，社會安全局可能會把您向地區社會服務部門遞交本份已簽名授權書的當日，視爲您可具備社會安全輔助收入資格的日期。

簽名：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。紐約州法律規定：對隱瞞事實或不提供實情而騙取臨時援助，醫療照顧優惠計劃，醫療補助，糧食券福利，托兒費補助或其它服務的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

28 請您在此簽名。注明申請日期。當同住夫妻**同時**申請臨時援助，醫療補助，托兒費補助或服務，**雙方都**必須在申請書上簽名。如果**僅**申請糧食券福利，則只需一方簽字。如果您是爲他人填寫該申請，在此處簽上**您的名字**並以正楷注明簽名日期。

注意： 任何臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助，服務和糧食券福利的申請者，如果對申請的處理不滿，可有權要求召開公平聽證會。 聯絡機構： 紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室，聽證會行政辦事處，Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201。

您在申請時所提供的資料，將被輸入並儲存于福利管理系統 [Welfare Management System (WMS)]，這是一個州際範圍的電腦系統。此系統用於改進社會服務計劃的管理和防範欺詐。

附注： 本申請表的最後一頁是一份選舉登記申請。如果您希望有人幫助您填寫該選舉人登記申請表，請洽詢您的資格審查人員。是否申請選舉登記不會影響本機構發給您的補助金額。