

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)
資格復審認證表格

資格復審認證表格中凡出現“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。有些計劃有援助領取時間限制，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認證表的原因。本認證表涵蓋以下內容：

- 您的身份
- 住址
- 您的生活狀況
- 我們如何能夠幫助您

認證表填寫說明及認證表本身均按不同部分編號，以方便您填寫。如需要，您可以在這些數字上書寫。

- 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
- 如果您代表他人進行資格復審認證，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認證表和/或等待面談，請告知接待人員，辦事處會盡力針對您的需求提供合理協助。

福利中止：如果您希望中止福利領取，請與您的資格審查人員洽談。

除 LDSS-3174-CH：“資格復審認證表格”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”

復審認證表第 1 頁

1	<u>計劃：</u>	<p>勾選 (✓) <u>所有</u>您或家人打算認證的計劃。由於福利制度的改革，認證臨時援助的資格不再意味也自動認證了醫療補助的資格。如果您需同時認證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 (✓)。如果您認證醫療照顧優惠計劃，請在“醫療照顧優惠計劃”前的方格中打勾 (✓)。醫療補助包括醫療補助(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)。如果您認證這些計劃之一，請在“醫療補助”(Medical Assistance) 前的方格中打勾 (✓)。</p> <p>如果您同時認證臨時援助、糧食券福利、和/或醫療補助，通常只需要為所有計劃進行一次面談。如果您只認證醫療補助，則不須進行面談。</p>
2	<u>您希望用</u> <u>以下何種語言收取通知：</u> <u>您使用的主要語言是：</u>	<p>勾選 (✓) “西班牙語和英語” (Spanish and English) 或 “只用英語” (English Only)。</p> <p>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。</p>
3	<u>福利領取人</u>	<p><u>姓名：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您的合法姓名，包括名字、中間名縮寫和姓氏。</p> <p><u>婚姻狀況：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您<u>目前</u>的婚姻狀況，單身、已婚、喪偶、在法律上分居或離婚。</p> <p><u>電話號碼：</u> <u>正楷</u>填寫您的住宅電話號碼。注意填入區域號。</p> <p><u>住址：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您目前住處的門牌號碼、街名、大道名和路名等等。</p> <p><u>公寓號：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您的公寓號碼。</p> <p><u>城市：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您所居住的城鎮名。</p> <p><u>郡縣：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您所居住的郡縣名。</p> <p><u>州：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您所居住的州名。</p> <p><u>郵遞區號：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您居住地址的郵遞區號。</p> <p><u>代收人姓名：</u> 如果您的郵件由他人代收，請以<u>正楷</u>填寫該人的姓名。</p> <p><u>郵寄地址：</u> 如果您的郵件寄到您住址之外的某一地址，請在此處以<u>正楷</u>填寫該郵寄地址。</p> <p><u>協助機構：</u> 如果某一機構協助您認證，請以<u>正楷</u>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。</p> <p><u>于目前住址居住的</u> <u>時間長度：</u> 請以<u>正楷</u>填寫您在目前住址已居住的年數和/或月數。</p>

福利領取人 (續)

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。如果有工作，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。

4 糧食券福利
領取人：

您可以在收到糧食券福利資格重新認證表格的當天，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認證表格。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。

復審認證表第 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，無論他們是否與您一同認證。首先正楷填寫您的全名。然後正楷填寫其他同住人姓名。

- 勾選(✓) 每人認證的補助類別。：臨時援助 (TA)，糧食券福利 (FS)，醫療補助 (MA)，和/或聯邦醫療照顧優惠計劃 (MSP)。

注意：認證醫療照顧優惠計劃 (MSP) 的人，必須填寫醫療補助 (MA) 所要求的所有欄目。

- 請以正楷填寫每個認證人的出生日期和性別。
- 請以正楷填寫每個認證人與您的關係（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：
 - - 不認證任何類別的補助；或
 - - 只認證醫療補助的孕婦。

6

- 已完成的最高學歷：請填寫每位補助認證人完成的最高年級 (1–12)。如高於 12 年級，請填入 13。如沒有正式上過學，則填 0。如果您只認證醫療補助，可不必填寫此項。
- 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問題。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。

同住家庭成員 (續)

- **種族/族裔屬碼**：你必須為所有補助認證人填寫本部分。在“您是西班牙或拉美後裔”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。如果您只認證醫療補助，可自願填寫該項。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。

復審認證表第 2 頁**7 曾用名**

請以**正楷**填寫上面列出人士的婚前姓名；以往婚姻所產生的姓、名；或使用過的或正在使用的其他名字。

8 同住人口變更

在過去的一年，如有人從您家**遷出**或**搬入**與您同住，需填寫本部分。

復審認證表第 4 頁**9 公民/移民身分**

如果您認證**醫療補助**、**臨時援助**或**糧食券福利**，需填寫本部分。

注意： 如果您只認證**醫療補助**並符合任何下列條件，即不必填寫本部分：

- 您已懷孕；或
- 您不是美國公民、美州原住民或美屬國民、或具有合法身分移民。“具有合法移民身分”指的是不會使領取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。

注意： 您必須填寫本部分，如果您：

- 只認證醫療補助。但您不必填入不需要醫療補助的人。

10 公民/移民身份認證

如果您認證**醫療補助**、**臨時援助**或**糧食券福利**，您必須填寫公民或具有合法移民身份的書面認證，並簽名。

注意： “具有合法移民身分”指的是不會使領取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。

注意： 如果您只認證**醫療補助**並符合任何下列情況，則不必於認證部分簽名：

- 您已懷孕，或
- 您不是美國公民、美州原住民或美屬國民、或具有合法身分移民，

公民和移民身份認證（續）

注意： 如果您是美國公民、美州原住民或美屬國民、或具有合法移民身分，在認證下列計劃時，**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（除非認證人已懷孕）；或
- 醫療照顧優惠計劃。

除了上述例外情況之外，所有認證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認證人簽名。
- 如進行認證的家庭成員不滿 18 歲（或雖滿 18 歲但由於健康狀況或殘疾不能親自簽名），年滿 18 歲的家庭成員必須代其簽名。

注意： 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**，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。

通知

如果您和其他申請人既不是美國公民、美州原住民或美屬國民、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）以對認證臨時援助、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進行移民身份確認。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。

復審認證表第 5 頁非監護父母／兒童撫養費／有關醫療費用

如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，並符合下列情況，請填寫本部分。

11

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. 您替不與父母同住，且不滿 21 歲的戶員認證。
3. 您不滿 21 歲，而您的父母不與您同住。

注意： 如果您只認證醫療補助且已懷孕、分娩不足兩個月、或只替不滿 21 歲的孩子認證，不需填寫本部分。如果您希望從非監護方家長獲得醫藥費用，則必須填寫本部分。

非同住／去世配偶

- 12 如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，請填寫本部分。任何不與丈夫或妻子同住的已婚認證人，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

- 13 如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，請填寫本部分。任何認證人若有不滿 18 歲的非同住子女，請填入其父（母）和孩子本人。

未成年父母

- 14 僅僅認證臨時援助人士才須填寫本部分。如果福利認證人是不滿 18 歲的未成年父母，列出其姓名。如果他們的孩子與其同住，孩子的名字也須列出。

復審認證表第 6 頁**收入**

- 15 為您本人和所有同住人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當您的回答為 “是” 時，請以正楷注明美元 (\$) 金額或價值及收入者的姓名。
注意： 寄養補助金與糧食券福利 - 您可以選擇在糧食券家庭成員中包括被寄養兒童或成人。如果這樣做，任何與寄養有關的款項將不計為收入。該被寄養兒童的所有其他收入或資源則將計為收入。若對此有疑問，務必向您的個案負責人詢問。

繼父母／移民資助人

- 16 為您、您的配偶和所有認證補助的家人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當答案為 “是” 時，請以正楷填寫有關人士之姓名。

復審認證表第 7 頁**就業**

- 17 為您本人和所有補助認證人填寫此頁。
注意： 即使您有工作，仍可能具備資格領取臨時援助、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。

復審認證表第 8 頁**教育／培訓**

- 18 為您本人和所有補助認證人填寫此頁。務必回答您的孩子在何處就學這個問題。
注意： 如果您只認證醫療補助，則不需填寫此頁。

復審認證表第 9 頁**資產**

為您和所有補助認證人勾選(✓)“是”或“否”。當回答為“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領取人必須回答關於負有**法律責任的親屬**的問題。這些人是指，根據法律必須為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。

19

注意： 在下述情況下您不必填寫本部分：

- 只認證醫療補助，而您本人已懷孕，或您為不滿 19 歲的兒童。
- 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。

除上述以外的其它資產：應包括如渡假屋、野營車、雪地車和遊艇等。

注意： 如果您獲得或即將獲得一次性全額付款，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。有關更多一次性全額付款資訊，請參考 LDSS-4148A-CH，“申請人權力和責任須知”。

注意： 如果在您獲得護理設施服務第一個月之前的 36 個月內，您或您的配偶轉移／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。

復審認證表第 10 頁**醫療**

20

為您和其他補助認證人勾選 (✓)“是”或“否”。當回答為“是”時，請以正楷填寫所要求的資料。務必列出您和其他認證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，有的卻不一定需要。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計劃。我們將在面談時與您討論這個問題。

醫療保險計劃選擇 (續)

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。

復審認證表第 11 頁**住房**

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其他四個有關住房的問題。

注意： 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。

復審認證表第 12 頁**其他開銷**

為您和其他補助認證人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當回答為 “是” 時，請以**正楷**注明美元 (\$) 金額。

復審認證表第 12 頁**其他資訊**

為您和其他補助認證人勾選 (✓) “是” 或 “否”。

注意： “美國軍隊” 指的是：

- 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

“美國軍隊” 也包括，應美國總統之令召，服現役的後備役或國民防衛隊軍人。

財產轉移狀況： 在 “我曾經” 或 “我不會” 前面的方格中打勾 (✓)。

注意： 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、或糧食券福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

復審認證表第 13 頁

如果您不準備關閉個案，也不想撤銷列舉在本認證表第十三頁右上方計劃中某項，請勿填寫此頁。如要撤銷個案中的某項計劃，請勾選 (✓) 意欲撤銷項目前的方格，並在指定部分簽名。只有您選勾的計劃項目才會被從撤除。關閉個案之前，您應先洽詢個案工作人員。您可能符合資格領取過渡期援助。

復審認證表第 14 頁

24 **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。

糧食券福利受權代表：如果您認證糧食券福利，並希望授權某非家庭成員替您領取糧食券或購買食品，請以正楷填寫該人姓名、住址和電話號碼。

25 當受權代表為糧食券受領家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，那麼受權代表和糧食券福利受領戶主均須簽署。

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。

26 **注意：** 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、醫療照顧優惠計劃或糧食券福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

復審認證表第 15 和 16 頁

轉讓，授權與承諾：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

27

注意：在生命線（Lifeline）計劃欄項，如果臨時援助和糧食券申請人/領取人**不願**授權紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室，向電話服務公司披露其姓名和地址，必須在方格前勾選（）。電話服務公司或許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，以加入生命線優惠電話服務計劃。

用社會安全輔助福利（SSI）還款授權：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，而同住夫妻雙方都認證臨時援助，雙方都必須在該頁末端的簽名處簽名。

28

注意：如果您在遞交本份具簽名的授權書的 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具簽名的授權書的當日，視為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、醫療補助、醫療照顧優惠計劃或糧食券福利的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

29

如果您是糧食券福利受權代表，您和申領人都必須在本認證表第 16 頁末的簽名處簽署並注明簽字日期。

請您簽名，並注明申請日期。當同住夫妻**同時**認證臨時援助或醫療補助，**雙方都**必須在申請書上簽名。如果**僅**認證糧食券福利，則只需一方簽字。如果您是為他人填寫認證表，在此處簽上**您的名字**和以正楷注明簽名日期。

注意： 任何臨時援助、醫療補助、醫療照顧優惠計劃和糧食券福利的領取人，如果對認證的處理不滿，有權與行政聽證辦事處聯繫，要求召開公平聽證會：

書面要求： 紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室
New York State Office of Temporary & Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

電話： 1-(800) 342-3334

傳真 (518) 473-6735

互聯網址： www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

您在認證時所提供的資料，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。此系統用於改進臨時援助、糧食券福利、醫療補助、和醫療照顧優惠計劃管理和防範欺詐。

注意： 本認證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。