



糧食券福利申請／資格重新認證



僅用於申請糧食券

如果僅申請糧食券福利，您可以使用這份簡短申請表。如果您想要申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。本申請表只可用於申請糧食券福利。

當您申請糧食券福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如果具備資格，福利的發放將追溯至遞交申請的當日。
- 您可以在面談之前遞交申請。
- 如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有），並簽名，我們則必須接受您的申請。這些資訊將確立申請遞交日。但包括面談在內的整個申請程序必須要完成，因此，只有與您面談後，我們才能裁定您是否具備資格。
- 即使您本人或您家其他某些成員因移民身份而不具備福利資格，您可以為具備資格的家庭成員申請糧食券。例如，父母為不具備福利資格的外籍人士，但仍可為具備資格的子女申請並領取糧食券福利。
- 即使已經超過了臨時援助的領取時限，您仍可以申請並有資格領取糧食券福利。

您是否急需糧食券福利？您也許有資格得到糧食券福利的申請受理加快服務。

如果您的家庭只有極少或沒有收入或流動資產，**或者**，您租用住房而公共事業開銷超過了您的收入和流動資產，**或者**，當您申請時，您是流動或季節性農工，且只有極少或沒有收入或流動資產，您可能在申請福利之日的 **5** 天之內獲得糧食券福利。您的個案負責人將隨時審核您的情況，以確定您是否有資格獲得糧食券申請的加快處理。現行處理程序會向所有具備糧食券資格且符合加快服務標準的家庭發放福利。

何處申請糧食券福利

如果您住在**紐約市外**，您可以致電或造訪您所在郡縣的社會服務部門來獲取申請文件。您可以撥打免費電話 **1-800-342-3009** 來獲取其地址和電話號碼。

如果您住在**紐約市內**，也同時申請臨時援助，您可以致電或造訪任一個糧食券福利辦公室來獲取申請檔。您可以撥打電話 **1-877-472-8411** 或免費電話 **1-800-342-3009** 來獲取其地址和電話號碼。

您是否無法前來本處進行糧食券福利申請面談？

如果有困難，無法前來進行糧食券申請面談（如上班、健康或托兒問題），您可以請其他人為您申請。也可以將申請表郵寄或交送給我們，在某些情況下，我們可以通過電話與您訪談。

如果有問題、想瞭解您是否符合電話訪談資格、**或需要重新預約面談**，請與當地郡縣社會服務部門聯繫。

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室
糧食券福利申請／資格重新認證表

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

姓名：_____ 電話號碼：_____ 能用於找到您的其他電話號碼：_____

住址：_____ 房間號 _____ 市鎮 _____, NY 郵遞區號 _____

郵寄地址（如與住址不同）_____ 房間號 _____ 市鎮 _____, NY 郵遞區號 _____

其他姓名：_____ 您是： 申請 **還是** 重新認證資格 您希望收到何種語言的通知： 西班牙文 及 英文， **或** 僅有 英文

如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有）及在此簽字，我們則必須收下您的申請。 申請人／代表簽字 _____ 簽字日期 _____

列出所有與您同住的人，無論其是否同時申請。先列出您本人。

	名	中間名縮寫	姓	申請人的社會安全號碼 (SSN) 如沒有，寫明“無”	出生日期	性別 男 或 女	此人是否申請		與您的關係	是否與您一同購物及/或開夥？		是否西班牙裔或拉美裔？		在每個族裔下面填寫 Y (是) 或 N (否) *						
							是	否		是	否	是	否	I	A	B	P	W		
1							✓		本人	✓										
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*種族/族裔代碼：I – 美洲原住民或阿拉斯加原住民，A – 亞裔，B – 黑人或非裔美國人，P – 夏威夷原住民或太平洋島民，W – 白人，U – 未知（僅適用於醫療補助）

您和所有同住人是否都是美國公民？ 是 否 如果回答「否」，注明此人是誰 _____

法院是否因您或任何與您同住的人在逃，以躲避對嚴重罪行、或未遂重罪的起訴、拘留或監禁而簽發逮捕令？ 是 否

您或任何與您同住的人是否違反法院的緩刑或假釋令的規定？ 是 否

您或任何與您同住的人是否曾因欺詐或故意違反計畫而被取消領用糧食券的資格？ 是 否

您或任何與您同住的人是否正在別處申請或領用臨時援助？ 是 否

您或任何與您同住的人是否已失明、傷殘或懷孕？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____

您或任何與您同住的人是否退伍軍人？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____

您或任何家人是否有住在戒毒或戒酒治療中心、經州級認證的群體居住設施或經州級認證的監察／支持公寓？ 是 否

如果您申請糧食券資格重審，請在第六頁上列出自您上次申請或資格重審以來發生的變化（例如搬家，增添新生兒，有人搬進或搬出）。

如需更多填寫空白處或有您認為我們應該瞭解的其他資訊，可使用本表第 6 頁。

請看第 2 頁

收入

列出您及任何與您同住人的**所有**收入，包括，但不限於：工資，自雇收入（例如看護兒童、清潔服務、供宿或供膳的收入），兒童撫養費，退休金，退伍軍人福利，傷殘福利，社會安全福利或社會安全補助收入，用於房租或食物的助學金或獎學金，公共援助，以及來自朋友或親戚的收入

收入人姓名	收入來源	每月工小時數	多長時間領取一次收入？ (例如每週，每隔一周，每月)	扣除前總收入

您或任何與您同住的人是否因就業或培訓需支付託兒費／其他家屬看護費？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

支付金額 \$ _____。支付頻率（如每周，每月） _____。

您或任何與您同住的人是否曾於最近 30 天內更換工作，或離職，或減少收入 — 包括減少工作時間或收入？ 是 否

您或任何與您同住的人是否有可能但尚未領到的收入？ 是 否 如果回答「是」，請在第六頁上說明。

您或任何與您同住的人是否正在領用個人需求補助 (PNA) 或膳食補助？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

您或任何家人是否根據經社會安全局批准的「PASS：實現自立的計畫」存儲了任何收入？ 是 否

如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

資產

資產不會影響大多數申請領取食品券福利家庭的資格。但是一些關於資產的資訊會用於確定您是否有資格獲得申請加快處理。

每個申請人擁有的現金額？（例如，隨身攜帶，置於家中，支票及儲蓄帳戶中，或其他，包括共有帳戶）

\$ _____ 屬何人所有 _____。

是否有其他金融資產？（例如股票，債券，退休帳戶，儲蓄債券，共同基金，個人退休帳戶，信託基金，貨幣市場證券） 是 否

如果回答「是」，金額為 \$ _____ 類別 _____ 擁有人 _____。

您或任何與您同住的人有多少輛轎車、卡車或其他車輛？

____ #1 年份 _____ 廠牌 _____ 車型 _____ 車主 _____

____ #2 年份 _____ 廠牌 _____ 車型 _____ 車主 _____

您或任何申請人是否擁有任何房產，包括您自己的住所？ 是 否 列出房產， _____ 房主 _____。

申請人中是否有人於最近三個月內為了獲得糧食券資格而出售、贈送或轉讓現金或財產？ 是 否

生活安排與開銷

勾選所有適用於您家庭的陳述：

已擁有房屋或正在支付房款 租房 流動／季節性農工 無永久住所 與親戚或朋友同住

列出開銷：

每月房租或房屋貸款償還金額 \$ _____ 每年房屋稅 \$ _____ 每年房屋保險 \$ _____。

是否另付暖氣費用？ 是 否 如果回答「是」，請注明使用何種暖氣： 瓦斯 電 油 木柴 燃煤 丙烷 其他（請說明） _____。

暖氣公司帳號 _____

如需更多填寫空白處或有您認為我們應該瞭解的其他資訊，可使用此表第 6 頁。

請看第 3 頁

生活安排與開銷 (續)

是否另外支付冷氣費用，包括在電費中還是另付？ 是 否

是否另外支付水電瓦斯費用（暖氣／冷氣除外）？ 是 否（例如電燈、廚用瓦斯、洗衣機／烘乾機費用、垃圾／廢品、水、水電瓦斯設施初次安裝）
 是否有其他人為您支付這些費用（包括 Section 8 補貼住房或其他補貼計畫）？

是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

您或任何與您同住的人是否正在支付法庭命令的兒童撫養費？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

被撫養兒童姓名 _____。

撫養費金額 \$ _____ 付款頻率（例如每周，每隔一周，每月） _____。

您或任何與您同住的人是否已失明／傷殘或年滿 60 歲以上？如果回答「是」，此人是否需支付醫療帳單？ 是 否 如果回答「是」，請在第 6 頁列出付款內容、金額及何人負責付款。

您或任何與您同住的人是否有自付醫療照顧？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____，金額 \$ _____。

您或任何與您同住的人(16 歲以上)是否註冊在校或正參加培訓？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____，在何處就讀 _____。

如需更多填寫空白處或有您認為我們應該瞭解的其他資訊，可使用此表第 6 頁。

請閱讀以下重要內容

糧食券福利(FS)處罰警告 — 您申請糧食券時提供的所有資訊均將經過聯邦、州及地方官員核實。如有任何不實之處，您的糧食券申請可能被拒絕。如您故意提供不實資訊，您可能受到刑事起訴。

在下列情況下，您將**永遠**失去領取糧食券（FS）資格：如果您第二次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質（非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品）；或被裁定以糧食券買、賣武器、軍火或炸藥；或非法交易價值\$500 以上的糧食券。非法交易包括非法使用、轉移、獲取、篡改或佔有糧食券、授權卡或領用工具；或被裁定第三次犯有故意違反計畫之行爲 (IPV)。

如果您第一次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質（非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品），您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

如果您：■ 第一次犯有故意違反計畫(IPV)，您將於一年內沒有資格領用糧食券。■ 第二次犯有故意違反計畫 (IPV)，您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

法庭也可能命令另行取消您 18 個月的糧食券資格。如果您對自己的身份或住址作虛假聲明以重複領取糧食券，您將於十年內（或者，如果這是第三次犯有故意違反計畫(IPV)，則**永遠**）失去領取糧食券資格。如果您作虛假、誤導性聲明，或歪曲、隱瞞或不透露事實；或為使用、出示、轉移、獲取、領用、佔有或非法交易糧食券、授權卡或電子福利轉帳 (EBT) 系統中的可再用文件而違犯聯邦或本州法律，您可能會被裁定故意違反計畫。

您還可能被處以高達\$250,000 的罰款，或高達 20 年的監禁，或兩項並罰。

任何在逃以躲避執法機關對其嚴重罪行的控訴、拘留或監禁的人，或是違反法院的緩刑或假釋令的人都沒有資格領取糧食券福利。

如果您獲取的糧食券福利金額超過了您應得的（逾額付款），您必須退還多領的款項。如果您的個案為有效個案，我們會從您今後領取得的糧食券福利中扣除超領的款項。如果您的個案已關閉，您可以使用帳戶中未用完的糧食券福利餘額來償還超領款項，您也可以現金償還。

請閱讀以下重要內容 (續)

如果尚未償還超領款項，我們會採取幾種方式來進行收款，包括聯邦政府政府自動追討。您有資格獲得的聯邦福利金（如社會安全金）和退稅金可能會被用來償付超領款項。該債務還會徵收處理費。

取消的糧食券福利將會被計入超領款中。如果您再次申請糧食券福利，而您尚未還清所欠金額，在領用應當領取的糧食券福利金額時，應償還的款項會從中扣除。您會在那時收到通知書，告知您扣減後的福利金額為多少。

同意 — 我理解，簽署此申請表即表明我同意紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室社或地方社會服務部門為核查或證實我所提供之資訊而進行任何有關我的糧食券福利申請的調查或其他調查。如果需要其他資訊，我將予以提供。我還將在糧食券品質控制審查中與本州及聯邦工作人員合作。

同意公開有關失業保險的保密資訊 — 我授權紐約州勞工廳(DOL)向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室(OTDA)公開由勞工廳管理的所有失業保險保密資訊。該資訊包括失業保險福利索賠和工資記錄，我理解，紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室，和州以及在當地社會服務部門的工作人員會使用失業保險資訊來確定或證實本申請書中申請的臨時援助、醫療補助、或糧食券福利的資格和數額，以及調查我是否取得了不應得的福利。

標準公共事業費補助 (SUA) 資訊 — 我理解，糧食券領用人的收入標準具備家庭能源補助計畫 (HEAP) 資格。如果我未被包括在為某些糧食券領用人設立的 HEAP 年度自動付款程序中，我的家人希望在今後 12 個月內申請 HEAP 福利。如果我在今後 12 個月內決定不申請 HEAP，我將告知工作人員。

電話費補貼資訊 — 我理解，糧食券福利領用人如果支付住宅電話、移動電話、電話、電話卡或投幣付費電話的費用，即具備電話費補貼資格。如果我沒有電話開銷，我將告知個案負責人。

變更 — 我同意，我會遵照報告規定，根據我所瞭解或相信之情況，將我的需要、收入、財產、生活安排、妊娠狀況或地址之任何變更及時通知此機構。

申報/證實家庭開銷的規定 — 我理解，我的家庭必須申報托兒及公共事業開銷，方可在申請糧食券 (FS) 時，獲得這些開銷的減免。我也理解，我的家庭必須申報並證實向非家庭成員支付的房租/房屋貸款、房產稅、保險、醫療開銷及兒童撫養費，方可在申請糧食券時，獲得這些開銷的減免。我理解，不申報/證實上述開銷，則會被認為我的家庭聲明我/我們無意為這些未申報/未證實之開銷獲得減免。這些開銷的減免可能會使我具備糧食券資格或者增加我的糧食券額度。我理解，我可在將來任何時候申報/證實這些開銷。屆時，未來各月糧食券福利的計算法將根據變動申報與處理程序的規定計入這些減免。

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼 (SSN) 的索取和使用 — 1977 年糧食券法案 (修正 7 US Code 2011-2036) 授權我們索取每位申請糧食券福利家庭成員的社會安全號碼。我們所收集的資訊將用於裁定您的家庭是否具備或繼續具備福利資格。我們將通過電腦核對程式證實這些資訊。這些資訊還將用於監督對計畫規定的遵守以及管理。這些資訊將用於查實身份、證實工作及非工作收入以及裁定申請人或領用人是否符合資格領用現金或其他補助。這些資訊可能會提供給給州及聯邦機構以便進行官方審查，也有可能提供給執法官員以緝捕逃避法律制裁者。

如果您或任何申請或資格重審人沒有獲得社會安全號碼，可向社會服務機構申請號碼。

請閱讀以下重要內容 (續)

公民／外籍人士身份 — 我謹依照偽證懲處條例宣誓並／或確證，我所提供有關我本人及所有與我同住者人的公民和移民身份的資訊均真實無誤。我理解，我所提供用於證實任何糧食券福利申請者移民身份的資訊可能會被呈交給美國公民與移民服務局 (United States Citizenship and Immigration Service) 以查驗其真實性。

對於糧食券福利計畫，謹在有疑問的情況下才必須提交公民身份的證明。

無歧視通知 — 根據聯邦法律及美國農業部 (USDA) 的政策，本機構不得對種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障狀況予以歧視。若需遞交歧視投訴，信函請寄至：USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410，或撥打電話 (202) 720-5964 (語音及殘障服務)。USDA 為平等機會提供者及雇主。

生命線：針對糧食券福利申請人/領用人：臨時救濟和殘障補助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance) 有可能向電話服務公司披露您的姓名和地址。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畫服務，向您提供優惠折扣電話費率。

如您不願披露以上資訊，請勾選方格

您也可與電話服務公司直接聯繫以加入優惠折扣生命線電話服務。

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，方可加入優惠電話服務。

授權代表 — 您可以授權瞭解您家庭情況的人士為您申請糧食券福利。您也可以授權非家庭成員為您領取糧食券並用來為您購買食物。如果希望授權某人，您必須通過書面方式。

請在下面用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。當授權代表為糧食券領受家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，那麼授權代表和糧食券福利領受戶主或其他承擔責任的成年家庭成員均必須于本頁末簽名處簽署並注明日期。

如果您願意授權某人，請在正下方用正楷書寫該人士的姓名、地址及電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

證明：我謹依照偽證懲處條例宣誓並／或確證，我已經或將向本地社會服務區提供的資訊均為屬實。

申請人簽字 X	簽字日期 10
授權代表簽字 X	簽字日期

如果您是作為授權代表為他人申請/重審資格，請在此用正楷填寫您的姓名和地址。您也可自願填寫您的電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

此欄用於填寫其他資訊：

何人：_____ 說明：

何人：_____ 說明：

何人：_____ 說明：

11

我同意撤銷我的申請/認證。我理解，我可以在任何時候重新申請。

簽名 (SIGNATURE)

12

日期 (DATE)

僅供工作人員填寫

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments: