請勿填寫本申請表的虛影部分

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	FS SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					X _____	_____

本人同意撤銷申請。本人明白隨時可以重新申請。

簽名 X_____ 日期 _____

DATE RECEIVED BY AGENCY

EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT

PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

紐約州

此表用于申請: 臨時援助(TA) - 醫療補助(MA) - 糧食券福利(FS)–各類服務(S),包括寄養(FC) - 托兒費補助(CC)

我們精通業務，并以禮貌尊重的方式，致力協助與支持您達成自力更生的目標。同時也要求您盡力實現這一目標。因此您必須參與包括就業等活動，以達到自食其力的目標。申請書中凡出現 "臨時援助" 或 "TA"，即表示 "家庭援助" 與 "安全網援助"。我們把這兩項公共援助計畫統稱爲 "臨時援助"。這些臨時援助計畫旨在爲您提供幫助，直到您有能力完全自立與供養家庭。

填寫本申請書時，請參見 "如何填寫" (How to Complete) 說明書 (Pub--1301--Statewide--CH)

勾選所有您或家庭成員正在申請的計畫

☐ 臨時援助與醫療補助 ☐ 臨時援助 ☐ 醫療補助
☐ 聯邦醫療照顧省錢計劃 ☐ 糧食券福利 ☐ 服務，包括寄養 ☐ 托兒費補助

1 2

您希望收到哪一種語言的通告： ☐ 西班牙語和英語 ☐ 只要英語

您主要使用哪種語言？ ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 其他語種（請說明）_____

申請人資料 — 請以正楷清楚填寫

名字	中間名縮寫	姓氏	婚姻狀況	電話號碼 ( ) 區域號碼

3

門牌號碼	街道地址	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

代收人姓名(若經由他人代收郵件請填寫此欄)

郵寄地址(若不同與上述地址請填寫此欄)	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

協助申請人之機構／聯絡人姓名／電話號碼（含區域號碼）：

您在目前的地址住了多久？	年數	月數	這是避難所嗎？ ☐ 是 ☐ 否	其他能聯絡到您的電話	姓名	電話號碼 ( ) 區域號碼

如何到達您的住所

以前住址	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

4

如果您正在申請糧食券福利 (FS)，您可以在收到本申請書當日遞交(提出)申請。當您交繳申請書時，必須至少填寫您的"姓名","地址"(如果有的話)，並於下方簽名。如果您合格。您的糧食券福利將從提交申請之日起補發。如果您的收入或流動資產極少或完全沒有，或您的房租及水、電、瓦斯費超過您的收入和流動資產，您也許可以較快得到糧食券福利。如果您對此有疑問，請與您的個案負責人員聯絡。

糧食券福利申請人／代表人簽名	簽名日期
X	

您是否符合以下任何一項？

☐ 懷孕 1
☐ 家庭暴力受害人 2
☐ 需要確立親子關係 3
☐ 需要子女撫養費 4
☐ 有吸毒／酗酒問題 5
☐ 燃料或水電瓦斯切斷 6
☐ 無住處／無家可歸 7
☐ 個人或家庭緊急情況 8
☐ 火災或其他災難 9
☐ 沒有工作 10
☐ 嚴重健康問題 11
☐ 最近失去收入 12
☐ 將被逐出住所 13
☐ 沒有食物 14
☐ 需要寄養服務 15
☐ 需要托兒費補助 16
☐ 其他 _____ 17

5

列出所有與您同住的人，即使他們不與您一起申請。您自己的名字應寫在第一行。*請用正楷填寫。*

RI	LN	名字	（中間名縮寫）中間名縮寫	姓氏	此人目前申請：臨時援助	糧食券	醫療補助	聯邦醫療照顧優惠計畫	托兒費補助	寄養	服務	出生日期 月	日	年	性別 男(M) 或 女(F)	與您的關係	申請人的社會安全號 *（請參閱 "如何填寫" (How to Complete) 說明書 Pub-1301 Statewide -CH 或與您的個案負責人洽談）*	此人(包括未成年子女)是否與您一同購買食物或開夥？ 是	否	所完成的最高學歷(年級)
	01															本人				
	02																			
	03																			
	04																			
	05																			
	06																			
	07																			
	08																			

列出您婚前姓名，或您和其他家庭成員曾用名

Line No.	ONC	名字	中間名縮寫	姓氏

IS ANYONE SANCTIONED? ☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

請勿填寫虛影部分

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE YES	NO	FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF FS HOUSEHOLD

ALIEN INFORMATION

LN	ALIEN STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

LN	種族/族裔屬碼						CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES								
	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 填入 Y(是) 或 N(否) 表示是否爲西班牙裔或拉丁裔 在每一項族裔代碼中填入 Y (是) 或 N (否)							REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	H	I	A	B	P	W										
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE				
SFUI	CODE	SFUI / CODE		
SFUI	CODE	SFUI / CODE		

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ FS Household Composition
- ✓ FS Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID/AFIS
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance
- ✓ SS-5/LDSS-4000

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Photo I.D.	
	Birth Verification	
	Marriage License	
	Social Security Card	
	Code 9 Resolution	
	Alien Status	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	

公民身份／外籍人士身分

填寫前請詳閱本頁全部說明。若有任何疑問，請參閱 "如何填寫" (How to Complete) 說明書或與您的個案負責人員洽談

第 8 部分

請列出每一個正在申請或必須申請人的姓名。
若有任何疑問,請參閱 "如何填寫" (How to Complete)說明 Pub-1301 Statewide -CH 或與您的個案負責人員洽談。

如果您只申請醫療補助，同時符合下列情況。則不須填寫第 8 部分或第 9 部分：

- 您已懷孕，或
- 您只申請緊急醫療費用的福利。

您必須填寫第 8 部分與第 9 部分，如果您：

- 只申請醫療補助。但您不必列入不申請醫療補助的人。
- 只申請托兒費補助。您只須填寫需獲托兒費補助的兒童的情況。
- 只申請寄養補助。您只須填寫需要寄養服務的兒童的情況。
- 申請特定情況下的其他服務。

第 9 部分 – 認證

有些社會服務計畫要求您必須證明自己具有美國公民或國民身分，或是具有合法身分的外籍人士。有些計畫則無此要求。如果您是外籍人士，但不能確定自己是否具有合法身分，請參閱 "如何填寫"(How to Complete) 說明書或與您的個案負責人員洽談。

如您是美國公民或國民，或是具有合法身分的外籍人士，並正在申請下列項目，您必須在下方的認證中簽名。

- 臨時補助 (您的家庭成員中有兒童或有孕婦)，或
- 糧食券福利，或
- 醫療補助 (申請人懷孕除外)，或
- 聯邦醫療照顧優惠計畫，或
- 托兒費補助 (只需要爲此兒童資格認證)，或
- 寄養 (只需要爲此兒童資格認證)，或
- 特定情況下的其他服務。

家中的成人或被授權代表可以爲所有家人簽名。例如: 不具備合法身分的父（母）可以代表具備合法身分的孩子簽名。

糧食券福利申請中必須列出所有同住家庭成員。臨時援助申請中必須列出所有需申請的兒童、他們的兄弟姐妹、以及與這些兒童同住的所有父母。如果您未說明下列人員是否爲美國公民或國民或外籍人士，或未提供外籍人士的移民證件號，此人則不能獲得福利補助，其他家庭成員的福利也會因而減少。

在下方爲每位申請人簽名＊並註明日期.

若申請人爲外籍人士，爲每位具有合法身分的申請人勾選(✓)所申請的計畫。（請參閱"如何填寫"(How to Complete) 說明書 Pub-1301 Statewide -CH）.

LN	名字	中間名縮寫	姓氏	請爲每位人員勾選 "公民/國民" 或 "外籍人士"		移民證件號 *（若適用）*										認證	日期	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S
01				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
02				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
03			8	☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X	9							
04				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
05				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
06				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
07				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								
08				☐ 公民/國民	☐ 外籍人士	A										簽名 X								

本人勾選以上部分並在第 9 部分認證欄簽名，以證明本人與／或本人代爲簽名者是美國公民或國民，或是具有合法身分的外籍人士，以上證明若有不實願受處罰。

本人理解在本認證欄簽名後，在適用情況下，與本人家庭申請成員的有關資料可能會呈報移民局 (INS)以確認其移民身分。
上述資料之使用或公開僅限於有關人員或機構，他們的工作職責是確認移民身分、管理或執行臨時援助 (TA)，糧食券福利 (FS)，醫療補助 (MA)， 聯邦醫療照顧優惠計畫 (MSP)，托兒費補助 (CC)，寄養 (FC) 與其他服務 (S) 計畫。

＊有意在認證欄簽名但無法書寫者，可在見證人面前畫 "X" 以代替簽名。見證人須在下方簽名。

本人目睹申請人在此畫標記：_____,_____,_____,_____,_____,_____ 見證人簽名：_____ 簽名日期：_____

非監護父母／子女撫養費／醫療費

請勿填寫虛影部分

如果您申請臨時援助，您必須協助我們爲您與您的孩子獲取子女撫養費／有關醫療費。如果您只申請醫療補助，您可能必須協助我們爲您與您爲之申請的孩子獲得有關醫療費。如果您正在申請托兒費補助與／或寄養服務，您可能必須協助我們爲所申請的孩子獲得子女撫養費。若有任何疑問，請參閱 "如何完整填寫" (How to Complete) 說明書 Pub-1301 Statewide -CH。請列出家裏所有不與父母同住的未滿 21 歲的成員，並填寫您所知道的有關此成員的無監護權父母的任何資料。如果您未滿 21 歲，填寫與您不住在一起的無監護權父母的資料。

未滿 21 歲者的姓名	無監護權父母的姓名與地址	無監護權父母的生日 月	日	年	SOCIAL SECURITY NUMBER
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

10

您自己或任何與您同住的人是否領取子女撫養費款項？ ☐ 是 ☐ 否

若回答是，請在下方說明：

收款人姓名	收款金額	多久領一次	付款人
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐ Yes ☐ No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐ agreement of the parties

非同住／去世配偶 — 如果任何申請人的丈夫或妻子住在別處或已過世，請在下方說明。

名字	中間名縮寫	姓氏	出生日期	死亡日期	社會安全號碼

地址	城市	郡	州	郵遞區號

11

非同住子女 — 如果任何申請人有居住他處的未滿 18 歲的子女，請在下方說明：

申請人姓名	非同住子女姓名	出生日期	地址 *（街道、城市、郡、州與郵遞區號）*	親子關係確立已否？ 是	否	您是否支付子女撫養費用？ 是	否

12

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Paternity Acknowledgement	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	LRR Letter/Questionnaire	
	Other Support	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	CSS Application (LDSS-2521)	
	IV-D (LDSS-2860)	
	Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

未成年父母

家中是否有未滿 18 歲的未成年父母？

☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

13

未成年父母的子女是否與其同住？

☐ 是 ☐ 否

未成年父母之子女姓名 _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma?

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

收入：

注明您或任何與您同住的人是否有下列收入：		是	否	姓名	金額／價值	姓名	金額／價值
工資、薪水 ，包括加班費、傭金、培訓費、小費	1						
自僱	2						
失業保險福利	3						
社會安全輔助收入(SSI) 福利	4						
社會安全傷殘福利	5						
社會安全家屬福利	6						
社會安全遺屬福利	7						
社會安全退休金福利	8						
鐵路局退休金福利	9						
退休金福利(養老金)	10						
從股票、債券 、儲蓄等所獲股息／利息	11						
工傷保險	12						
紐約州傷殘福利	13						
退伍軍人養老金／福利／補助與照護費	14						
公共援助金	15						
美國軍人家屬配額	16						
教育獎、助學金**或**貸款	17						
捐款/饋贈(已收到的)	18						
寄養收入(已收到的)	19						
子女撫養費(已收到的)	20						
贍養費/補助金(已收到的)	21						
私人傷殘保險－健康/意外傷害保險	22						
無過失保險	23						
工會福利(包括罷工福利)	24						
貸款(已收到的)	25						
信託收入(包括您目前或過去應得，但仍未收到的收入)	26						
培訓配額	27						
租金收入(已收到的)	28						
房屋出租／供膳收入(已收到的)	29						
其他收入 *(請說明)*							

14

請勿填寫虛影部分

CD	INCOME			
01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
02				
50				
31				
14				

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review

繼父母/外籍人士贊助人

回答下列所有問題

	是	否	姓名?
與您同住的任一兒童的繼父母是否有任何經濟來源或有任何收入?			
您家中是否有接受贊助而獲准進入美國的外籍人士?			

15

贊助人姓名: 電話號碼:

地址:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

就業

我目前 ☐受雇 ☐自雇 ☐無業

總收入 $_____ 每月工作小時數_____

領薪週期: ☐每週 ☐每隔一週 ☐每月 星期幾領薪 _____

雇主名稱與地址: 1

_____ 電話號碼 _____

_____

目前與您同住的人: ☐受雇 ☐自雇

姓名 _____

總收入 $_____ 每月工作小時數 _____

領薪週期: ☐每週 ☐每隔一週 ☐每月 星期幾領薪 _____ 2

雇主名稱與地址:

16

_____ 電話號碼 _____

_____

是否有人獲得雇主提供的健康保險? ☐是 ☐否

姓名: _____ 3

保險公司名稱: _____

是否有人因爲**上班**而需**支付**托兒費或家人照顧費? ☐是 ☐否

姓名: _____ 4

是否有人有與工作相關的其他支出? ☐是 ☐否

姓名: _____ 5

如果您或任何與您同住的人未受雇,則前一次工作是什麼時候?

姓名: _____ 何時: _____

何處: _____ 6

您(或他們)停止工作的理由? _____

_____

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工? ☐是 ☐否 7

姓名: _____ 何時： _____

您或任何與您同住的人是否爲流動或季節農工? ☐是 ☐否

姓名: _____ 8

您想做何種工作? (請說明)_____

_____ 9

_____

您能否今天開始工作? ☐是 ☐否 10

如果不能，原因? _____

請勿填寫虛影部分

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	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

CONSIDER
✓ Earned Income Tax Credit (Flyer)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

教育/培訓

說明您或任何同住補助申請或領取人是否:

高中畢業或具同等學曆 (G.E.D.)? ☐是 ☐否

姓名_____ 1

參加日期 _____

完成日期 _____

目前或曾參加培訓計畫? ☐是 ☐否

姓名 _____

培訓地點 _____ 2

何種培訓 _____

參加日期 _____

完成日期 _____

已滿 16 歲且並在高中或大學就讀? ☐是 ☐否

姓名 _____ 3

就讀學校 _____

如果您有 16 歲以下的孩子,請列出他們的姓名和就讀學校:

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____ 4

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

請勿填寫虛影部分

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS- 3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

FS STUDENT ELIGIBILITY CRITERIA	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
Is there a 16-19 year old parent who does not have a high school diploma or G.E.D., and who is not attending school?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

其他資產

請說明您或任何同住申請人是否:		是	否	姓名	如果回答是，請說明金額/價值	姓名	如果回答是，請說明金額/價值
持有現金	1				$		$
擁有支票帳戶	2						
擁有儲蓄帳戶或定存	3						
擁有信用合作社帳戶	4						
擁有人壽保險	5						
擁有或名下登記有汽車或其他機動車輛 (請說明) 年份 _____ 廠牌/車型 _____ 年份 _____ 廠牌/車型_____	6						
擁有股票、債券 、投資證券或共同基金	7						
擁有儲蓄債券	8						
擁有個人退休帳戶(IRA、Keogh 、401- k)或延稅退休帳戶	9						
擁有不可取消的喪葬信託金	10						
擁有喪葬金	11						
擁有墓地	12						
擁有住宅	13						
擁有房地產，包括贏利與非贏利地產	14						
有資格獲得所得稅退稅	15						
擁有年金	16						
被指定爲信託帳戶受益人	17						
將獲得信託金、訴訟賠償金、遺產繼承或任何其他來源的預期收入	18						
擁有 “受託” 帳戶	19						
租有銀行保險箱	20						
擁有上述以外的其他資產	21						
過去 36 個月中，是否有任何人 (包括您的非申請或非同住配偶) 贈送現金，或出售／轉讓任何房地產、收入或個人財產？	22						
過去 60 個月中，是否有任何人 (包括您的非申請或非同住配偶) 設立信託帳戶，或把任何資產轉移至信託帳戶？ 如果有，是什麼時候？_____	23						

18

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

請勿填寫虛影部分

NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	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	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

- ✓ "In Trust" Accounts
- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Income Tax Refund
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles

醫療

請說明**您或任何同住**申請人是否:	是	否	如果回答是，請注明姓名。
有任何醫療帳單或與醫療相關的支出 1			
有醫療或住院／意外保險(包括雇主提供的保險) 2			
擁有聯邦醫療照顧 (紅白藍卡) 3			
有保健護理人員 4			
是盲人、患病或殘障人士 5			
是殘障兒童 6			
在醫院、護理院或其他醫療院所接受治療 7			
在提出本申請前 3 個月內，有已支付或未支付的醫療帳單 8			
有或曾經有毒癮或酗酒問題 9			
需要家庭看護 10			
目前懷孕 11			

如果懷孕,請注明預產期： _____ 12

說明**您或任何同住**申請人是否：	是	否	如果回答是，請注明姓名。
參加戒毒或戒酒治療計畫 13			
由於殘障或疾病，至少已有 12 個月無法工作 14			
由於已持續或預期將至少持續 12 個月的殘障或疾病，日常活動受到限制 15			
過去兩年中發生過交通或工傷事故 16			
除了醫療補助或聯邦醫療照顧外，還有任何其他政府機構 (公共計畫) 替您支付醫療帳單？ 17			

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO **TPHI:** ☐ YES ☐ NO

請勿填寫虛影部分

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

19

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

住房

您房東的名字?

_____

您房東的地址?

_____

_____

_____

您房東的電話號碼?

( )_____

	是	否	如果回答是，請注明金額。
您 (或任何與您同住的人) 是否有租房，購房貸款或其他住房支出?			$
您 (或任何與您同住的人) 是否有不包括在在房租或其他住房支出內的暖氣帳單?			
您 (或任何與您同住的人) 是否有下列不包括在房租或住房支出內的開支?	是	否	如果回答是，請注明金額。
• 電費 1			$
• 瓦斯費 2			
• 其他公共事業費(水費等) 3			
• 電話費 4			
• 空調費 5			
• 水、電 、瓦斯/電話安裝費 6			
是否有任何非同住的個人、團體或組織支付任何家庭支出？ 7			
您是否居住在公共房屋中？ 8			
您是否居住在屬第 8 項 (Section 8) 或其他有補貼的房屋中？ 9			
您是否居住在戒毒／戒酒中心？ 10			
您是否居住在家庭暴力避難中心？ 11			

20

請勿填寫虛影部分

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 on Structure (Incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
D. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
E. Utility/Phone Installation Fees	
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

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care Related Additional Allowances
- ✓ FS Household Comp. Rules
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ Life Line
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Fuel for Heat(ing) *				
B. Electricity				
C. Gas				
D. Liquid Propane Gas				
E. Other Utilities* (Water, etc.)				
F. Telephone*				
G. Air Conditioning				
H. Utility/Telephone Installation Fees				
I. Sewer				
J. Garbage				
K. Trash				
L. Other Expenses				
TOTAL				

*CONSIDER CUSTOMER OF RECORD FOR SUA

補充資料

其他支出

說明**您或任何同住**申請人是否：	是	否	若回答是，請注明金額。
支付子女撫養費 1			$
支付前配偶生活費 2			$
支付託兒費 3			$
支付被撫養人費用 4			$
支付學、雜費 5			$
有其他支出 請說明 _____ 6			$

您或任何同住申請人，是否拖欠至少四個月的經法院判決對 18 歲以下子女的撫養費？ 7	☐是	☐否

其他資料

您是否購買或準備購買送餐到府或集團伙食服務？ 8	☐是	☐否
您是否可以在家作飯？ 9	☐是	☐否
您或任何同住家人是否曾在美軍服役？ 服役人姓名? _____ 10	☐是	☐否
您的配偶是否曾在美軍服役？ 11	☐是	☐否
您家中是否有人被正在或曾在美軍服役人士供養？ 受供養人姓名？ _____ 12	☐是	☐否

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

您或任何同住人**目前**是否領取補助或服務？ ☐是 ☐否

如果回答是，請注明姓名 13	補助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

您或任何同住人**過去**是否曾領取過補助或服務？ ☐是 ☐否

如果回答是，請注明姓名 14	補助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	State Charge		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)
	UIB		

請勿填寫虛影

部分

其他資料(續前)	是	否	如果回答是，請提供姓名
您或任何同住申請人在過去兩個月內，是否曾從**紐約州**的其他縣遷至**本**縣？			
您或任何同住家人是否曾被判定欺詐或故意違反計劃規定，或因此被取消補助和/或糧食券福利資格？			
您或任何同住家人是否曾領用了沒有資格領取的福利，而這些福利尚未全額退還給本機構或其他機構？			
您或任何同住家人是否曾因偽造資料或呈報虛假住址以在兩個或更多的州同時領取 臨時援助而被定罪？			
您或任何同住家人是否在逃以躲避對其罪行的起訴、限制行動或定罪？			
您或任何同住家人是否正在違反緩刑或假釋規定？			

財產轉移狀況

我曾經 ☐ **我未曾** ☐ 出售、轉移或贈送任何財產給任何他人以領取臨時援助或糧食券福利。

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING TA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses	$
- Actual Income	$
= Difference	$

	YES	NO
Does Client Receive Contribution Towards Difference	☐	☐

If Yes, From Whom?

_____

CONSIDER

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

NOTES/COMMENTS

請詳閱以下重要資訊。

通知

隱私權法案聲明 -- 社會安全號碼（SSNs）的索取與使用 - 依據 1977 年糧食券法案（Food Stamp Act，修正 7 US Code 2011-2036)，我們有權索取申請糧食券福利的每一個家庭成員的社會安全號碼。

至於本申請表中要求必需提供社會安全號碼的所有其他計畫，社會安全號碼的索取也爲法律所規定，其授權係依據下列各項或多項法律條款：社會安全法 (Social Security Act) 第 205(c)條 (42 US Code 405)。社會安全法(Social Security Act) 第 1137 條 (42 U.S. Code 1320b-7) 和 1974 年的隱私權法案 (Privacy Act) 第 7 (a)(2) 條。請參閱“如何填寫” (How To Complete) 說明書第 6 項與第 23 項或與您的個案負責人員洽談。

我們所收集的資訊係用來決定您的家庭是否有資格或繼續有資格領取補助或福利。我們通過電腦核對程式查證這些資訊。這些資訊也用來監控對計畫規章的遵守和作爲計畫管理之用。
這些資訊有可能會提供給州或聯邦政府其他機構，作爲官方檢查之用，也有可能提供給執法官員，以緝捕逃避法律制裁者。
這些資訊將用來查證身分，核實工作及非工作收入，決定非同住父(母)是否能爲補助申請人或領取人獲得健康保險，決定補助申請人或領取人是否能獲得子女撫養費或配偶贍養費，並決定補助申請人或領取人是否能領取現金或其他援助。
所收集的有關家庭補助與安全網援助申請人或領取人的資訊，包括社會安全號碼在內，均可能用作協助陪審團候選名單的組成。
若需對您的家庭追回糧食券福利 (FS)，本申請書中的資訊，包括社會安全號碼在內，則可能被提供給聯邦及州政府部門，或私立索討機構，以實施追討。對糧食券福利申請者來說，是否提供包括每位家庭成員的社會安全號碼在內的所需資訊，是自願行爲。然而，若不提供社會安全號碼，所有糧食券福利的申請均會被拒。經審查不符合資格的申請人的社會安全號碼也會以上述方式被使用，及被提供給有關機構。

醫療費用的補償 - 基於您的醫療補助申請，您有權立即或稍後要求補償您在申請之日起的前三個月中，爲醫療、醫療服務與醫療用品所支付的款項。在申請日之後，只有加入醫療補助的醫務人員提供的醫療、醫療服務與醫療用品才可得到費用的補償。

撫養費 - 申請或領取家庭援助 (FA)、安全網援助 (SNA) 或寄養服務即等於：申請人或領取人將其從他人領取撫養費的權利，或如爲任何其他家庭成員申請或領取補助，則代表此家庭成員將其從他人領取撫養費的權力轉讓給州政府與當地社會服務部門 (社會服務法規［Social Services Law］ 第 158 條與第 348 條)。本申請書的其他部分另含其他授權轉讓聲明。

無歧視通告---依據聯邦法與美國農業部(USDA)及美國健康與衛生服務部(HHS)的政策規定，本機構禁止以族裔、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障爲理由加以歧視。糧食券法案(Food Stamp Act)與美國農業部政策規定，禁止在宗教或政治信仰上的任何歧視。

如需對歧視提請投訴，請與美國農業部(USDA)或健康與衛生服務部(HHS)聯絡。來函請寄至美國農業部人權辦公室主任 (Director, Office of Civil Rights) ，地址 Room326-W，Whitten Building，1400 Independence Avenue， S.W. Washington， D.C. 20250-9410，或致電 (202) 720-5964 (語音或 TDD)。來函亦可寄至健康和衛生服務部人權辦公室主任(Director, Office of Civil Rights)，地址 Room 506-F，200 Independence Avenue， S.W. Washington, D.C. 20201,或來電 (202) 619-0403 (語音) 或 (202) 619-3257(TDD)。美國農業部與健康與衛生服務部皆爲公平機會之提供機構與雇主。

糧食券受權代表人---您可以授權瞭解您家庭狀況的人替您**申請**糧食券福利。如果您這樣做，被授權人需在第 16 頁末端的簽名欄中**簽名**。您也可以授權非家庭成員替您領取糧食券或用糧食券爲您購買食物。如果您這樣做，請直接在下方以正楷書寫這個人的姓名、地址和電話號碼。

受權代表人的姓名、地址與電話號碼 ***(請以正楷書寫)***

處罰---您的申請有受調查的可能。您在本表協議部分的簽名表示您同意在調查中予以合作。聯邦與州法律規定，您在申請臨時援助、醫療補助、糧食券福利、各類服務或托兒費補助 (補助、福利或服務)，或當您接受有關您的資格的提問時，如果您提供不實內容，或導致他人就您的申請或資格延續做出不實回答，您將被處以罰款、監禁或兩項並罰。如果您隱匿或不批露對您的補助、福利或服務的資格初審或資格延續復審相關的事實，或如果您隱匿或不批露某些會影響您爲之所申請的人獲得或繼續獲得補助、福利或服務的權利的事實，亦會遭到上述處罰， 並且，這些補助、福利或服務的使用人必須是他人，而並非您本人。聯邦與州法律規定，如果某人或其配偶，在此人接受護理設施服務並遞交了醫療補助申請的第一個月前的 36 個月內 (與信託相關的轉讓則爲 60 個月)，以低於市場公平價值進行資產移轉，此人則**可能**在一段期間內喪失獲得護理設施服務的資格，或不得接受基與家庭或社區的醫護服務。隱瞞事實或提供僞假資訊以獲得補助、福利或服務是違法行爲。

請詳閱以下重要資訊。

通知 (續前頁)

糧食券福利 (FS) 處罰警告
聯邦、州或地方官員將核查您申請糧食券時所提供的所有相關資訊。如果發現任何不實資料，您的糧食券申請可能被拒。若您故意提供不實資訊，可能會遭到刑事起訴。

您將**永遠**失去獲得糧食券福利的資格，如果您：

- 因用糧食券進行管制物品(非法毒品或某些處方藥品)交易被法院判定有罪；**或**
- 因用糧食券進行武器，軍火彈藥或爆炸物品交易被法院判定有罪；**或**
- 因非法交易價值 $500 以上的糧食券被法院判定有罪。非法交易包括非法使用、轉讓、獲取 、變造或持有糧食券、授權卡或取得糧食券福利之設備；**或**
- 第三次觸犯故意違反計畫 (IPV) 罪。

如果您：

- 第一次觸犯故意違反計畫罪，您在一年之內無資格領取糧食券。
- 第二次觸犯故意違反計畫罪，您在兩年之內無資格領取糧食券。

法院也可以另外剝奪您 18 個月的糧食券的領取資格。

如果您爲了領取多份糧食券福利而謊報您的身份或住址，您將在十年之內失去糧食券領取資格(如果這也是第三次故意違反計畫，則**永遠**失去糧食券領取資格)。

下列行爲被視爲觸犯故意違反計畫：

- 提供僞假或誤導聲明、或虛僞陳述、隱匿或保留事實；**或**
- 採取違反聯邦或州法律的行爲，以便使用、出示、轉讓、獲得、領取、持有或非法交易糧食券、授權卡或屬電子福利轉帳(EBT)系統一部分的可重覆使用文件。

您可被處以高達 $250,000 的罰款，或高達 20 年的監禁，或兩者並罰。

追討醫療補助款(MA) - 在某些情況下，如果您留住與醫療場所而不予出院，一旦您開始領取醫療補助，有關當局可能會對您的不動產申請扣押和債務抵償，並向對您負有法律供養責任的人索討您在獲得醫療服務時，爲您所支付的醫療補助款。

追討臨時援助款(TA) - 您本身及您對其負有法律供養責任的人所領取的臨時援助金均有可能從您持有或可能獲得的財產或金錢處進行索回。作爲領取臨時援助的條件，您可能必須按要求簽署轉讓您擁有的房地產契約或貸款，您的退稅款與樂透彩券的部分獲獎金額均可能被截取以歸還虧欠的臨時援助金。

申報／證明家庭支出之規定---您的家庭必須申報托兒費用與水、電 、瓦斯支出，以在申請糧食券福利時，由與這些支出獲得減免。您的家庭必須申報並證明支付給非家庭成員的租金／貸款、財產稅、保險 、醫療費與子女撫養費， 以在申請糧食券福利時，由與這些支出獲得減免。

不申報／證明以上支出將被認爲您的家庭聲明無意獲得這些未申報／未證明支出可讓您獲得的減免。這些支出的減免可能會使您具備糧食券福利的資格或增加您的糧食券福利數量。您可以在將來任何時候申報／證明這些支出。依據變更報告規則，在將來月份計算糧食券福利時。即可計入此等減免。

轉讓，授權與承諾

保險與其他福利的轉讓---爲了取得臨時援助與醫療補助，本人同意向所有本人有權獲得的健康或意外保險求償，爭取任何可獲得的人身傷害或其他來源的索賠，同時在此將所有此等保險來源轉讓給接收本申請的社會服務官員。此外，本人將予以合作，使接收本申請的社會服務官員能使用所有已轉讓的保險福利。

直接付款---本人授權，在本人或本人家庭成員有資格享用醫療補助期間，健康或意外保險公司應將醫療或其他健康服務之受保費用，直接繳至適當的社會服務官員。

聯邦醫療照顧---本人授權，在本人有資格享用醫療補助期間，今後如有任何醫療或其他健康服務的未付費用，“聯邦醫療照顧”(18 章 B 節，醫療保險補充計畫［Supplementary Medical Insurance Program］)，可將其應付款直接繳至醫生或醫療用品供應商。

公開教育檔錄之承諾---本人准許州及地方社會服務部門：

- 取得任何關於本人與/或列於本申請中未成年子女的教育記錄，包括因與健康相關的教育服務而向醫療補助求償所需的資料。
- 在僅供審查的前提下，讓適當的聯邦政府機構取得這些資料。

爲早期防預計畫公開資訊之承諾---如果我的孩子需進行紐約州早期防預計畫評估或參加此計畫，本人准許地方社會服務部門及紐約州政府向本人所屬郡或市早期防預計畫提供孩子的醫療補助資格資料，做爲醫療補助求償之依據。

請翻到背面 (第 16 頁)，詳閱並在第 16 頁末端簽名。 ➡

請詳閱以下重要資訊並在本頁末端簽名。

轉讓，授權與承諾（續前頁）

變更 - 本人同意竭盡本人所知所信，**立即**通知貴處本人在補助需求、收入、財產、居住安排或地址上發生的任何變更。

如果本人申請托兒費補助，本人同意立即通知貴處在托兒安排上，包括托兒地點、托兒人員、托兒人員收費、以及所需托兒服務時間的任何變更。

同意接受調查 - 本人同意接受任何調查以證明或確認本人申請臨時援助、醫療補助、糧食券福利、服務或托兒費補助時所提供的相關資料。本人將在需要時予以提供補充資料。本人也將在進行臨時援助和/或糧食券發放質量控制檢查時與州和聯邦政府人員完全合作。

標準水、電、瓦斯補貼(SUA) - 本人理解臨時援助(TA)與糧食券福利(FS)的領取人在收入上歸類爲符合領取家庭能源補助計畫(HEAP)的資格。如果本人未包括在某些臨時援助與糧食券福利領取人的家庭能源補助計畫年度自動付款流程中，本人會在今後的 12 個月中申請家庭能源補助福利。如果本人決定在今後的 12 個月中不申請家庭能源補助福利，則會告知我的個案負責人員。

收取生活費權利轉讓 ー 本人將從對本人負有法律供養責任的人員處取得生活費的權利， 及對任何我所代表的家庭成員取得生活費的權利，轉讓給州與地區社會服務部門。

授權用補發的社會安全輔助收入(SSI)償付公共援助福利 - 本人授權，社會安全局(SSA)專員可將本人 (1) 申請社會安全輔助收入(SSI)後，可能會收到的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，或 (2) 被終止或暫緩後，得以恢復的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，按本人所虧欠的款額，繳交至地區社會服務部門。

本人理解地區社會服務部門可能會從本人的社會安全輔助收入款項中扣除本人領取的公共援助金額。這些公共援助款(除全數或部分由聯邦基金支付的補助款以外)是自本人獲得社會安全輔助收入資格的第一天，或自一段期間的暫緩或終止後，此輔助收入福利又獲恢復的第一天，直到社會安全輔助收入實際開始付款的那個月，我所領到的公共援助金(如果地區社會服務部門無法在社會安全輔助收入開始付款的月份中停止支付最後一次公共援助款，則爲下一個月)。

地區社會服務部門把適當金額從本人的社會安全輔助收入支票中扣除後，若還有餘額，會在收到本人社會安全輔助收入款項的 10 個工作天以內將餘額支付給我。本人也理解如果服務區所扣除的金額超過本人認爲自己所領取的公共援助金額，本人將給予舉行聽證會的機會。

本人理解：

- 如果本人在遞交本份具簽名的授權書之後 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本人向地區社會服務部門遞交本份具簽名的授權書當日，視爲本人具備社會安全輔助收入資格的第一天。
- 本授權可在本協議書簽名後一年之內，用與任何與本人相關的社會安全輔助收入申請，或任何上訴要求，包括目前未決與社會安全局的上訴。

本授權在地區社會服務部門收到後一年內有效。如果本人的個案完全得到解決、如果社會安全局基與本人申請，或經過暫緩或終止後，支付了首期社會安全輔助收入款項、或如果州政府和本人雙方同意終止本授權書，則本授權書對未來的社會安全輔助收入申請、上訴或審查均無任何效力。

本人已詳讀並理解以上通知，本人理解並同意上述轉讓、授權與承諾。本人發誓與／或確認本人已向或將向地區社會服務部門提供的資訊完全屬實。若有僞證願受處罰。

申請人／代表簽名	簽名日期	丈夫／妻子或保護代表簽名	簽名日期
X		X	