

## 家庭能源補助計劃申請表

如果您為失明或嚴重視力障礙，需要其他格式的申請材料表格，可向社會服務區索取。如需其他格式現有種類以及如何索取其他格式申請材料的資訊，請閱讀所附資訊 (**LDSS-4826A**)，或使用[www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov)。

如果您為失明或嚴重視力障礙，是否希望收取其他格式的書面通知？

\_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

如選“是”，勾選您需要的格式種類。

\_\_\_\_\_ 大字本      \_\_\_\_\_ 資料**CD**      \_\_\_\_\_ 音訊

如果任何其他格式對您不能同樣有效，則可索取\_\_\_\_\_盲文。

如有特別需求，請與社會服務區聯絡。



# 家庭能源補助計劃申請表

請閱讀附在申請表格反面的填寫說明。請回答**所有**問題。請勿填寫**虛影**部分。請以**正楷**清晰填寫，並於表格第 5 頁簽名。使用**黑色或藍色墨水**填寫以下白色空格處；

如需幫助，請與上示機構聯絡		此欄僅供工作人員填寫					
		DSS			OFA / ALTERNATE CERTIFIER		
		DATE RECEIVED			DATE RECEIVED		
此欄僅供工作人員填寫							
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.
CASE NAME				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 緊急		<input type="checkbox"/> 取暖設備 <input type="checkbox"/> 清潔 & 調試	
				<input type="checkbox"/> 空調 <input type="checkbox"/> 其他_____			

## 第 1 欄：家庭人口

<b>申請人信息</b>							
名		中間名縮寫		姓			
其他曾用名：		其它姓名			其它姓名		
目前地址				公寓號	城市		
州	郵遞區號	郡縣	于此地址居住時間長度？ 幾年？_____ 幾個月？_____				
白天聯絡電話號碼（地區號+電話號碼）			最佳電話聯絡時間	如需要面談，我希望進行：			
				<input type="checkbox"/> 電話訪談 <input type="checkbox"/> 親自面談			
<b>郵寄地址（如果不同於居住地址）：</b>							
地址			公寓號	城市	郡縣	州	郵遞區號

是否曾申請過能源補助（HEAP）？  是  否 如回答為“是”，請注明上次申請日期 →

列舉**所有**包括您本人在內的目前同住人士（如果沒有別人，則在您的姓名下方填寫“無”）：

C D	LN	名	中間名縮寫	姓	生日			性別 男/女	性別認可（選填）： 男，女，兩性未決， X，跨性別，其他認同 （請說明）	與我關係	社會安全號碼	公民/國民 或 合格移民
					月	日	年					
1	01									本人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1	02											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1	03											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1	04											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1	05											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1	06											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果還有更多同住家人，請另外加附紙頁。

家庭人口總數：\_\_\_\_\_

家中有盲人或殘障人士嗎？  是  否 如回答“是”，誰？。

您或任何同住人是否領取或最近申請了輔助營養援助計畫（SNAP）？

是  否 如回答“是”，誰？。\_\_\_\_\_個案號\_\_\_\_\_

您或任何同住人是否領取或最近申請了臨時援助？

是  否 如回答“是”，誰？。\_\_\_\_\_個案號\_\_\_\_\_

## 第 2 欄：住房 - 請僅勾選(✓)一項

<b>房主</b> <input type="checkbox"/> 單家庭房或活動房 <input type="checkbox"/> 多家合住房;說明單元數_____ <input type="checkbox"/> 合作公寓/大樓公寓房主 <input type="checkbox"/> 房產終身居住/使用 <b>其他</b> <input type="checkbox"/> 我與他人合住並分擔費用 <input type="checkbox"/> 我支付一間房的費用 <input type="checkbox"/> 我支付吃、住費用 <input type="checkbox"/> 永久酒店/旅社 <input type="checkbox"/> 其他居住情況 _____	<b>租客</b> <input type="checkbox"/> 私房，公寓或活動房 <b>補貼租房</b> <input type="checkbox"/> 私人有補助住房 <input type="checkbox"/> 公共住房或老人公寓 <input type="checkbox"/> 有補助公共住房 您是否領取 HUD 公用事業補貼？ <input type="checkbox"/> 是 如回答“是”，說明數額\$_____ <input type="checkbox"/> 否
每月房租或房屋貸款付費額為： \$ _____ <input type="checkbox"/> 無	
如適用，注明公寓樓名或政府住房計畫名稱： _____	
您與任何同住人是否領取老人房租增補免除 (SCRIE)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

## 第 3 欄：取暖和公用事業資訊

1. 您是否另行支付取暖費用？ <input type="checkbox"/> 是-完成下列資訊 <input type="checkbox"/> 否	
我的主要取暖能源為 <input type="checkbox"/> 天然氣 <input type="checkbox"/> 燃料油 <input type="checkbox"/> 電力 <input type="checkbox"/> 煤或玉米 <input type="checkbox"/> 木材/木材碎片 <input type="checkbox"/> 煤油 <input type="checkbox"/> 丙烷或罐裝煤氣 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
我的燃料罐為： <input type="checkbox"/> 獨立罐 <input type="checkbox"/> 計表罐	
取暖費帳單上是您的名字嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答“否”，帳單上的名字為 _____ 說明與您的關係： _____	
帳單應由您直接支付嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
供暖公司名為： _____	
供暖公司地址是什麼？ _____	
取暖費帳號是： _____	
2. 除了取暖，您是否另行支付電費或其他公用事業費？ <input type="checkbox"/> 是 - 填寫以下問項 <input type="checkbox"/> 否 如回答“是”，電費帳單上是您的名字嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答“否”，帳單上的名字為 _____	
電費帳戶（如果有）號碼為： _____	
公用事業公司名稱為： _____	
鍋爐是否需要用電運行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
公寓裡恆溫自動啟閉裝置需要用電嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 取暖費和電費是否均包括在房租內？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

## 第 4 欄：家庭收入

填寫所有同住人口的所有收入。所有金額必須作為任何減扣前的每月淨收入申報。如果需要可另加附頁。

為每一項勾選(√)“是”或“否”	收入類別	若回答是，請注明金額	其它資訊	收款人？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社會安全金數額 醫療照顧 B & D 部份之前	每月淨額 \$	填寫您支付的金額： 醫療照顧 B 部份 醫療保險 D 部份	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社會安全殘障金數額 醫療照顧 B & D 部份之前	每月淨額 \$	填寫您支付的金額： 醫療照顧 B 部份 醫療保險 D 部份	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社會安全輔助收入 (SSI)	每月淨額 \$		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工資 提交過去 4 周的資薪存根。  Note: 將每週淨收入乘以 4.3333 以計算月收入總額。 將每兩周淨收入乘以 2.1666 以計算月收入總額。	<input type="checkbox"/> 每週 \$ <input type="checkbox"/> 雙周 \$ <input type="checkbox"/> 每月 \$ <input type="checkbox"/> 每半個月	雇主	
		<input type="checkbox"/> 每週 \$ <input type="checkbox"/> 雙周 \$ <input type="checkbox"/> 每月 \$ <input type="checkbox"/> 每半個月	雇主	
		<input type="checkbox"/> 每週 \$ <input type="checkbox"/> 雙周 \$ <input type="checkbox"/> 每月 \$ <input type="checkbox"/> 每半個月	雇主	
		<input type="checkbox"/> 每週 \$ <input type="checkbox"/> 雙周 \$ <input type="checkbox"/> 每月 \$ <input type="checkbox"/> 每半個月	雇主	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	養老金/退休金 (私立和/或政府)	每月淨額 \$	退休金來源	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	退伍軍人福利	每月淨額 \$		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	殘障金 (私立或紐約州)	每週淨收入額 \$	來源	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非同住人饋贈	每月淨額 \$	饋贈人姓名	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	兒童撫養費	每週淨收入額 \$	來源	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	生活費/配偶贍養，包括房款、公用事業費，等	每月淨額 \$	來源	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	租金收入 (公寓、車庫、土地，等)	每月淨額 \$	出租種類	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	膳/宿 (已收) 等	每月淨額 \$	寄膳/宿者姓名	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工傷賠償福利	每週淨收入額 \$		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	失業保險福利	每週淨收入額 \$	開始日期：	
			停付日期：	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	儲蓄、支票、定期儲蓄、現金市場帳戶、股票、債券、證券收入退休金、養老金、及 401K 退休金。	(接下頁填寫)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有任何其他人的其他收入來源？ 加附說明	金額 \$	來源	收款人
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	自雇收入 _____ 業務類別 _____ 如回答為“是”，您可選擇自雇收入計算方法，或根據當年申報的聯邦退稅材料，或者，如果您尚未申報當年退稅，則根據前一年報稅資料，包括所有適用表格或根據申請前三 (3) 個月情況。請選擇一種方法： <input type="checkbox"/> 已申報的聯邦退稅材料 <input type="checkbox"/> 三個月			<input type="checkbox"/> 三個月

家中是否有任何年滿 18 歲但無任何收入來源的人？

是，列舉無收入家人： 否

家中是否有任何被撫養人為全時高中或大學學生？

是，列舉家人： 否

### 利息和投資收入

分別列舉每一帳戶。如果需要可另加附頁。	獲得金額 今年	來源
從儲蓄、支票、定期儲蓄、現金市場帳戶，等獲得利息	\$	銀行名稱
從儲蓄、支票、定期儲蓄、現金市場帳戶，等獲得利息	\$	銀行名稱
從儲蓄、支票、定期儲蓄、現金市場帳戶，等獲得利息	\$	銀行名稱
從儲蓄、支票、定期儲蓄、現金市場帳戶，等獲得利息	\$	銀行名稱
從股票、債券、證券，等獲得紅利	\$	紅利來源
從股票、債券、證券，等獲得紅利	\$	紅利來源
從股票、債券、證券，等獲得紅利	\$	紅利來源
從股票、債券、證券，等獲得紅利	\$	紅利來源
養老金、401K 退休金、年金等發放款	\$	款項發放來源
養老金、401K 退休金、年金等發放款	\$	款項發放來源
養老金、401K 退休金、年金等發放款	\$	款項發放來源

### 授權代表

您可指定對您家情況比較瞭解的人做為授權代表。您的授權代表可以為您件完成和提交 HEAP 申請、與機構聯繫和工作人員進行討論、接觸您個案文檔中有關資格性的資訊、為您填寫所有表格、提供檔、對機構做出的審定提出上訴。您仍必須在申請表上簽名。除非您撤銷，否則授權代表之任命將於目前 HEAP 季度期間保持生效。每個 HEAP 季度都會詢問您是否想要任命授權代表。

我希望指定授權代表。

是 - 填寫以下問項  否

授權代表姓名

地址和電話號碼

**請於第五頁簽署申請**

**第5欄：重要通知****重要通知**

請注意，能源補助福利計畫經費有限，一旦經費用完，福利便停止發放。因此，強烈建議您儘快填完成提交申請。

**個人隱私法 - 顧客通告**

於 1984 年 9 月 1 日生效的州個人隱私保護法案規定，我們必須向您解釋，州政府將如何使用您所提供的有關您自己和家人的資訊。我們將使用您所提供的資訊，決定您是否具備領取家庭能源補助計畫的資格，以及，如果合格，能領取多少福利。社會服務法第 21 章賦予我們向您索取資訊的權力。為確保您獲得您與您家人依法享有之福利，我們會透過其他來源檢查並找出您已提供的更多資訊。譬如：

- 我們可能核實您或任何家人是否工作。我們會將您的姓名和社會保險號傳送至稅務和金融機構及知名雇主，以瞭解您是否曾工作，以及您的薪酬。
- 我們也許會向失業保險部門核實，瞭解您或任何家人是否領取失業福利。
- 我們也許會向銀行核實，以確定我們知道您或任何家人收入的所有情況。

您向我們提供的資訊除了上述使用方式，州政府也許還會用於進行所有領取家庭能源補助人士的有關統計。該資訊用於計畫設計和管理。州政府使用該資訊以進行品質控制，以確保當地機構盡己所能地開展工作。該資訊亦用於驗證您向其支付費用的能源提供商。如果您未能向我們提供所需資訊，可能我們就不能確定您是否具備補助資格，因此拒批您的申請。該資訊由臨時救濟及殘障補助辦公室(40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001)廳長保管。請勿將您的申請傳送至該地址。如您或任何家人沒有社會安全號，則必須向社會安全管理局申請號碼。

**請閱讀以下重要內容**

我發誓並/或確認本申請表上所填寫，及今後的電話訪談時提供的資訊均屬實無誤。我理解，在補助申請表上，或今後的能源補助要求中如故意填寫任何虛假失實資訊，我會失去用我的名義領取福利的資格，包括已經領取的福利。此外，如果我因為獲取本計畫補助福利，而提供任何虛假事實陳述，也可能導致對我採取法律行動，使我受到的民事和/或刑事懲處。

**同意**

我理解，簽署本申請/認證表，即表明我同意接受任何核實或驗證我提供的資訊的調查，或政府機構針對本申請和任何家庭能源補助申請進行的其他調查。我也同意允許本申請表格上的資訊使用于現有過冬補助計畫或公用事業公司的低收入計畫。

我理解政府將用我的社會安全號碼與家庭能源供應商核實 HEAP 的領用。授權包括允許家庭能源供應商（包括公用事業）因低收入家庭能源補助(LIHEAP)表現測量的原因，向臨時救濟及殘障補助辦公室和地方社會服務區及美國衛生及人類服務部公開某些統計資料，包括但不僅限於每年電用量、電費、燃料用量、燃料種類、年燃料開支、及付款記錄。

**必須回答所有問題並在下方簽名和注明日期，才可申請家庭能源補助 (HEAP)**

<b>於此簽名：</b>  <b>X</b>	簽署日期
如有人協助填表，協助人姓名：	電話號碼：





此欄僅供工作人員填寫			
APPLICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS			
LN	HOUSEHOLD MEMBER'S NAME	DOCUMENTATION	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? <input type="checkbox"/> Under the age of 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled			
Who _____ Documentation _____			
RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address <input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill <input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address <input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy <input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____			
<b>INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION</b>		Categorically Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI	
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS		<b>REGULAR BENEFIT (EMERGENCY USE PART B)</b>	
<b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2.166666 <b>Gross Weekly</b> Income x 4.333333		<input type="checkbox"/> <b>SEPARATE HEAT (check one)</b> <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric <input type="checkbox"/> Municipal Electric <input type="checkbox"/> <b>HEAT INCLUDED IN RENT</b> <input type="checkbox"/> Payment to Household <input type="checkbox"/> Payment to Utility	
<b>TOTAL INCOME \$</b>		Benefit \$ _____	
<input type="checkbox"/> Application compared to previous information <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified How: _____			
<input type="checkbox"/> Pended	START: _____	END: _____	<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED
CERTIFYING AGENCY			
WORKER'S SIGNATURE/DATE			
SUPERVISOR'S SIGNATURE/DATE			
撤銷認可			
僅在希望撤銷申請，不再申請 HEAP 的情況下，於此簽署。			
我同意撤銷申請		在此簽名 X _____	
我理解在收受 HEAP 申請期間任何時候，我都可以重新申請家庭能源補助福利。			

此欄僅供工作人員填寫

**NOTES AND INCOME CALCULATION WORKSHEET**

**FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE**

**THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY**

- A disconnect notice. Company Name: \_\_\_\_\_
- Disconnection from service. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than a 10 day supply of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Out of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

紐約州家庭能源援助計畫  
(HEAP)  
申請填寫說明

如果您為失明或嚴重視力障礙，需要其他各式的申請或說明材料，可向社會服務區 (SSD) 索取。現有以下格式可取：

- 大字本；
- 資料格式（螢幕閱讀電子文件）；
- 音訊格式 (說明或申請問題音訊譯讀); 以及
- 如果上述任何格式對您不能同樣有效，則可索取盲文。

使用網站 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) 可以下載大字、資料格式及音訊格式的申請及說明材料。請注意，音訊及盲文格式的申請材料僅供您用作參考。申請時，必須提交書面的，而不是其他格式的申請材料。

如您患有任何殘疾，導致無法填寫該表格及/或等待面試，請通知 SSD。SSD 會竭盡全力合理地滿足您的需求。

如有其他特別需求，或需要協助填寫申請，請與社會服務區聯絡。我們努力向您提供專業及有效的協助和支持。

### 計畫日期重要資訊

HEAP 福利僅在計畫開放期間才有。開放及關閉日期每個計畫年度都擇日決定。常規福利和緊急福利部分的開放日期可能不同。可於 OTDA 網站 <http://www.otda.ny.gov> 或撥打免費電話 1-800-342-3009，瞭解今年計畫開放及關閉日期的資訊。

**其他格式** 勾選“是”或“否”說明您為失明或嚴重視力障礙，是否希望收取其他格式的書面通知。如選“是”，勾選您需要的格式種類。其他格式有大字版，資料 CD，音訊 CD，或盲文，如果任何其他格式對您不能同樣有效。如有其他特別需求，或需要協助填寫申請，請與社會服務區聯絡。

**申請填寫說明：**

填寫無陰影部分並回答所有問題。

**誰應填寫並簽署申請？**

申請應由主要負責支付取暖費用的人，或者如果房租包括取暖，則是主要租房人來填寫。

**應填寫什麼地址？**

您必須填寫目前地址。也必須是您的長期及主要住址。

**為什麼您需要我的白天電話號碼？**

填寫可以找到您的電話號碼很重要。特別是當還需要附加資訊時，會有助於及時處理您的申請。

**我需要面談嗎？**

有些申請人必須經過面談。您可選擇電話訪談或親訪面談。請在第一頁勾選您希望的面談方法。填寫本部分並非意味您必須經過面談。

所有取暖設備修理或更換福利申請人必須親自面談。

**應列舉哪些家中成員？**

請列舉住在您家中的所有人，包括與您並無親戚關係或並不分擔家中經濟責任的人。您必須提供所有同住成員的身份證明文件。在第一行先列舉您自己。若您獨居，在第二行填寫“無人”。

**性別認可**

無論性別，性別認同或表述為何，紐約州確保您有權獲得福利及/或服務。您必須說明您及所有 I 家庭成員的性別為男性或女性。在此處標明的性別必須與美國社會安全局當前存檔的性別相同。性別為處理申請必須資訊。不會出現在您收到的任何福利卡或任何其他面向公眾的文件上。

性別認同是您如何看待自己以及如何稱呼自己。您對自己的性別認同可與出生時的性別相同或不同。性別認同不是申請福利必須的。如果您或家庭中任何人的性別認同與所表明的性別不同，而您想提供該人對自己的性別認同，請勾選“男”，“女”，“雙性未決”，“X”，“跨性”或“不同性別”。如果選擇“不同認同”，表格上會有讓您說明該人士性別之處。

**公民/外僑身份：**

您必須是公民、合格外僑、或美國非公民國民才可獲得 HEAP。需要瞭解什麼才是合格僑民或非公民美國國民的其他資訊，請聯絡紐約州臨時救濟及殘障補助熱線，1-800-342-3009 或使用 OTDA 網站 <http://www.otda.ny.gov>。

**為什麼我要提供每個人的社會安全號碼？**

所有成員都必須提供社會安全號碼。資訊會與社會安全管理局的資料進行驗證。任何成員如果沒有社會安全號碼但已經申請了，請在社會安全號碼空格裡填寫“已申請”。如果任何成員的方格為空白未填，您的申請則不能得到處理，有待進一步資訊。為了驗證您家的 HEAP 資格性，資訊也會用來與其它州或聯邦機構查核對比他們所有的資料。

**住房資訊**

請勾選最能準確代表您家住房情況的方格。

**取暖情況**

務必回答所有三個(3)問題

### **如何填寫收入欄目？需要提供證明嗎？**

填寫所有同住人口的所有收入。所有填入的金額均應為預扣前的淨收入額。減扣包括，但不僅限於，收入稅、兒童撫養費、扣押金、醫療保險、及工會會費。您必須提交包括自雇和租金在內的所有工作收入檔。您也可能需提供其他收入的證明。請見申請填寫說明第 6 頁，瞭解可用作為證明的具體文件種類。請勿提交原件，我們不會送還這些文件。您是否具備資格取決於申請當月您家的月淨收入。

請輸入醫療照顧預扣前的社會安全金淨額。請分別列出您支付醫療照顧 B 及/或 D 部分保費金額。Medicare B 部分和 D 部分的金額不計為收入。

僅填入銀行帳戶、定期儲蓄帳戶、股票、債券的利息或紅利，或其他投資收入。分別列舉每一帳戶。如果空間不夠，請另加附紙頁。請填入今年到目前為止收到的數額。

### **受權代表是什麼？**

受權代表指的是可以代表您辦理申請表上所述 HEAP 事宜的人。受權代表身份僅限於當期計畫，您可在計畫期間任何時候向當地社會服務區提交聲明取消該身份。因為此人士將代表您提供資訊，應該選擇瞭解您情況的人。

**請務必在表格上簽名和注明日期**。只有取暖帳單上列舉的收取人，或者，如果帳單上是他人姓名，則支付帳單的人才能簽署本申請表格。如果取暖費包括在房租，主要租房人必須填寫並簽署申請。

### **選民登記表**

請將選民登記表與您的申請放在一起。如果您還未登記選舉但希望登記，請填寫此表格。這並不影響您的 HEAP 資格或福利數額。

### **我申請時需要什麼材料？**

首次申請人需要和申請表格一起提供下列文件：

- 所有家庭成員的身份證明
- 所有成員的有效社會安全號碼
- 住址證明
- 如您支付費用，燃料及/或公用事業費帳單，或您支付的房租包括暖氣費的證明
- 所有同住人口的收入文件

請見申請填寫說明第 6 頁，瞭解可用作為證明的具體文件種類。另外，首次申請福利的人需要面談，您可選擇電話訪談或親訪面談。然而，如您選擇電話交談，請於申請表格第一頁提供可用電話號碼和與您聯繫的最佳時間。

對於取暖設備修理或更換福利，申請人必須親自申請並提供完整文件。

### **去何處申請：**

您必須於您目前居住的郡縣申請。您可親往申請或將申請表格郵寄至表格上方蓋戳位址，或使用網址：<http://www.otda.ny.gov> 找到地方特准機構。

### **我的福利**

您可使用網站 <https://www.mybenefits.ny.gov> 上網申請 HEAP。申請提交後，您也可登陸 <https://www.mybenefits.ny.gov> 使用您為自己設立的安全帳戶查看申請進展狀況。如果申請得到批准，網上可以看見福利數額。您可能符合食品援助福利資格。使用網站 <https://www.mybenefits.ny.gov> 瞭解 SNAP 資格問題並進行申請。於網站 <https://www.mybenefits.ny.gov> 還可閱讀更多有關 HEAP 和其他人類服務計畫資訊。

## 福利如何發放？

如果您被批准，您也是支付取暖費的人，福利支付會發放給您的供暖商。您的資格決定通知上會有供應商的名稱。如果列舉的供應商不對，請立刻通知當地社會服務部區。有時，如果取暖費包括在房租中，福利會直接支付給電力公司。給您的通知上會告知福利額，如何支付，以及計算方法。

供應商在收到付款前，或得到社會服務部門指示前，不允許供暖。福利付款不能用於以前輸送的取暖可輸送燃料。在供應商收到通知貨付款前，如您需要燃料，必須與當地社會服務部區聯繫。

常規 HEAP 福利是一次性的用於為您的能源費用提供補貼之福利。並非用於替代您個人支付的費用。您應繼續支付能源費用。

## 什麼可視為 HEAP 緊急情況？

- 能源告罄，或燃油、柴油或丙烷氣只剩不到四分之一罐，或其他可運送取燃源不足十（10）天用量。
- 天然氣或電能取暖供應切斷或將切斷。
- 取暖設備關鍵部件不工作。

## 如有緊急情況怎麼辦？

HEAP 福利有助於應付一下緊急情況：

- 能源告罄，或燃油、煤油或丙烷氣只剩不到四分之一罐，或其他可運送取燃源不足十（10）天用量。
- 天然氣或電能取暖供應切斷或將切斷。
- 取暖設備關鍵部件不工作。

如遭遇取暖緊急狀況，雖已申請常規福利，但尚未獲批，您應在計畫開放後聯絡當地社會服務區。在可能的時候，常規福利先用來應付緊急情況。

切勿等到供暖能源告罄或天然氣/電力供應被切斷才申請補助。如果公用事業供應被終止，能源公司並非因為您是 HEAP 福利的合格領取人，就必須恢復服務。

## 公平聽證

提交 HEAP 申請時，您擁有一定的權利。您有權在 HEAP 認證機構收到您已填妥並簽名之申請後三十(30)個工作日之內，被告知申請是否獲批或被拒。

即便因宣傳工作的需要，您在計畫開放之前就已經受到申請材料，申請也要等到計畫開放後才能得以處理。如果在 HEAP 審批機構收到您填完並簽署的申請表格那天起已經超過三十(30)個工作日，（或審批機構在計畫開放之前接受了申請，計畫開放已經超過了三十個工作日），仍未得知資格決定通知，您有權要求召開調解會和/或公平聽證會。

如您希望舉行調解會，應該儘快提出要求。該會議上，如我們發現我們的決定有誤，或由於您提供了其他資訊而使我們變更當初決定，我們則將採取糾正措施。

如您希望舉行調解會，登錄 <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>，與當地社會服務區聯繫。這僅限於要求舉行調解會。不適用於要求公平聽證。即便您要求或參加會議，仍有權要求公平聽證。

臨時救濟及殘障補助辦公室(OTDA)政策發佈及手冊公佈於 OTDA 網站 [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal)。您或您的代理可使用這些政策發佈及手冊來決定您是否需要申請公平聽證會或如何為聽證會做準備。此外，如您向地方社會服務區提出要求，也可獲得 OTDA 特定政策發佈或手冊以協助您或您的代理。

如您住於紐約州的任何地方，可透過電話、傳真、網路或寫信至以下地址申請舉行公平聽證。

**電話：**全州免費申請電話號碼為 800-342-3334。致電時，請將通告（若有）放於手邊。

**傳真：**公平聽證申請：518-473-6735

**網路：**於 <http://www.otda.ny.gov/oah> 填寫網上申請

**致函：**填寫通知的適用部分並寄出，或寫信給：

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

要求聽證後，州政府機構會通知您聽證會的時間和地點。您有權委託法律顧問、親戚、朋友或其他人代表您出席，或親自出席。聽證會上，您的律師或其他代表將有機會出示口頭和書面證據，並有機會向出席聽證的任何人提問。另外，您有權帶證人出席替您作證。前往聽證時，您應攜帶任何或有助於您個案的文件。

如需免費法律援助，您可聯絡當地法律援助協會或其他律師組織。您可在電話簿黃頁的“律師”欄目找到就近的法律援助社團或其他法律宣導團體。

您有權審閱您的個案記錄。依據您的要求，您有權免費獲得地方社會服務部門在聽證會作為證據出示的文件副本。另外，在您的要求之下，您有權免費獲得參加公平聽證所需要的個案記錄中其他文件複本。

登陸 <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>，聯繫地方社會服務區，索要檔或瞭解如何才能審閱個案記錄。

如您需要操西班牙語的譯員，請撥打紐約州 OTDA 熱線 1-800-342-3009。

**您可能具備資格享受的其他計畫：**

#### **過冬補助**

您也許具備資格享受紐約州家園社區重建（HCR）或紐約州能源研究和發展管理局(NYSERDA)負責管理的過冬補助計畫。當地過冬服務撥款承受機構的聯絡名單可於 <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers> 獲取。欲知 NYSERDA 能源服務計畫詳情，請使用網站 <http://www.nyserda.ny.gov>。您在 HEAP 申請表上的簽名使 OTDA 以及地方社會服務部門能夠代表您轉介或與過冬補助計畫交換資訊。

#### **低收入公用事業計畫**

您也許還具備資格註冊公用事業公司的低收入計畫。您在 HEAP 申請表上的簽名允許代表您轉介至公用事業公司。

## 可接受文件類別

<b>住址（居住在哪處）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 注明租戶和房東姓名及地址的當期租金收據，或注明姓名地址的契約</li> <li>• 水費、排汗或地稅帳單</li> <li>• 房主/租戶保險單</li> <li>• 公用事業費帳單</li> <li>• 注明地址的房貸付款簿/收據</li> </ul>	
<b>身份</b> 必須至少提供每個同住家人的下列文件之一： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 駕駛執照</li> <li>• 有照片身份證</li> <li>• 美國護照或歸化證明。</li> <li>• 出生證或洗禮證書*</li> <li>• 有效社會安全號碼*</li> <li>• 領養文件</li> <li>• 醫院或醫生記錄</li> <li>• 學校記錄</li> <li>• 他人聲明*</li> </ul> <p style="text-align: center;">*必須有兩件證明。</p>	
<b>社會安全號碼</b> 您必須提供所有同住成員的有效社會安全號碼。如果沒有社會安全號碼，您必須于社會安全管理局申請號碼。	
<b>脆弱人口</b> 您必須為家中脆弱人口（6 歲以下兒童、60 歲以上成人、或殘障）提供以下可以證明其狀況的文件之一： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 出生證</li> <li>• 標明生日的洗禮證書</li> <li>• SSA 福利批准信函</li> <li>• 護照</li> <li>• 駕駛執照</li> <li>• 福利資格書面文件</li> </ul>	
<b>取暖情況</b> 如您支付燃料或公用事業費用，請提供近期燃料及/或公用事業費帳單，或供應商說明。 如果取暖費包括在房租內，請提供說明您所支付的房租包取暖的，有房東及租戶姓名和地址的近期收據，有姓名地址的契約，或房東證明。	
<b>收入</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 過去 4 周的資薪存根</li> <li>• 若為自雇，最近三（3）個月的商務記錄或或納稅年度申報的聯邦所得稅，包含分項表格。</li> <li>• 前三（3）個月的租金收入/支出，或您提交的本年度聯邦納稅申報表，包括所有適用的明細表。</li> <li>• 兒童撫養費或贍養費/配偶贍養</li> <li>• 利息／銀行／紅利或納稅文件</li> <li>• 膳／宿客戶證明</li> </ul>	<b>下列批准文檔或官方信函：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 社會安全/社會安全輔助收入（SSI）</li> <li>• 退伍軍人福利</li> <li>• 養老金</li> <li>• 最近三個月的工傷保險/殘障福利</li> <li>• 失業保險福利</li> </ul>
<b>資產（僅申請緊急援助）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 現金</li> <li>• 股票/債券</li> <li>• 支票、儲蓄、及/或定期儲蓄額</li> <li>• 年金</li> <li>• 退休金帳戶</li> <li>• 出售地產或保險賠償一次性大額付款</li> </ul>	

取暖設備修理或更換申請需要附加證明。如果您申請該福利，將會得到不同的所需文件清單。



# 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？」

- 是** 如果您勾選是，請填寫以下 **選民登記申請表**
- 否 因為我選擇不要註冊或
- 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。  
若您有興趣索取中文資料表格，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否要尋求或接受協助。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.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পভে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

2019年1月修訂

## 選民登記申請表 (說明請參閱背面)

是，我需要申請缺席投票

請列印或使用藍色或黑色墨水以正楷填寫

是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

1	您是否為美國公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，請勿填寫本表		2	您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，除非您在年底前將年滿 18 歲，否則請勿填寫此表單		僅供委員會使用
	3	姓氏		名字	中間名縮寫	
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		郵政信箱	郵遞區號
6	出生日期	7	性別 (選填)	8	電話 (選填)	電子郵件信箱 (選填)
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)			9	身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼) <input type="checkbox"/> 紐約州 DMV 編號 _____ <input type="checkbox"/> 社會安全號碼的最後四位數字 _____ <input type="checkbox"/> 本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼
	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		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。	
	<input type="checkbox"/> 民主黨 <input type="checkbox"/> 自由意志黨 <input type="checkbox"/> 共和黨 <input type="checkbox"/> 獨立黨 <input type="checkbox"/> 保守黨 <input type="checkbox"/> SAM 黨 (服務美國運動黨) <input type="checkbox"/> 勞動家庭黨 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 綠黨 我不想登記加入任何政黨，只希望成為獨立選民 <input type="checkbox"/> 無政黨					
		簽名或畫押 _____		日期 _____ / ____ / ____		

## (選填) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓	
名字	中間名字母縮寫 後置稱謂
地址	
公寓號碼	市/鎮/村 郵遞區號
出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
眼睛顏色	身高 _____ 呎 _____ 吋
電子郵件	DMV 或 ID NYC 號碼

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註冊機構 (Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權註冊機構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醫院以及紐約州衛生署署長核准的其他組織開放此資訊。



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)；
- 加入政黨或是變更登記。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 在您提交此表單之年度的 12 月 31 日前年滿 18 歲  
(注意：您必須在有意投票的普選、初選或其他選舉日之前年滿 18 歲)；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄或假釋 (除非假釋赦免或恢復公民身分)；
- 未在其他地方主張投票權；
- 未被法院認定無行為能力。

## 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](http://www.elections.ny.gov)

對於您是否要登記的決定將會保密，且僅會用於選民登記用途。所有選擇不登記投票的人和/或是接受申請表之辦事處等相關資訊都將保密，且僅可用於選民登記用途。

## 查驗身分

我們會透過 DMV 編號 (駕駛者的駕照或非駕駛人的身分證件號碼) 或是社會安全號碼的最後四位數字 (亦即您在第 9 欄中填寫的內容)，在選舉日前核對您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在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：

假登記或是向選舉委員會提供假資訊係屬犯罪行為。

第 9 欄：必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查驗身分」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。