

低收入家庭用水援助計畫 福利申請表

申請表填寫簽名後請發至：NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

申請人或家庭訊息（請使用印刷體書寫）

應由主要負責和直接負責支付飲用水和/廢水賬單的人員完成本申請。賬單應在此人名下。

名：_____ 姓氏：_____ 中間名：_____

街道地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

電話號碼：_____ 座機 手機 居住郡：_____

郵寄地址（如果不同于住址）：_____

電子郵箱地址（選填）：_____

飲用水

您的服務停止提供了嗎： 是 否 您收到服務停止通知了嗎： 是 否

我申請援助用的是： 逾期賬單。 當前賬單。

供應商名稱：_____ 賬戶編號：_____

服務期限（如賬單上註明）自：_____ 至：_____ 拖欠金額：\$ _____

廢水

您的服務停止提供了嗎： 是 否 您收到服務停止通知了嗎： 是 否

我申請援助用的是： 逾期賬單。 當前賬單。

供應商名稱：_____ 賬戶編號：_____

服務期限（如賬單上註明）自：_____ 至：_____ 拖欠金額：\$ _____

飲用水和污水合併賬單

您的服務停止提供了嗎： 是 否 您收到服務停止通知了嗎： 是 否

我申請援助用的是： 逾期賬單。 當前賬單。

供應商名稱：_____ 賬戶編號：_____

服務期限（如賬單上註明）自：_____ 至：_____ 拖欠金額：\$ _____

羅列您家中所有成員，包括您本人。如有需要，另加紙張。

名字	中間名	姓氏	性別 男/女	性別身份 (可選項)	出生 日期	與您的關係	社會保險號	公民/美國國民或 符合資格的外國 居民
						本人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

家中有人領取以下任何福利嗎？ 家庭能源輔助計畫 (Home Energy Assistance Program, HEAP), 補充營養援助計畫 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), 臨時援助 (Temporary Assistance, TA), 或 輔助保障收入 (SSI Living alone)

如果有，是誰在領取？_____ 檔案號：_____

家中有人殘疾或失明嗎？ 是 否 如果有，是誰？_____

收入：請提供家中所有成員上個月的收入訊息，包括您本人。申請人必須提供收入證明。申請人必須代表其他家庭成員證明收入訊息。如在領取醫療保險，請填寫總金額和為 B 和/或 D 部分支付的金額。

領取人姓名	收入來源 (僱主姓名、社會保險、社會保險殘疾、兒童支持、租賃收入等)	獲得收入頻率 (每週、每月、每兩週等)	總金額 (扣除費用前)	為醫療保險 B 和/或 D 部分支付的金額

重要訊息和同意書：（請在簽名前仔細閱讀）

本人明白，本人提交本申請即確認所有資訊均是真實完整、準確無誤。本人亦明白，若本人申請低收入家庭用水援助計畫 (Low Income Household Water Assistance Program, LIHWAP) 福利時故意作出任何虛假陳述或其他不實陳述，則可能會導致本人失去資格，不能獲得以本人名義支付予飲用水和/或污水提供商（供應商）的援助。此外，若本人為獲得計畫援助而故意作出任何虛假陳述或不實陳述，還可能會令本人遭到起訴，面臨民事和/或刑事處罰。本申請中提供的資訊或審核過程中所發現的資訊可能會披露給其他州、聯邦和地方機構進行正式審核，並披露給執法官員，以實施調查或起訴欺詐行為。若本人家庭遭遇索賠，則本申請所載資訊，包括所有的社會保險號，都可能會提交給聯邦、州機構或私營索賠訴訟機構以處理索賠事宜。此外，若本人為獲得計畫援助而故意作出任何虛假陳述或不實陳述，還可能會令本人遭到起訴，面臨民事和/或刑事處罰。本申請中提供的資訊或審核過程中所發現的資訊可能會披露給其他州、聯邦和地方機構進行正式審核，並披露給執法官員，以實施調查或起訴欺詐行為。如果對本人家庭提出索賠，則本申請中包括所有社會安全號在內的訊息可能會轉交至聯邦和州部門，以及索賠收集私營部門以作索賠收集之用。

本人了解簽署此申請代表著我同意接受紐約州臨時與殘疾援助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) 所做的任何有關驗證或確認我在申請低收入家庭用水援助計畫福利有關訊息的調查。本人在低收入家庭用水援助計畫申請表上填寫的訊息和提供的文件將用於審查身份，可能會為驗證我本人和其他家庭成員的勞動、非勞動收入和其他補助而被披露或再次披露，其將用來確定申請人是否可領取款項或其他救助。本人同意臨時與殘疾援助辦公室或其他州、聯邦、地方或其他授權人員記錄、存儲、獲取和使用本申請表上訊息和我本人提供的文件，以及臨時與殘疾援助辦公室或其他州、聯邦、地方或其他授權人員以交談、簡訊或其他溝通方式中涉及的訊息。本人明確同意公佈此申請表中提供的訊息或在低收入家庭用水援助計畫管理過程中向任何必要實體公開有關本人低收入家庭用水援助計畫資格的訊息，包括但不限於社會服務區，其他地方政府機構或實體，以及美國衛生與公眾服務部 (Department of Health and Human Services, HHS)。本人還同意公佈和使用此申請表中提供的訊息或為避免重複領取福利而向其他任何實體公佈有關本人低收入家庭用水援助計畫的訊息。本人理解臨時與殘疾援助辦公室可能會因本人申請低收入家庭用水援助計畫福利而索要其他訊息，本人同意會在臨時與殘疾援助辦公室要求的期限內提供此重要訊息。

本人理解和同意臨時與殘疾援助辦公室可能會使用此申請表中提供的電話號碼或移動電話號碼或在請求發簡訊（文字簡訊/文件簡訊）取得聯繫的情況下就低收入家庭用水援助計畫致電、發送簡訊或留下語音訊息。無線運營商可能會收取標準千尋和數據費用。接受電話或簡訊產生的任何費用由受到訊息的人員所承擔。紐約州及其政府部門不對任何損毀、損失、索賠、開銷或費用負責，也不會承擔任何相關責任，包括但不局限於低收入家庭用水援助計畫產生或有關的語音、簡訊和數據費用。請與您的電話服務商核實接受電話或簡訊（文字簡訊/文件簡訊）的具體情況。簡訊或來電可能會由自動致電呼叫系統發出。本人理解和同意臨時與殘疾援助辦公室可能會透過本人提供的電子郵件地址而發送有關低收入家庭用水援助計畫的郵件。

本人亦同意可將本申請中提供的資訊用於轉介至可用的飲用水和/或污水處理援助計畫、防風化計畫及本人所使用公用事業公司的低收入計畫。本人理解臨時與殘疾援助辦公室將使用我的社會保險號向飲用水和/廢水供應商驗證低收入家庭用水援助計畫福利領取情況。本授權書亦包括允許本人的任何供應商（包括本人的公用事業公司）向臨時與殘障援助辦公室和美國衛生與公眾服務部公佈某些統計資訊，包括但不限於本人的飲用水和/或污水用量、消費量、年度費用和付款記錄，以用於低收入家庭用水援助計畫的績效評估。

本人已閱讀和理解以上同意書內容，也同意予以授權和許可。本人理解和同意在簽署這份申請表並提交給臨時與殘疾援助辦公室後，本人如作為偽證則會受到處罰。本人確認所提供的訊息真實完整、準確無誤。

姓名（印刷體）_____ 簽名 _____ 日期：_____

政府部門填寫部分

接收日期：_____ 數據入庫日期：_____

說明：_____

申請人指南

申請表填寫簽名後請寄送到：

NYS OTDA/LIHWAP
PO Box 1789
Albany, NY 12201

我要為申請提供什麼？ 申請人必須在此申請書中一起提交以下文件/訊息：

- 主申請人身份證明。要求其他所有家庭成員提供身份文件，但不是必須的。
- 居住證明。您必須居住在請求提供援助的住所處。
- 註明您的主要永久住所的飲用水和/或廢水賬單。賬單應在填寫申請表的人員名下。
- 主申請人收入文件。要求其他所有家庭成員提供收入總額，但不是必須的。
- 主申請人的有效社會保險號。要求其他所有家庭成員提供社會保險號，但不是必須的。

誰應填寫申請表並簽名？ 申請表應由主要負責和直接負責支付飲用水和/廢水賬單的人員完成。

我要羅列哪些地址？ 您必須列出您現居地址。必須是您的主要永久住所。

為什麼需要我的電話號碼？ 這會在需要其他訊息時有助於及時審理您的申請。

我應列出哪些家庭成員？ 羅列出居住在您家中的每個人，即使他們和您不相關或不為您的家庭做出經濟貢獻也要列出。在第一行列出您本人。

性別身份： 紐約州確保您有權獲得州補助金和/或服務，而不考慮性別、性別身份或表達。您必須報告您的性別和所有家庭成員的性別為男性或女性。您再次上報的性別須與目前在美國社會安全局 (United States Social Security Administration) 存檔的內容一致。須上報您的性別以審理申請。它不會出現在您可能收到的任何補助卡或任何其他面向公眾的文件上。性別身份是您如何看待自己，如何稱呼自己。您的性別身份可與您出生時獲得的性別相同或不同。不需性別身份即可進行本次申請。若您的性別身份或您家中任何人的性別身份不同於您為此人報告的性別身份，且您願意提供此人的性別身份，請用印刷字體寫下「男性」(Male)，「女性」(Female)，「非二元性別」(Non-Binary)，「未知」(X)，「跨性別」(Transgender) 或「不同身份」(Different Identity)。如果您用印刷字體寫下「不同身份」，則您可能需在空白處進一步描述此人的身份。

公民/外國人訊息： 您必須是美國公民、符合資格的外國居民或美國非公民國民才能領取低收入家庭用水援助計畫福利。如需了解更多關於成為符合資格的外國公民或美國非公民國民的訊息，請撥打 1-800-342-3009 或訪問臨時與殘疾援助辦公室網站 <http://www.otda.ny.gov> 與臨時與殘疾援助辦公室取得聯繫。

我需要提供每個人的社會保險號嗎？ 申請人必須提供有效的社會保險號，要求其他所有家庭成員提供。如成員無社會保險號，但已申請，則在社會保險號一欄中寫下「已申請」(applied)。如您在主申請人家庭成員一欄留白，則您的申請在收到更多訊息之前會暫停審理。

我如何填寫收入欄？我要為申請提供證明嗎？ 羅列出所有家庭成員的勞動和非勞動收入。所有金額都應為扣除費用之前的總收入。扣除費用包括但不局限於：收入繳稅、兒童支持、工資扣押、醫療保險和工會會費。要求您提交所有勞動和非勞動收入文件，包括自僱和主申請人的租賃收入。您還可能被要求提供其他收入證明。請不要提交原件，因為不會退回。是否符合資格基於申請當月您家中的總月收入。請在扣除醫療保險前填寫您的社會保險金額。由於醫療保險 B 和/或 D 部分的金額不屬於收入，請分別列出您支付醫療保險 B 和/或 D 部分的金額。僅填寫銀行賬戶、存款單、股票、債權或其他投資收入的利息或分紅。分別列出每筆金額。如需要更多空白，請另加紙張。填寫截至目前為止近一年的收入金額。

請確保在申請表上簽名和註明日期。 申請表必須由飲用水和/廢水賬單上的人員簽名。

上訴： 臨時與殘疾援助辦公室在收到您填寫完成的簽名申請表後超過三十 (30) 日，且您還未被告知資格決議的情況下，可進行上訴。不完整的申請表可能會暫停審理十 (10) 日，暫停階段不計入下達通知的三十 (30) 日內。申請人經批准獲得的援助金額若遭到拒絕，或是申請人對該等金額有異議，則其可在收到決定後六十 (60) 天內請求上訴。可發送郵件至 NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov，致電 (833) 690-0208 或致函請求申訴：NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243。

可接受的文件類型

居住地（您現在的居住地）

- 有租戶和房東姓名和地址的當前房租收據，或有姓名和地址的租約
- 飲用水、廢水或稅務賬單
- 屋主/租戶保險單
- 公用事業賬單
- 含有地址的抵押貸款付款簿/收據

身份

您必須為主申請人提供一個或多個以下證件。

- 駕照
- 帶照片證件
- 美國護照或入籍證明
- 出生證明或洗禮證明*
- 經過驗證的社會保險號*
- 他人陳述

***需提供兩種證明。**

社會保險號

必須輸入主申請人的有效社會保險號。如您沒有社會保險號，則您必須從社會安全局申請。

飲用水和/廢水驗證

請提供您最近的飲用水和/廢水賬單副本，標明飲用水和/或廢水費用的當前稅單或供應商提供的結算單。如您的飲用水和廢水賬單是分開的，請提供兩種賬單的副本。

收入：

- 近四（4）週的工資單
- 如是自僱，則提供近三（3）個月的經營記錄或本年存檔的聯邦退稅記錄，其中含有所有適用的費用清單。
- 前三（3）個月的租金收入/開銷，或本年存檔的聯邦退稅記錄，其中含有所有適用的費用清單。
- 兒童支持或贍養費/配偶贍養費
- 利息/儲蓄/分紅或稅務報表
- 室友/寄宿人陳述

以下通知信或正式信件副本：

- 社會保險/輔助保障收入
- 退伍軍人福利
- 退休金
- 勞工賠償/殘疾
- 失業保險補助