

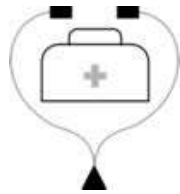
此表格用於以下列出的前三項計劃。您的個案工作者會指導您如何申請。

補充營養援助計劃 (SNAP)



SNAP 協助低收入家庭購買維持健康所需的食物。

醫療援助



醫療援助 (MA) 是一項全面的醫療保健保險計劃，為該州許多低收入居民提供醫療保健服務。根據收入和其他因素，個人可能有資格獲得相關服務。

馬裏蘭州兒童健康計劃 (MCHP) 為19歲以下的兒童和符合收入指引所示的各年齡孕婦提供全面健康福利保障。您的個案工作者可與您討論收入準則問題。

現金援助



臨時現金援助計畫(TCA) 以有子女的貧困家庭，在其家庭收入和資源不能滿足其需要時，提供的現金援助。申請和接受 TCA 援助者需參加工作活動。

對有兒童家庭的緊急援助 (E AFC) 為面臨危機的家庭提供現金援助，例如遭受驅逐或其他緊急情況。

臨時殘疾援助計劃(TDAP)為無法工作的殘疾成人提供現金援助。

兒童保育服務



購買兒童保育(POC)計劃可協助符合資格的家庭透過代用券支付兒童保育費用。優惠券可用於從任何有執照的兒童保育中心或家庭購買保育服務。代用券也可支付給提供兒童保育服務的經核准的家庭成員。您的個案經理會告訴您如何申請此項服務。

能源援助



家庭能源計畫辦公室(OHEP)透過馬里蘭州能源援助計畫和電費服務專案協助家庭支付水電費，最大限度地減少供暖危機，並使能源成本更容易負擔。您的個案經理會告訴您如何申請此項服務。

本部分僅供辦公室使用

類別	協助單元號碼	狀態	工作機會管理資訊系統屏幕	需要重新分配案例	
				發件人：	清除人：
				收件人：	篩選人：

一般信息

SNAP簡介

您有權填寫您的姓名、地址並簽署本協助申請表的正面，用以立即申請 SNAP。
如果您符合資格，我們將從收到已簽署的表格之日起為您提供福利。

如果您向我們提供身份證明，並且符合下列任何一項條件，您可以立即獲得 SNAP 福利：

- 您家每月的租金或抵押貸款和水電費超過了家庭收入和資源。
- 您的家庭每月總收入低於 150 美元，而您的資源（例如支票或儲蓄帳戶）只有 100 美元或更少。
- 您出身於農民工或季節性農場工人家庭。

如果您有資格立即獲得 SNAP，我們將在您簽署此表格之日起七天內處理您的申請。

請勿填寫以下問題。僅供辦公室使用。

加急辦理 SNAP

符合以下加急標準的申請人有資格在七天內獲得 SNAP 福利。申請家庭必須先填寫並簽署協助請求書，並提供身份證明，然後才能考慮批准福利。

1. 本月家庭總收入（稅前）是否少於 150 美元，且家庭現金/儲蓄只有 100 美元或更少？ 是 否

- | | | |
|------------------|----------|------------|
| a. 家庭每月租金或抵押貸款金額 | 美元 _____ | |
| b. 合適的效用標準 | 美元 _____ | 總計美元 _____ |
| c. 每月大體收入 | 美元 _____ | |
| d. 所有家庭成員的現金/儲蓄 | 美元 _____ | 總計美元 _____ |

2. 住房成本總額是否超過每月收入和資源？ 是 否

3. 家庭成員是否有貧困移民或季節性工人，其現金和儲蓄是否超過 100 美元或更少？ 是 否

4. 如果問題 1-3 的答案都是肯定的，就符合加急申請條件。符合加急資格？ 是 否

本人確認已篩選此申請人的加急 SNAP 資格、驗證了申請人的身份，並確定該家庭 不是 目前可能符合加急辦理的資格。

篩選人簽名

日期

步驟 1：與我們分享您的情況

如需協助，請填寫此欄問題並簽署您的姓名。如果您能完整填寫該表格，我們可以更快地協助您。

全名（名字、姓氏、中間名首字母）		電子郵箱地址	
家庭地址（號碼和街道名稱）	城市	州	郵政 編碼
郵寄地址（電話號碼和街道名稱或郵政	郵箱)城市	州	郵政 編碼
住宅電話	工作電話	手機號碼	

您的簽名	今天的日期
------	-------

法定代理人：

您可以選擇一個代表。如果您選擇了某人做為您的代理人，請向我們提供有關此人的以下信息，並核實您希望此人為您提供哪些協助。

姓名（名字、姓氏，中間名）	關係	電話號碼	
號碼，街道名稱	城市	州	郵政 編碼

核實您希望代表人做什么：

<input type="checkbox"/> 代表您參加面試	<input type="checkbox"/> 使用您的獨立卡片(現金)	<input type="checkbox"/> 幫您接受通知
<input type="checkbox"/> 為您簽署申請表格	<input type="checkbox"/> 使用您的 SNAP福利	<input type="checkbox"/> 接收您的醫療援助卡

步驟 2：請告訴我們可以為您提供哪些協助

1. 您現在需要什麼樣的協助？（勾選所有適用選項）

- SNAP 現金援助 醫療援助
 介紹兒童保育服務 介紹能源援助

2. 過去 3 個月中，您是否有未支付的醫療費用？

- 是 否

3. 您是否有以下這些問題？

- 斷水斷電 遭受驅逐或喪失抵押品贖回權 沒有食物
 無供暖 無處居住 無力支付兒童保育費用
 其他 _____

4. 您或任何與您同住的人現在獲得了什麼樣的協助？

協助類型	獲得協助者

5. 您或與您同住的任何人是否從馬裏蘭州以外的州獲得援助？（如有，請填寫在以下空白處） 是 否

接受援助的州名 接受援助的時間 協助類型

6. 申請馬里蘭州兒童健康計畫的人是否有雇員健康保險(工作提供的保險)? 是 否

7. 過去 6 個月內，是否有人因申請馬里蘭州兒童健康計畫而放棄了為員工辦理的保險? 是 否

步驟 3：請向我們介紹一下您的家庭情況

8. 與您住在一起的都有哪些人。
 在空白處填寫所有與您同住的人。先寫下您的姓名。未申請福利的成員可選填社會安全號碼和公民身份。

您自己		客戶 ID 號碼
全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	本人 和您的關係	種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	和您的關係	種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	和您的關係	種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼	婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
_____ 全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	_____ 和您的關係	_____ 種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
_____ 出生日期 (月/日/年)	_____ 社會安全號碼	_____ 婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
_____ 全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	_____ 和您的關係	_____ 種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
_____ 出生日期 (月/日/年)	_____ 社會安全號碼	_____ 婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
_____ 全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	_____ 和您的關係	_____ 種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
_____ 出生日期 (月/日/年)	_____ 社會安全號碼	_____ 婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

其他家庭成員		客戶 ID 號碼
_____ 全名 (姓氏、名字、中間名首字母)	_____ 和您的關係	_____ 種族 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
_____ 出生日期 (月/日/年)	_____ 社會安全號碼	_____ 婚姻狀況
正在申請 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有殘疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美國公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

9. 您的家中有孕婦嗎?

全名 (名字、姓氏、中間名首字母)

預產日期

10. 請寫下您家中的缺席型父母

孩子的父母沒有和您住在一起就屬於缺席型父母。此外，如您的配偶沒有與您同住，也請寫下。寫下您對此人的了解。

名字 (名字、姓氏、首字母)	出生日期	住址	社會安全號碼	客戶ID號碼

步驟 4：請與我們分享您的收入情況

11. 在這一欄中，請告訴我們您的家庭成員每月的所有收入，包括賺取的和不勞而獲的收入。

我們需要參考此信息以為您提供合適的福利。請列出所有稅前收入。說明收入類別和金額。（收入類別包括全職或兼職收入、自僱收入、做臨時保姆收入、打零工收入、日工收入、房客/寄宿生租金、社會保障福利、養老金、贍養費、子女撫養費、臨時現金援助以及任何其他賺取或不勞而獲的收入。）

有收入者姓名	收入類別	雇主姓名和住址	收入金額	收入頻率
			美元	
			美元	
			美元	

12. 如您現在沒有工作，您是什麼時候停止工作的？

雇主姓名和住址

停止工作日期

停止工作原因

最后一次領取薪水日期

步驟 5：請與我們分享您的資產

13. 請告訴我們您的資產，包括您擁有的資金和物品。

資產可包括銀行賬戶、存款證明、投資、股票、債券，您不居住的地產。

銀行帳戶或資產類型	帳目金額或資產價值	擁有賬戶/資產者
	美元	
	美元	
	美元	

步驟 6：請與我們分享您的開支情況

僅限申請 SNAP 福利時，回答以下問題。

14. 在這一欄中，請告訴我們您的住房及其他開支。

開支	金額	支付頻率？	支付開支人姓名
租房或按揭貸款	美元		
稅金和保險	美元		
合作公寓或共管公寓租金或土地租金	美元		
水、污水處理、垃圾	美元		
天然氣，電	美元		
電話費	美元		
兒童或成人看管費用(臨時保姆)	美元		
老人或殘疾者醫療支出	美元		
法定規定的兒童扶養費	美元		

15. 您的租金包含取暖費用嗎？ 是 否
 如果租金不含取暖費用，您家里如何采暖？

 您家里如何采暖？
16. 您支付空調費用嗎？ 是 否

 您的公用事業公司或收取您費用的工作人員姓名
17. 有人協助您支付住房費用嗎？ 是 否

 提供協助者全名（名字、姓氏、中間名首字母）
18. 您是否分擔了以上列出的任何住房費用？ 是 否

 分享住房費用人全名（名字、姓氏、中間名首字母） 您的分擔額
19. 您是否居住在公共住房，房租補助法案第 8 節中明列的住房或農民住宅管理局（FMHA）第515條明列的住房？ 是 否
20. 過去 12 個月內，您是否在當前信址獲得過能源援助（供暖或電費方面的國家協助）？ 是 否

家庭申報查詢——如果您正在申請臨時現金援助或補充營養援助計劃，請填寫下表

- 您的家庭中是否有人被判犯有以下罪行：
 - 1996年 8 月 22 日或之後犯有**毒梟重罪**？
 （**大毒梟——製造、分銷、販賣、運輸或攜帶受管制的危險物質入境的共謀犯——組織者、監督者、金融家、或經理人**）。
是 否 如選是，具體是誰？ _____
 - 1996年 8 月 22 日或之後犯有**大宗販毒重罪**？
 （**大宗毒品販——製造、分銷、販賣或持有一定數量的受管控危險物質的個人**）。
是 否 如選是，具體是誰？ _____
- 在 2014 年 2 月 7 日之後，您家中是否有人因嚴重的性虐待、謀殺、性剝削或因違反 1994 年《防止對婦女施暴法》或類似的州法律定義的虐待兒童、性侵犯而被定罪，並且也沒有遵守其判決條款？
是 否 如選是，具體是誰？ _____
- 您家中是否有人目前違反假釋或緩刑判決，或逃避警方或法院？
是 否 如選是，具體是誰？ _____
- 自 1996 年 8 月 22 日以來，您家中是否有人因為沒有如實向聯邦或州法院告知他們的真實居住地或身份，以便在同一個月內從多地獲得SNAP 福利或現金援助而被聯邦或州法院定罪？
是 否 如選是，具體是誰？ _____
- 法院是否因您的家庭成員交易或販賣 500 美元或以上的 SNAP 福利而被定罪？
是 否 如選是，具體是誰？ _____
- 您的家庭成員中是否有人以另一種身份，在另一個家庭或在另一個州領取福利？
是 否 如選是，具體是誰？ _____

客戶權益

根據聯邦民權法和美國農業部 (USDA) 民權法規和政策、USDA、其機構、辦公室和員工以及參與或管理 USDA 計劃的機構不得基於種族、膚色、國籍、性別 (包括性別認同和性取向)、宗教信仰、殘疾、年齡、政治信仰打擊報復由 USDA 進行或資助的任何民權活動。接受美國聯邦財政援助的項目衛生及公眾服務部 (HHS)，如貧困家庭臨時援助 (TANF)，以及 HHS 直接運作的計劃，也被聯邦民權法和 HHS 法規禁止歧視。

殘疾人士如需要其他溝通方式 (例如盲文、大字本、錄音帶、美國手語) 以取得計劃資訊，請與申請福利的機構 (州或地方) 聯絡。耳聾、聽力障礙或有語言障礙的個人可以通過聯邦中繼服務聯繫美國農業部，電話：(800) 877-8339。此外，計劃資訊可能以英語以外的語言提供。

美國農業部為許多糧食安全和減少飢餓計劃提供聯邦財政援助，例如補充營養援助計劃 (SNAP)、印第安保留地領口分配計劃 (FDPIR) 等。若因遭受歧視想投訴某計劃，請登錄以下網址：

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，填寫計劃歧視投訴表 (AD-3027)，表格可在任何美國農業部辦公室獲取或寫信給美國農業部，並在信中提供投訴表格所需的所有資訊。如需索取投訴表的副本，請致電：(866) 632-9992。將填妥的表格或信件郵寄給美國農業部：地址：美國農業部食品與營養局, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 或發送傳真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 也可撥打熱線：(833) 620-1071; 或發送電子郵件至：FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

有關 SNAP 問題的任何其他信息，可撥打美國農業部 SNAP 熱線電話號碼：(800) 221-5689，同時提供西班牙語服務。或致電州信息/熱線號碼 (按州點擊連結查看熱線號碼列表)：在線資訊：[SNAP 熱線](#)。

HHS 為許多改善健康和福祉計劃提供聯邦財政援助，包括 TANF、Head Start、低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP) 等。如果您認為自己因種族、膚色、國籍、殘疾、年齡、性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 或 HHS 直接經營或 HHS 提供聯邦財政援助的計劃或活動中的宗教信仰而受到歧視，您可以為自己或他人向民權辦公室 (OCR) 提出投訴。

若想透過 HHS 為自己或為他人向聯邦經濟援助計劃提出歧視投訴，請透過民權辦公室 (OCR) 的投訴門戶網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> 在線填寫投訴表格。您也可以透過電子郵件聯絡民權辦公室 (OCR)：美國衛生與公眾服務部集中案例管理操作部門，地址：200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201；傳真：(202) 619-3818；或發送電子郵件至：OCRmail@hhs.gov。在提交民權投訴方面需要協助者可以發送電子郵件至 OCRMail@hhs.gov 或撥打民權辦公室 (OCR) 免費電話：1-800-368-1019；文本电话：1-800-537-7697。對於耳聾、聽力障礙或有語言障礙的人，請撥打 7-1-1 以訪問電信中繼服務。

本機構是機會均等的提供者。

本人證明 本人在本表中提供的所有資訊在本人的能力、信念和知識範圍內都是真實、正確且完整的 包括關於申請評定的公民身份和外國人身份的資訊 如資訊不實 愿意承擔偽證罪指控。本人授權任何知道本人的資格事實的個人、合夥企業、公司、協會或政府機構可將該資訊提供給該部門。本人還授權該部門可與任何提供本人福利資格資料的個人、合夥企業、公司、協會或政府機構聯繫。

您的簽名 _____

今天的日期 _____

授權代表簽名（如有） _____

今天的日期 _____

額外信息

如果您需要在空白處填寫其他頁面未寫完的信息，請在此處添加：

Blank lines for additional information.