

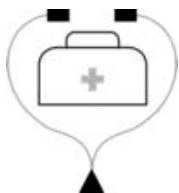
本表用于以下所列的前三个项目。你的个社会工作者可以告诉你如何申请。

订充订养援助订划 (SNAP)



SNAP 帮助低收入家庭买他们身体健康所需要的食物。

医订救助



医疗救助 (MA) 是一项家人和个人的综合保健保险计划，为本州许多低收入居民提供了身体建健服务的机会。根据自己的收入和其他原因，个人可能有资格获得服务。

马里兰州儿童健康计划 (MCHP) 为19岁以下的儿童和符合收入标准的任何年龄的孕妇提供全面的健康福利。您的社会工作者可以跟您讨论收入准则。

订金订助



暂时现金补助 (TCA) 给有孩子的困难家庭的收入和资源不能满足其需求提供现金补助。申请申请和接受 TCA 的人，请参加工作活动。

有儿童家庭的紧急援助 (EAFC) 给面临着危机的家庭提供现金援助，如驱逐或其他紧急情况。

临时残疾援助计划 (TDAP) 给不能工作的成年残疾人提供现金援助。

童保健服订



购买儿童保健 (POC) 计划帮助符合条件的家庭通过用券支付儿童护理费用。可以用券从任何有营业执照的幼儿中心或家购买护理。还可以用券支付给提供儿童保健服务的家庭成员。您的个案经理讲告诉您如何申请这种援助。

能源订助



家居能源补助计划办公室 (OHEP) 通过马里兰州能源补助计划和电力普遍服务计划，帮助家庭支付水电费、减少加热危机、并把能源费用更易负担。您的个案经理讲告诉您如何申请这种援助。

本节是仅供办公使用的					
一类	AU#	状况	机翼业务管理信息 系统 (WOMIS)	需要重新安排案件	
				来自：	更加清晰：
				到：	筛选器：

基本信息

关于补充营养援助计划SNAP

您有权立刻提出 SNAP 申请，填写您的姓名、地址，并在本申请援助表正面签字。
如果您有资格，我们将起收到签字的表格之后提供福利。

如果您给我们提供您的身份证明，并且以下情况之一适用于您，您可以立即获得 SNAP：

- 你的家庭月租或按揭借款和水电费超过了你的家庭收入和资源。
- 你的家庭的每月总收入
低于150美元，并且你的资源，如支票或储蓄账户为100美元或更少。
- 你的家庭有移民或季节性农业工人。

如果您有资格立刻获得SNAP，我们将起您签署此表后在 7 天内处理您的申请。

请不要填写以下问题。仅供办公使用。

加急 SNAP

符合以下快速标准的申请者有资格在7天内获得SNAP福利。家庭必须填写和签署援助申请表并提供身份证明，然后才能批准福利。

1. 本月家庭总收入在扣除前是否低于150美元，以及家庭
现金/储蓄100美元或以下？ 是 不

- | | | |
|-----------------|-----------|------------|
| a. 家庭的月租或按揭借款额 | 美元` _____ | |
| b. 适当的水电费标准 | 美元` _____ | 总额美元 _____ |
| c. 大约月收入 | 美元` _____ | |
| d. 所有家庭的成员现金/储蓄 | 美元` _____ | 总额美元 _____ |

2. 住房总费用是否超过每月收入和资源？ 是 不

3. 家庭成员是否有赤贫的移民或季节性工人，其现金和储蓄
超过超过100美元或更少？ 是 不

4. 如果上面的任何问题的答案是“是”，那就加速处理。是否符合加急条件？ 是 不

本人证明，本人已对这位申请者进行了加急 SNAP 筛查，核对了申请人的身份，并确定该家庭在那个时候可能 不可能
有资格获得快速发债。

筛选者签名

日期

步订1：介订你的情况

要请求援助，请填写本节并签署您的姓名。填写整个表的话，我们可以更快帮助你。

全名（姓，名，中间的字母）		电邮地址	
住址（门牌和街道名称）	城市	国家	邮政编码
邮箱地址（号街道名称或邮政信箱）	城市	国家	邮政编码
家庭电话号码	工作电话号	手机号码	

您的签字	今天的日期
------	-------

授权的代表：

你可以选择一个人代表您。如果您选择来帮您的人，请给我们提供关于这个人的以下信息，并确认您希望这个人做什么。

全名（姓，名，中间的名字）	关系	电话号码	
号码，街道	城市	国家	邮政编码

请确认您希望代表人做什么：

<input type="checkbox"/> 为您提供完整的访谈	<input type="checkbox"/> 使用你的独立性卡（现金）	<input type="checkbox"/> 收到您的通知
<input type="checkbox"/> 签署应用程序	<input type="checkbox"/> 使用您的SNAP利益	<input type="checkbox"/> 收到您的医疗救助卡

步订2：告订我订怎么可以帮您

1. 您现在需要什么样的帮助？（选择所有适用于您）

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> 现金补助 | <input type="checkbox"/> 医疗救助 |
| <input type="checkbox"/> 转介童保健服务 | <input type="checkbox"/> 转介能源补助 | |

2. 过去的三个月内您是否有未付医疗账单？

- 是 不

3. 您有这些问题吗？

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水电关闭 | <input type="checkbox"/> 驱逐或止赎 | <input type="checkbox"/> 没有食物 |
| <input type="checkbox"/> 无热 | <input type="checkbox"/> 没有居住的地方 | <input type="checkbox"/> 不能负担儿童护理费 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |

4. 您或与你一起居住的人现在得到何种的援助？

援助的种类	得到援助的人

5. 您或与您一起居住的人除了马里兰以外，从其他国家得到过援助？(如果得到过，请填写以下空白处)

得到过 没有

得到的国家	什么时候得到	援助的种类
-------	--------	-------

6. 申请马里兰儿童健康计划的人有没有员用的健康保险（你在工作中获得的保险）？ 有 没有

7. 申请马里兰儿童健康计划的人有没有员用的健康保险（你在工作中获得的保险）？ 有 没有

步订3：告订我订你家里的人的情况

8. 告诉我们与您一起居住的人的情况。

关于与您居住的任何人，请填写以下空白处。首先列出你自己的名字。社会安全号码和公民身份对不申请福利的成员是可选的。

你自己	客户 身份证 #	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
全名（姓，名，中间的字母）	跟您的关系	人种
出生日期（月/日/年）	社会安全号码	婚姻状况
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员	客户 身份证 #	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
全名（姓，名，中间的字母）	跟您的关系	人种
出生日期（月/日/年）	社会安全号码	婚姻状况
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员	客户 身份证 #	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
全名（姓，名，中间的字母）	跟您的关系	人种
出生日期（月/日/年）	社会安全号码	婚姻状况
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员		客户 身份证 #
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
全名 (姓, 名, 中间的字母)	跟您的关系	人种
_____	_____	_____
出生日期 (月/日/年)	社会安全号码	婚姻状况
_____	_____	_____
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员		客户 身份证 #
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
全名 (姓, 名, 中间的字母)	跟您的关系	人种
_____	_____	_____
出生日期 (月/日/年)	社会安全号码	婚姻状况
_____	_____	_____
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员		客户 身份证 #
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
全名 (姓, 名, 中间的字母)	跟您的关系	人种
_____	_____	_____
出生日期 (月/日/年)	社会安全号码	婚姻状况
_____	_____	_____
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

以外的家庭成员		客户 身份证 #
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
全名 (姓, 名, 中间的字母)	跟您的关系	人种
_____	_____	_____
出生日期 (月/日/年)	社会安全号码	婚姻状况
_____	_____	_____
申请 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	残疾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

9. 你家里有怀孕的人吗?

全名 (姓, 名, 中间的字母) 预计到期日

10. 请列出你家中任何父母不再身边的孩子。

跟你们不居住的孩子父母也是缺席的父母。而且, 如果他或她不与您居住, 请列出您的配偶。请填写你所知道的关于这个人的信息。

全名 (姓, 名, 首字母)	出生日期	地址	社会安全号码 #	客户的身份证 #

步订4：告订我订关于您的收入

11. 在本节中，请告诉我们你的家庭成员每个月得到的所有钱，包括挣来的和不挣来的。

我们需要这些信息是为了给您正确的福利。请列出扣除前的所有收入。说明收入的种类和金额。（收入的种类包括全职或兼职收入、自谋职业、照看孩子、零工、日工、房客/住宿生费、社会保障福利、养老金、赡养费、子女抚养费、临时现金援助和任何其他赚取或未赚取的收入。）

有收入的人的姓名	收入的种类	雇主的姓名和地址	收入的金额	多久收到一次
			美元`	
			美元`	
			美元`	

12. 如果你现在没有工作，您什么时候离职？

雇主的姓名和地址

离职的日期

离职的原因

收到最后薪水的日期

步订5：告订我订关于您的订订情况

13. 请您告诉我们关于您的资产情况，包括你具有的钱和东西。

资产的例子包括银行账户、存款证明、投资、股票、债券、你不居住的财产。

银行账户或资产的类型	账户的金额或资产价值	有账户/资产人员的姓名
	美元`	
	美元`	
	美元`	

步订6：告订我订关于您的订外订用

要提出SNAP福利的申请，请只回答下面的问题。

14. 在本节中，请告诉我们你的居住地和其他费用的情况。

资产	金额	多久一次？	支付的人的姓名
租金或按揭	美元`		
税务和保险	美元`		
合作社费或公寓费用或地租	美元`		
水、污水、垃圾	美元`		
燃气、电力	美元`		
电话	美元`		
儿童或成人护理费用（照看孩子）	美元`		
老人或残疾人的医疗费用	美元`		
依法承担的儿童抚养费	美元`		

15. 租金中是否包括供暖费？ 是的 没有
 如果您租金不包括供暖，你是如何取暖的？

你如何为你的家供暖？

16. 您是否付空调费？ 是 没有

你的公共事业公司或你支付的人的名字

17. 有人帮助你支付住房费用吗？ 是的 没有

帮助的人的全名（姓、名、中间字母）

18. 你是否分担了上面所列的任何住房成本？ 是 没有

分担住房成本的人的全名（姓，名，首字母）

您的份额

19. 您在公共住房居住吗，第8款房或农民住房管理局 (FMHA) 第515款房？ 是 没有

20. 您过去十二月内在你目前居住的地址得到过能源补助（国家帮助支付供暖或电费）？

家庭声明 - 如果你正在申 金援助或 充 养援助 划， 填写

1. 您家庭里有任何人被判过吗：

a. 在1996年8月22日或之后的毒品重罪吗？

(~~毒梟~~-在制造、分销、配给、运输或带入受控危险物质的阴谋中作同谋的组织者、监督者、资助者或管理者)。

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

b. 1996年8月22日或之后的贩毒重罪？

(~~贩毒重罪~~-制造、分销、配发或拥有一定数量的受控危险物质的一个人)。

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

2. 您家里的人在2014年2月7日之后被判犯有严重性虐待、谋杀、对儿童的性剥削和其他虐待、1994年对妇女暴力法案中定义的性攻击，或类似的州法律，并且也没有遵守其判决条款？

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

3. 您家里有人侵犯假释或缓刑，或逃离警察或法院吗？

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

4. 自1996年8月22日以来，您的家庭中是否有人在联邦或州法院被判有罪，因为他们没有说明自己的居住地或身份的事实，以便在同一个月从多个地方得到SNAP福利或现金援助？

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

5. 您的家庭中的任何成员因交易或贩卖SNAP福利500美元或以上被法院判有罪吗？

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

6. 您的家庭中是否有人用另一个身份或作为另一个家庭的成员或在另一个国家领取福利？

有 没有，如果有，那这位是谁呢？

客户权利

根据联邦民权法和美国的规定。根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规及政策，美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理农业部计划的机构均被禁止在由农业部执行或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、国籍、性别、残疾、年龄进行歧视，或是对以往的民权活动进行打击报复。从美国得到联邦财政援助的项目。卫生与公众服务部(HHS)，如贫困家庭临时援助(TANF)，以及HHS直接运营的项目也被联邦民权法和HHS的法规禁止歧视。

那些需要以替代性通讯手段(如盲文、大字版本、录音带、美国手语等)获取计划信息的残疾人士应与他们申请福利的(州或地方)机构联络。那些耳聋、有听力困难或语言障碍的人士可通过联邦中继服务号码(800) 877-8339与美国农业部联络。此外，计划信息还有其它语言版本。

美国农业部为许多粮食安全和减少饥饿计划提供联邦财政援助，如补充营养援助计划(SNAP)、印第安保留地食品分配计划(FDPIR)和其他计划。欲提交有关计划的歧视投诉，填写美国农业部计划歧视投诉表格(表格AD-3027)，可在线找到在：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，以及在美国农业部的任何办事处或给美国农业部写信并在信中提供该表格所要求的所有信息。欲请一份投诉表，请致电(866) 632-9992。把您已填好的表或信件邮寄给美国农业部：Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314；或传真：(833) 256-1665或(202) 690-7442；或电话：(833) 620-1071；或电子邮件：FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

若需与补充营养援助计划(SNAP)问题有关的任何其他信息，请拨打美国农业部补充营养援助计划热线电话(800)221-5689，该电话号码也有西班牙语服务，或是拨打各州[州信息/热线号码](#)(点击该链接查找各州热线号码)，电话号码清单可在该网页找到：[SNAP 的热线](#)。

HHS 给许多项目提供联邦财政援助，包括包括 TANF、启蒙教育、低收入家庭能源援助计划(LIHEAP)和其他项目，以提高健康和福祉。如果你认为你在 HHS 直接运作或 HHS 提供联邦财政援助的项目或活动中，因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别(包括怀孕、性取向和性别认同)或宗教而被歧视，你可以为自己或他人给民权办公室(OCR)提出申诉

欲提交为自己或另外一个人有关得到 HHS 联邦财政援助的歧视投诉，请访问 OCR 的投诉门户网站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>，并在线填写表格。你也可以通过邮件联系 OCR，地址是：美国集中案例管理操作。卫生与公共服务部在 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C.20201; fax:(202) 619-3818; 或电子邮件：OCRmail@hhs.gov。提交民权投诉方面需要帮助的人可以给 OCR 发电子邮件：OCRMail@hhs.gov，或拨打 OCR 的免费电话：1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697。聋哑人、重听人或语言障碍的人，请拨打 7-1-1，以获得电信中继服务。

本机构提供平等机会。

本人保证，我在本表中提供的信息在我的能力、信念和知识范围内都是真实、正确和完整的，包括关于申请福利者的公民身份和外国人身份的信息，并且若不真实愿意承担伪证罪的陈述。我授权任何知道我的资格事实的个人、合伙企业、公司、协会或政府机构，把该信息提供给本局。我还授权本局跟任何已提供我的福利资格证明的个人、合伙企业、公司、协会或政府机构联系。

您的签字

今天的日期

授权代表的签名 (如有)

今天的日期

订外信息

如果其他页上没有空白处，并且你想要写下信息，请在这面上添加：
