Washington State Department of Social & Health Services

现金或食品补助申请
Application for Cash or Food Assistance

如果您在阅读或填写本申请表格时需要帮助，可请本部协助。

请留下此页，以供您保存。

如何申请现金或食品补助福利？

- **填妥**申请表格。 您今天就可以亲自将申请表格送交到您当地的社区服务处，以便**开始**此项手续。申请表格中必须有的您姓名、地址以及您的签名或者您的受托代表之签名。如果您没有地址，请与您当地的办事处联系，以便询问可从何处获得一个邮寄地址。 如果您需要更多填写栏位，请另附纸页填写。
- 如果您及早开始、填妥并向我们提交申请表格以及本部请您提供的其它资料，您有可能获得更多的福利或者更快获得福利。
- 将您的申请表格送交到您当地的办事处。在 www.dshs.wa.gov 网站上查看各办事处的地点。
- 将您的申请表格传真至1-888-338-7410
- 将您的申请表格邮寄到以下地址：

  DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
  您也可在网站上提出申请，网址是www.washingtonconnection.org

- **对于健康保险福利，您必须在网站上提出申请，网址是www.wahealthplanfinder.org；致电申请，电话号码是1-855-923-4633；或者使用医疗保健计划管理部门(HCA)的健康保险福利申请表格(HCA 18-001)提出申请。**

最快需要多少时间可以获得食品与现金补助？

如果您亟需食品补助福利，请填妥第 3 页上问题 1 至问题 14 栏的内容，并将此表格送交到您当地的办事处。

如果您可出示身份证明*并*符合下列条件之一，本部可*在 7 天之内*就您是否有资格领取食品补助做出决定：

- 本月内，您家的总收入额低于$150，而且流动资产低于$100。
- 您家的收入或财产资源低于您每月的房租及水电煤气与电话费用。
- 您家中有一位贫困的流动农工与农业季节工。

在确定您符合资格后，当日即可颁发福利。 食品补助福利通常在我们收到您申请书的当天开始。 现金补助通常在我们获得全部必要情况以确定您符合资格的当天开始。

公民权利

本机构遵守联邦法律和美国农业部(USDA)以及美国卫生与公共服务部(HHS)的政策，禁止以种族、肤色、原国籍、性别、年龄或身体残障为由，而对任何人进行歧视。 根据 2008 年通过的食品与营养法案以及美国农业部的政策，还禁止以宗教或政治信念为由，而对任何人进行歧视。 如需对歧视行为提出投诉，请联系美国农业部或美国卫生与公共服务部。 请致函美国农业部，地址是：USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410；也可以打电话联系，电话号码是 202) 720-5964（语音应答电话及 TDD 专线）。 请致函美国卫生与公共服务部，地址是：HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201；也可以打电话联系，电话号码是(202) 619-0403（语音应答电话），或(202) 619-3257（TTY 专线）。美国农业部和美国卫生与公共服务部均为提供平等机会的雇主。

移民身份及社会安全号码

您也许能为与您居住在一起的某些人士申领补助，即使与您居住在一起的其他人因其移民身份而不能获得补助。 您必须向本部讲明所有相关申请人的移民身份。

根据联邦法律（联邦条例法典(CFR)第 45 条第 205.52 节、第 7 条第 273.6 节），您必须向本部提交与您居住在一起且申请贫困家庭临时补助(TANF)或食品补助者的社会安全号码(SSN)。 我们还需要与您居住在一起但未提出申请之家长及配偶的社会安全号码。

我们利用社会安全号码来查验身份、核实资格条件、防止欺诈行为，并征收索偿款项。 为了管理本部的计划并遵循法律规定，我们会与其它机构交换情况。 我们还会向设法捕获在逃重罪犯的执法机构提供这一情况。

隐私权及您的现金与食品补助福利

2008年通过的食品与营养法案之修订案允许本部收集我们在申请表格中要求提供的各项情况，其中包括每一位家庭成员的社会安全号码。 提供所要求的情况纯属自愿。 然而，若不提供社会安全号码或社会安全号码的申请凭证，而且无正当理由，则会导致我们拒绝批准每一位不提供社会安全号码者的基本食品补助福利。我们利用计算机核对程序（包括联邦收入与资格核实系统(IEVS)）来核实此类情况。

您向社会福利服务部报告的情况可能会影响您获得由医疗保健计划管理部门及医疗福利交换系统所管理的健康保险之资格。

我们利用此类情况：	我们可将此类情况提交给：
• 决定谁有资格参加本部的计划。 • 征收溢付款项。 • 管理本部的计划。 • 确保本部遵循法律。	• 联邦与州府机构，供官方使用。 • 执法机构，藉以追捕逃避法律制裁之逃犯。 • 私人征款机构，藉以征收食品补助金溢付款项。

食品补助计划处罚警告

我们将食品补助福利申请人的情况提交给其它联邦机构，藉以核实相关情况是否正确。 若有任何不实情况，该申请人将不能获得食品补助。 若某人明知情况不实但仍提供该虚假情况，则会受到刑事起诉。 对蓄意违反食品补助规则之行为规定有各种不同的处罚办法，包括取消计划资格、罚款或监禁等。

Washington State Department of Social & Health Services

食品与现金补助申请

Application for Food and Cash Assistance

如果您在填写此表格时需要帮助，请告诉我们。

1. 名字　中间名缩写　姓氏	申请人或其授权代表之签名（必填内容）	2. 个案当事人识别号码（若知道则请填写）
3. 您家所在的街道名称及门牌号码　城市　州　邮政编码		4. 住宅/首选电话号码
5. 邮寄地址（若与住址不同，则需填写）　城市　州　邮政编码		6. 其它电话号码
		7. 电子邮件地址

8. 本人申请（请勾选所有适用方框）：
☐ 现金补助　☐ 食品补助　☐ 托儿服务

9. 我本人或我家中某一成员（请勾选所有适用选项）：☐遭受家庭暴力　☐ 患有残障
☐ 由于健康问题而无法工作　☐ 目前怀孕；姓名：_____预产期：_____

10. 根据您的预计，本月您的家庭收入将是多少？ $_____

11. 您家的现金与存款金额是多少？ $_____

12. 您家的房租或房屋贷款支出是多少？ $_____

13. 您家的水电煤气与电话费用支出是多少？$ ☐ 暖气/冷气费用　☐ 电话费用　☐ 其它开支：_____

14. 您家里是否有任何人是流动农工与农业季节工？ ☐ 是 ☐ 否

15. 若申请申请食品补助，请问您家中有几人需要您为其购买食品和提供饭食？_____

16. 若申请托儿服务，您在进行何种活动时需要看护（选择所有符合条件的选项）？
☐ 工作　☐ 学校　☐ Workfirst ☐ 基本食物就业和培训(BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ 我需要口译员服务。 我讲：_____或者 ☐ 手势语；请将寄给本人的信件翻译成：_____

18. 请列出您家中的每一位成员，即使您不为其申请补助也需列明（请视需要加页填写）。

姓名（名，中间名，姓）	性别 男或女	此人与您的关系？	出生日期	若您想为此人申请福利待遇，请勾选方框	非申请人可自愿填写此栏			
					社会安全号码	若是美国公民，请勾选方框	种族（请参阅以下范例）	部落名称（适用于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民）
		我本人		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. 本人的族裔背景是西班牙裔或拉美裔：☐是 ☐ 否

种族与族裔背景情况属于自愿提供的情况。 对于食品补助福利申请，如果您未提供任何情况，美国农业部(USDA)则要求我们代您回答。**种族类别示例：**白人、黑人或非洲裔美国人、亚裔、夏威夷本土居民、太平洋群岛居民、美国印第安人、阿拉斯加本土居民，或者任何其他混血族裔。

申请人姓名	社会安全号码	个案当事人识别号码

I. 一般情况

1. 在最近 30 天内，本人曾经从其它州、部落或其它来源获得现金或食品补助福利。 ☐ 是 ☐ 否
2. 本人为其申请福利者居住在华盛顿州境外：☐是 ☐ 否 该人是：_____
3. 我本人或我家中某一成员为受资助的外籍人士：☐是 ☐ 否 该人是：_____
4. 本人或我家中某位 16 岁或此年龄以上者目前就读(请勾选所有适用项) ☐高中同等学历教育
   ☐ 高中 ☐ 大学 ☐ 商贸学校 该人是：_____
5. 本人或本人为其申请福利者愿意获得关于就业和培训服务(BFET)的信息。 ☐ 是 ☐ 否
6. 我家中某一成员暂时迁出：☐是 ☐ 否 该人是：_____
7. 本人或本人为其申请福利者曾在军队中服过兵役：☐是 ☐ 否 该人是：_____
8. 某人是（在世或已去世的）曾在军队中服过兵役者之依亲子女或配偶：☐是 ☐ 否
9. 本人或本人为其申请福利者在犯重罪后潜逃，以图逃避法庭审判或被监禁。 ☐ 是 ☐ 否
10. 本人居住在：☐自己的住宅或出租公寓 ☐合住家庭 ☐ 其它：_____
    ☐ 机构设施（请列明类别）：_____ 入住日期：_____
11. 本人： ☐单身 ☐ 已婚 ☐ 已离婚 ☐ 分居 ☐ 孀居或鳏居
    ☐ 已登记的同居伴侣关系

II. 财产资源（请随附凭证；仅限现金）

财产资源系指您拥有或正在购置的任何可出售、换购或转换成现金的一切财产，或者由他人代管的资金。 财产资源不包括家具或衣物之类的个人财产。 下面举例说明财产资源的内涵：

- 现金
- 支票账户
- 储蓄账户
- 大学教育基金
- 信托基金
- 个人退休账户 (IRA)/401k
- 房产、地产或建筑物
- 定期存单
- Money Market 储蓄账户
- 债券
- 退休金
- 丧葬基金（预付计划）
- 商业设备
- 家畜
- 人寿保险

请列明您本人、您的配偶或您为其提出申请人所拥有或正在购置的财产资源。

服务资源	拥有者	地点	价值	拥有者	地点	价值
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者拥有汽车、卡车、货车、船只、露营车或其它车辆。

出厂年份（例如 1980 年）	制造商（例如 FORD）	型号（例如 ESCORT）	若为租赁车辆，请勾选方框	若该车辆用于医疗服务目的，请勾选方框	尚欠金额
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者于最近五年内曾出售、换购、赠送或转让财产资源（包括信托基金、车辆以及终生物权产业）：☐是 ☐ 否 若是如此，请写明是何财产资源：_____出售、换购、赠送或转让的时间：_____

III. 年金（某一家庭成员之投资，且该投资可使其在目前或将来定期获得付款收入。）

此年金的拥有者是何人?	公司或机构?	价值金额	每月收入金额	购置日期
		$	$	
		$	$	
			$	$

申请人姓名	社会安全号码	个案当事人识别号码

IV. 工资收入　请随附凭证

1.本人、本人的配偶或本人为其申请福利者的就业已经于最近 60 天内停止：☐是 ☐ 否

2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者有工资收入：☐是 ☐ 否　若是如此，请填写此栏内容：

此工资收入者是何人 雇主姓名或名称以及电话号码 开始日期 此工作是否属于自雇业？ ☐ 是 ☐ 否	工资的总金额（各项扣减前的金额，以美元计算） $_____每：☐ 小时 ☐ 周 ☐ 每两周一次 ☐ 每月两次 ☐ 每月一次 每周工作小时数：_____ 发薪日（例如，每月第一日及第十五日，或每个周五）：
此工资收入者是何人 雇主姓名或名称以及电话号码 开始日期 此工作是否属于自雇业？ ☐ 是 ☐ 否	所得工资之总金额（各项扣减前的金额，以美元计算） $_____每：☐ 小时 ☐ 周 ☐ 每两周一次 ☐ 每月两次 ☐ 每月一次 每周工作小时数：_____ 发薪日（例如，每月第一日及第十五日，或每个周五）：

V. 其它收入（请随附凭证；适用于所有家庭成员）

- 失业救济金
- 社会安全保险金
- 来自部落的收入
- 赌博收入
- 教育福利金（学生贷款、补助金、勤工俭学）
- 安全收入津贴(SSI)
- 儿童赡养费及配偶赡养费
- 铁路工人福利金
- 租金收入
- 退休金或养老金
- 退伍军人行政管理局(VA)或军人福利金
- 劳工与工商保险(L&I)
- 信托基金
- 利息/股息

非薪资收入类别	此工资收入者是何人？	每月总金额	此工资收入者是何人？	每月总金额
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$

VI. 每月开支

房租	房屋抵押贷付款	场所租金	屋主保险费	房地产税	其它费用
$	$	$	$	$	$

您的家庭除了房租或按揭以外还支付哪些公用设施费用？

☐ 取暖（电/煤气） ☐ 电费（不包括取暖） ☐ 水 ☐ 家庭电话/手机 ☐ 下水道 ☐ 垃圾处理

其他人或机构（例如补贴住房服务机构等）协助我支付上述全部或部分费用：☐是 ☐ 否

若是如此，请问是何人或机构：_____哪些开支：_____由其他人或机构支付的金额：$_____ 本人、本人的配偶或我家中某位成员支付或应该支付下列费用（请勾选所有适用方框）：

☐ 托儿服务或者依亲成人照看服务（包括交通费用）	每月支付金额： $	支付人：
☐ 残障人士或 60 岁以上者的医疗费用账单（包括交通费用及健康保险费）	每月支付金额： $	支付人：
☐ 儿童赡养费（请随附凭证）	每月支付金额： $	支付人：

如果您不报告上列任何一项费用开支，我们将据此认为您的家庭已声明您不希望减除此项费用开支。

VII. 获授权代表

获授权的代表系指经您允许与 DSHS 讨论您的福利事宜之人士。 您可以指派某人为获授权的代表，但并不要求您必须这样做。

您是否有一位获授权的代表？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否为您的法定监护人？ ☐ 是 ☐ 否

您可能需要填妥“授权代表声明书”表格(DSHS 14-532)。

姓名	与您的关系	电话号码

邮寄地址	城市	州	邮政编码

声明与签名

若为成人申请现金补助，则您家中的所有成人（或者授权代表）均须签名。

若申请食品补助，则申请人（或者授权代表）必须签名。

本人明白，我必须：

- 提供正确的情况，并遵循情况报告要求。
- 提供证实本人符合资格的证明文件。
- 在我领取贫困家庭临时辅助计划(TANF)补助期间，把我对儿童赡养费支付款的特定权利转让给华盛顿州府。 然而，本人明白，如果征收儿童赡养费会使我本人或我的子女受到危害，我可以请DSHS停止征收儿童赡养费。
- 遵守食品补助计划有关就业的规定要求。

如果本人不遵守上述规定，我将得不到福利或者须偿还为我支付的款项。

本人明白，如果我蓄意编造虚假陈述或者不报告明知本应报告的情况，则会受到刑事起诉。

本人授权DSHS在必要情况下与其他人员或机构联系，以便代我获取证明本人符合资格的凭证。

本人已经阅读或者已由他人向我说明本人的相关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，DSHS 14-113。 **本人特此证实或声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况（包括涉及申请福利之家庭成员的公民身份和外籍人士身份相关情况）属实且正确。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。**

申请人签名	日期	申请人姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
其他成年申请人签名	日期	其他成人之姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
协助填写者或代表签名	日期	代表之姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
见证人之签名（若以"X"代签则须见证人签名）	日期	见证人之姓名（请工整填写）	