

**乔治亚州公众服务部**  
**SNAP/MEDICAID/TANF 续期表格**

如果您在阅读或填写本文档中需要帮助，或需要与我们沟通，请咨询我们或致电 (877) 423-4746。我们提供的服务（包括口译员）全部免费。如果您是耳聋人士、听障人士、聋盲人士或表达有困难，您可以拨打 711（乔治亚州中继电话），通过以上电话号码联系我们。

<b>仅限办公室内部使用：</b> 收到日期 _____ 客户 ID # _____ 启动日期： _____		
已启动的计划：  TANF  SNAP  Medicaid		

如果您要重新申请补充营养援助计划（SNAP）或更新您的贫困家庭临时救助计划（TANF）或 Medicaid 福利，您可以提交此续期表/申请表，只需填写您的姓名、地址和签名即可。但是，如果您完整填写表格并按要求提供信息核实，将有助于我们更快地处理您的申请、重新认证/续期。您可以使用此表提交 SNAP/Medicaid 和/或 TANF 计划的联合续期/申请，或仅提交 SNAP 续期/申请。您的 SNAP 续期不会仅仅因为您的其他计划续期/申请被拒绝/终止而终止。我们将对您的 SNAP 续期进行单独资格认定。

**请在下面的空白处填写重新申请福利人的姓名和地址：**

客户姓名：	出生日期：	社会保险号码： (非申请人选填*)
您是否无家可归？ 是 _____ 否 _____		*请参阅下面的公民、移民身份和社会保险号码。
街道地址：		
邮寄地址：		
主要电话号码：	其他联系电话：	
电子通讯： 电子邮件：是 _____ 或否 _____ (选填) 短信：是 _____ 或否 _____ (选填)	电子邮件地址 (选填)	
您的首选语言是？	如果需要面谈， 您是否需要口译员？ 是 _____ 或否 _____	

**《美国残障人士法》：请求合理的修改和沟通协助（如适用）：**

您是否身患残疾、并且有需要合理修改或沟通帮助的要求？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

(如果选择“是”，请说明您要求的合理修改或沟通协助)：

手语翻译 \_\_\_\_\_； 听障电话 (TTY) \_\_\_\_\_； 大字体印刷 \_\_\_\_\_； 电子通讯 (电子邮件) \_\_\_\_\_；  
布拉耶盲文 \_\_\_\_\_；

可视手语中继 \_\_\_\_\_； 提示语翻译 \_\_\_\_\_； 口译员 \_\_\_\_\_； 触觉译员 \_\_\_\_\_； 电话提醒计划截止日期 \_\_\_\_\_；  
电话签名 (如适用) \_\_\_\_\_； 面谈 (家访) \_\_\_\_\_；

其他： \_\_\_\_\_

您需要的合理修改或沟通协助属于一次性 \_\_\_\_\_ 还是持续性 \_\_\_\_\_？

如有可能，请简要说明何时需要修改或协助？ 需要多长时间？

本人声明，据本人所知和所信，本人所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如有不符，自愿承受伪

证处罚。本人进一步证明，据本人所知，本申请表所提供的信息均属真实及正确。本人理解并同意，公众服务部-家庭及儿童服务部 (DHS- DFCS) 和社区卫生部 (DCH) 及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。这些信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白，本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据 SNAP / Medicaid 和/或 TANF 的要求报告关于本人的所有相关变更情况。如果本人的家庭成员中有人获得彩票或博彩奖金、且总金额达到 4500 美元或以上 (税前或扣除杂费前)，本人也会报告。本人将在家庭成员收到奖金当月底起 10 日之内报告奖金金额。本人明白，如果提供的信息不准确，本人的福利可能会减少或被拒绝，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被 DHS-DFCS 取消申请资格。本人明白，如果本人提供虚假资料或隐瞒信息，本人可能会被起诉。本人明白，如果本人未能在申请或续期过程中告知 DHS-DFCS 本人的某些费用支出，DHS-DFCS 在计算本人的 SNAP 福利金额时不予考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部 (“DHS”) 会在您申请福利时收集个人信息 (PII)，包括姓名、地址、电话号码、电子邮件地址和出生日期等。您向我们提交任何个人信息，即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

签名： \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

证人签名 (如于“X”处签署无误) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### Pathways 医疗援助：

Pathways 医疗援助 (Pathways Medical Assistance) 是一项计划，可向 19 至 64 岁、家庭收入最高达到联邦贫困线 (FPL) 100% 水平、没有其他资格享受 Medicaid 且符合条件要求的个人提供免费或减价 Medicaid 保险。如果您希望考虑参加 Pathways 计划，请同时填写《附件 D》。

### 授权代表：

只有在您希望由他人或组织填写您的申请表/续表、完成您的 SNAP 或 TANF 面谈、以及/或在您不能去商店时使用 SNAP EBT 卡购买食品时，才需要填写本部分。请在每个计划类型中勾选您希望指定的授权代表。请勾选您希望该人或组织承担哪些职责。如果您正在申请 Medicaid，您可以选择一人以上或某个组织代表您申请医疗援助。

授权代表 1 计划类型：SNAP  TANF  医疗援助

授权代表 1 职责：代表申请人签署申请书  完成并提交续期表格  接收通知和其他通信的副本  代表申请人处理所有其他事务  领取 TANF 福利卡 (Way2Go)

人员姓名 1 \_\_\_\_\_  
机构名称 1 (如适用)： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_ 公寓： \_\_\_\_\_  
城市： \_\_\_\_\_ 州/省： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_  
电子通讯：电子邮件：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ (选填) 短信：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ (选填)  
电子邮件地址 (选填) \_\_\_\_\_  
首选语言： \_\_\_\_\_ 是否需要口译员？是 \_\_\_\_\_ 或否 \_\_\_\_\_

授权代表 2 计划类型：SNAP  TANF  医疗援助

授权代表 2 职责：代表申请人签署申请书  完成并提交续期表格  接收通知和其他通信的副本  代表申请人处理所有其他事务  领取 TANF 福利卡 (Way2Go)

人员姓名 2： \_\_\_\_\_  
机构名称 2 (如适用)： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_ 公寓： \_\_\_\_\_  
城市： \_\_\_\_\_ 州/省： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_  
电子通讯：电子邮件：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ (选填) 短信：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ (选填)  
电子邮件地址 (选填) \_\_\_\_\_  
首选语言： \_\_\_\_\_ 是否需要口译员？是 \_\_\_\_\_ 或否 \_\_\_\_\_

《美国残障人士法》：[授权代表合理的修改和沟通协助请求 \(如适用\)](#)：

授权代表是否身患残疾？是否有合理修改或沟通帮助的要求？是\_\_否

(如果选择“是”，请说明您要求的合理修改或沟通协助)：

手语翻译 \_\_\_\_\_； 听障电话 (TTY) \_\_\_\_\_； 大字体印刷 \_\_\_\_\_； 电子通讯 (电子邮件) \_\_\_\_\_； 布拉耶盲文 \_\_\_\_\_；  
 可视手语中继 \_\_\_\_\_； 辅助语言口译员 \_\_\_\_\_； 口语口译员 \_\_\_\_\_； 触觉译员 \_\_\_\_\_； 电话提醒计划截止日期 \_\_\_\_\_；  
 电话签名 (如适用) \_\_\_\_\_； 面谈 (家访) \_\_\_\_\_；

其他： \_\_\_\_\_

授权代表需要一次性合理修改或沟通协助、还是持续的合理修改或沟通协助 \_\_\_\_\_？ 如有可能，请简要说明何时需要修改或协助？需要多长时间？ \_\_\_\_\_

**仅限 Medicaid:**

您是否打算明年提交联邦所得税申报表？ (即使您不提交联邦所得税申报表，您仍然可以申请健康保险。)

是  否 如果选择“是”，请回答问题 a、b、c。如果选择“否”，请回答问题 c。

- a. 您是否会和配偶一起联合申报？  是  否 如果选择“是”，配偶姓名： \_\_\_\_\_
- b. 您是否会在纳税申报表中申报任何受抚养人？  是  否  
 如果选择“是”，受抚养人姓名： \_\_\_\_\_
- c. 是否有人会出现在其他人的纳税申报单受抚养人名单中？  是  否  
 如果选择“是”，请列出纳税申报人和税收受抚养人的姓名： \_\_\_\_\_  
 受抚养人与纳税申报人的关系如何？ \_\_\_\_\_

**社区外展服务**

如希望了解更多公众服务部 (DHS) 提供的其他服务信息，请访问我网站 [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) 或请拨打 (877) 423-4746。请回答所有问题，并按要求提供所有收入和支出证明。

**公民、移民身份和社会保险号码：**

请在下表中填写关于申请人和所有家庭成员信息。

以下是联邦法律法规：依据 2008 年 7 月发布的《食品与营养法案》U.S.C. § 2011-2036, 7.C.F.R. § 273.2、45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, 和 42 C.F.R. § 435.920 授权家庭和儿童服务部 (DFCS)，以索取您和您的家庭成员的社会保险号码。任何住在您家中但没有申请福利的人都可能被视为**非申请人**。非申请人不必向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份等信息，也无资格享受福利。其他家庭成员如果符合申请条件，仍然可以获得福利。如果您想让我们审核您的任一家庭成员是否有资格享受福利，您仍然需要告知他们的公民身份或移民身份，并提供他们的社会保险号码 (SSN)。您仍然需要告知我们他们的收入和资金，以确定家庭的申请资格和能享受的福利水平。如果他们没有向我们提供他们的公民身份或移民身份，我们不会向美国公民和移民服务局 (USCIS) 的外国人权利系统性核查 (SAVE) 系统报告任何非申请人的家庭成员。但是，如果在您的申请中已经提交了移民身份信息；该信息可能需要通过 SAVE 系统进行验证，并可能影响相关家庭的资格和福利水平。我们会将您的信息与其他联邦、州和地方机构进行比对，以核实您的收入和资格。这些信息也可能会提供给执法人员，以用于抓捕在逃人员。如果您的家庭有 SNAP 索赔申请，本申请表上的信息 (包括 SSN) 可能会提供给联邦和州机构以及私人索赔收款机构，供其在索赔收款时使用。我们不会因为其他家庭成员未能提供社会保险号码、公民身份或移民身份而剥夺申请福利的家庭成员的资格。如果您仅申请紧急医疗服务，则不需要提供您的社会保险号或您的移民身份信息。

名字	中间名	姓氏	西班牙裔或拉丁裔? (选填)	种族 (选填)	性别 男/女	出生日期 格式 (年/月/日)	与您的关系	社会保险号码 (非申请人选填)	您是否美国公民、美国国家合法移民或具有合法的移民身份? (仅限申请人填写) (是/否)	孩子的母亲是否合住在一起? (是/否)	孩子的父亲是否合住在一起? (是/否)	您是否想获得医疗保险? (是/否)
			(是/否)				仅自己		(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)

			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
			(是/否)						(是/否)	(是/否)	(是/否)	(是/否)
<p><b>种族代码</b> (请选择所有适用选项) :</p> <p><b>AI</b> - 美洲印第安人或阿拉斯加原住民                      <b>AS</b> - 亚裔    <b>BL</b> - 黑人或美籍非裔</p> <p><b>HP</b> - 夏威夷族或其他太平洋岛民                              <b>WH</b> - 白人</p> <p>提供种族/民族信息，即表示您将帮助我们以非歧视的方式管理我们的计划。您的家庭无需向我们提供这类信息，并且，提供与否也不会影响您的资格或福利水平。但是，如果您没有提供这些信息，在第一次面谈时，我们会对您的种族和民族进行视觉判断。</p>												

如果您或其他家庭申请人是已归化公民或合格的外国人/移民，请填写以下表格：  
(请根据需要添加额外页面)

姓名 名字 中间名首字母 姓氏	移民文档类型	外国人/证书/文件 ID 号码	您是否自 1996 年起 就在美国居住? (是/否)	入籍日期 / 入境或 获准进入美国的日 期 (如适用) 格式 (年/月/日)	您或您的配偶或父母 是否是美国军队的老 兵或现役成员? (是/否)

**仅限 Medicaid:**

您家中是否有人在 18 岁时接受过寄养?  是  否  
如果您有非同住的纳税受抚养人，请在下面列出。

姓名: \_\_\_\_\_ 社会安全号 \_\_\_\_\_ 性别男 女 (请圈选一项)  
出生日期: \_\_\_\_\_ 公民身份 \_\_\_\_\_  
与您的关系: \_\_\_\_\_ (请根据需要添加额外页面)

**请告诉我们更多有关申请人和其所有家庭成员的情况**

我们需要更多关于申请人和其所有家庭成员的信息，以便决定谁有资格享受福利。请在以下页面中仅回答您希望获得的福利的问题。

- 是否有人在其他县或州获得过任何福利? (仅适用于 SNAP 和 TANF)  是  否  
如果选择“是”:  
谁: \_\_\_\_\_  
在哪里: \_\_\_\_\_  
具体时间: \_\_\_\_\_
- 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后，因提供有关住址及身份的虚假资料，以在多地获得多项 SNAP 福利而被定罪? (仅适用于 SNAP)  是  否  
如果选择“是”:  
谁: \_\_\_\_\_  
在哪里: \_\_\_\_\_  
具体时间: \_\_\_\_\_
- 您家中是否有人在提交申请 30 天内自愿辞职或自愿将每周工作时间减少至 30 小时以下? (仅适用于 SNAP 和 TANF)  是  否  
如果选择“是”：谁辞职了? \_\_\_\_\_  
辞职原因? \_\_\_\_\_
- 是否有人怀孕了? (此问题不适用于 SNAP 申请人)  是  否  
如果回答为“是”，请注明孕妇姓名: \_\_\_\_\_  
预产期是什么时候? \_\_\_\_\_; 预计生几个婴儿? \_\_\_\_\_  
如果选择“否”，在过去 12 个月内是否有人分娩或终止妊娠?  是  否  
如果回答为“是”，请注明孕妇姓名: \_\_\_\_\_  
分娩/终止日期是什么时候? \_\_\_\_\_; 预计生几个婴儿? \_\_\_\_\_  
\*仅适用于 TANF 申请人，请提供以下信息：  
未出生婴儿父亲的姓名: \_\_\_\_\_ 父亲地址: \_\_\_\_\_

5. 对于 Medicaid 申请人，是否有人在过去 3 个月内有未付医药费?  是  否

如果选择“是”，如果您正在申请 Medicaid，请发送未支付的账单。

6. 是否有人被取消 SNAP 或 TANF 计划的资格？（仅适用于 SNAP 和 TANF）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_

在哪里：\_\_\_\_\_

7. 是否有人为逃避重罪起诉或监禁而逃跑？（仅适用于 SNAP 和 TANF）  是  否

如果选“是”，说明具体是谁？\_\_\_\_\_

8. 是否有人违反缓刑或假释的条件？（仅适用于 SNAP 和 TANF）  是  否

如果选“是”，说明具体是谁？\_\_\_\_\_

9. 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后因持有、使用或分发受管制药物（即毒品重犯）而被判定犯有重罪（仅适用于 SNAP 和 TANF）或暴力重罪（仅适用于 TANF）？  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_ 具体时间：\_\_\_\_\_

a. 您是否遵守毒品重罪判刑相关的缓刑条款？（仅适用于 SNAP）  是  否

b. 您是否遵守毒品重罪判刑相关的假释条款？（仅适用于 SNAP）  是  否

c. 您是否服完了**所有与任何毒品相关的缓刑或假释刑期**？（仅适用于 SNAP）  是  否

10. 在 1996 年 8 月 22 日之后，您或您的任何家庭成员是否因用 SNAP 福利换取毒品而被定罪？（仅适用于 SNAP）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_ 具体时间：\_\_\_\_\_

11. 在 1996 年 8 月 22 日以后，您或您的任何家庭成员是否曾因购买或出售 SNAP 福利且获利超过 500 美元被定罪？（仅适用于 SNAP）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_

具体时间：\_\_\_\_\_

12. 在 1996 年 8 月 22 日之后，您或您的任何家庭成员是否因用 SNAP 福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪？（仅适用于 SNAP）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_

具体时间：\_\_\_\_\_

13. 在 2014 年 2 月 7 日之后，作为已成年的您或您的家人是否：曾因严重性虐待、谋杀、性剥削和其他虐待儿童行为被判有重罪；犯有违反联邦或州法律的性侵犯罪行；或根据州法律被州检察长认定犯有与此类罪行大体相似的罪行？（仅适用于 SNAP）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_

具体时间：\_\_\_\_\_

a. 您是否遵守因重罪定罪结果而判处的任何判决之相关缓刑条款？（仅适用于 SNAP）  是  否

b. 您是否遵守犯有重罪判刑相关的假释条款？（仅适用于 SNAP）  是  否

c. 您是否服完了**所有与任何重罪相关的缓刑或假释刑期**？（仅适用于 SNAP）  是  否

14. 您或任何家庭成员是否收到过彩票或博彩奖金？  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_ 具体时间：\_\_\_\_\_ 获得的金额：\_\_\_\_\_

15. 是否有人在以下场所、酒类商店、赌场、扑克室、成人娱乐场所、抵押金酒店、夜总会、沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙使用过 TANF 福利或 Way2Go 卡？（仅适用于 TANF）  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_ 具体时间：\_\_\_\_\_

16. 是否有申请福利的人目前正在领取赡养费？  是  否

如果选择“是”：

谁：\_\_\_\_\_

每月领取金额：\_\_\_\_\_

赡养费协议敲定或最后修改日期：\_\_\_\_\_

**仅适用于 SNAP 和 TANF：**

**接受高等教育的学生：您家里是否有人在专科学校、大学、职业学校或技术学校半工半读？**

是  否 如果选“是”，具体是谁：

学校名称：\_\_\_\_\_ 年级/状态：\_\_\_\_\_ 毕业日期：\_\_\_\_\_

学生是否就业？  是  否 是否参加了勤工俭学？  是  否

如果选择“是”，每周工作时间\_\_\_\_\_（请填写以下就业部分的信息。）

**仅适用于 SNAP：**

**是否有 60 岁及以上老年人或残疾人产生医疗费用？**  是  否

您的医疗费用（例如 Medicare 保费、处方药费用或医院账单）是否发生变化？  是  否

如果回答为“是”，请在下表中列出开支，并附上最近一个月的账单。

家庭成员账单	费用类型 (医生、医院、处方)	名下数量	账单日期：	保险公司是否代 为支付？ 是/否

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人因医疗产生交通费用？  是  否

如果选择“是”，请在下面填写相关信息。如果您正在领取 Medicaid，请提供凭证：

出行目的（问诊或上医院；药房取药）	总行驶里程：	出租车、公共汽车、停车费用或住宿费用：
-------------------	--------	---------------------

是否有其他人为您支付这些医疗费用？  是  否

如果选择“是”，请提供以下信息：

支付了哪些费用？	付款人是谁？
该人向谁支付了这些账单？	地址：

**仅限 Medicaid:**

**其他健康保险**

现在有哪些人加入了以下健康保险?

- 乔治亚州公众服务部 Medicaid  PeachCare for Kids®  医疗保险
- VA 医疗保健计划  军人保险 (TRICARE) (如果您有直接护理或 Line of Duty 职责, 请不要勾选)
- 雇主责任险: 保险名称 \_\_\_\_\_ 保单号码 \_\_\_\_\_
- 其他: 保险名称 \_\_\_\_\_ 保单号码 \_\_\_\_\_

除了 Medicaid 之外, 您是否还有其他健康保险? 是  否

如果选择“是”, 请提交一份保险卡副本。

**资源:**

(MAGI Medicaid 除外): 您的家人是否拥有以下资源?

是  否 (如果选择“是”, 请在下面提供相关信息。如果您正在接受老年人、盲人或残疾人 Medicaid (不包括医疗保险储蓄计划, 如 QMB、SLMB 或 QI-1), 请提供凭证。



资源类型	所有者	账户/保单编号 (如果您的账户/保单编号与您的社会保险号相同, 请勿填写)	金额	银行名称、保险公司名称等。
现金				
支票账户/储蓄账户				
信用合作社				
养老金				
股票或债券				
保险箱				
退休金帐户 (适用于非 MAGI)				
车辆 (适用于非 MAGI)				
存款单/养老金 (适用于非 MAGI)				
预付费葬礼计划				
墓地 (适用于非 MAGI)				
信托基金 (适用于非 MAGI)				
非住宅物业				
住宅物业 (适用于非 MAGI)				
人寿保险 (适用于非 MAGI)				
其他				

**仅限老年人、盲人或残疾人 Medicaid:**

您、您的配偶或您代表申请的某人在过去 60 个月内是否出售、交易或赠送过资源。 是 否

如果选择“是”，请说明。\_\_\_\_\_ 具体时间: \_\_\_\_\_

**适用于 SNAP、TANF 和 Medicaid:**

就业: 您的家人是否有人工作? 是 否

如果选择“是”，请列出受雇者受雇期间的薪资信息，如工资、奖金和小费，并附上过去 4 周所有总收入的证明。

工作者	雇主	每 小时收入	每 周工作 时间	付费 频率	付款日期	奖金	小费

目前是否有人参与罢工? 是 否

**仅限 Medicaid:  
税前费用:**

☞ 健康保险 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_ ☞ 视力保险 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_  
 ☞ 牙科保险 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_ ☞ 其他扣除类型 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_  
 ☞ 其他扣除类型 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_ ☞ 其他扣除类型 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_  
 ☞ 其他扣除类型 \$ \_\_\_\_\_ 频率? \_\_\_\_\_  
 还有更多? 请另附一张纸说明。

**税前费用是从您的收入中扣除的税额。并非所有的扣除项都属于税前费用。**

**纳税申报扣除额:**

请勾选所有适用选项, 标明金额和支付频率。

**注意:** 您不应该把您已经考虑到的成本包含在您的自主创业问题答案中。

☞ 赡养费 \$ \_\_\_\_\_ 多久一次? \_\_\_\_\_ ☞ 学生贷款利息 \$ \_\_\_\_\_ 多久一次? \_\_\_\_\_  
 ☞ 其他免赔额类型 \$ \_\_\_\_\_ 多久一次? \_\_\_\_\_ ☞ 其他免赔额类型 \$ \_\_\_\_\_ 多久一次? \_\_\_\_\_

**适用于 SNAP、TANF 和 Medicaid:**

**是否有人放弃工作了? 是 否 如选择“是”, 请填写以下信息并提供证明:**

放弃了什么工作?	放弃工作的家庭成员姓名:	
工作地点:		
停止支付工资日期:	最后工资收入日期:	最后工资金额 (总金额):

**是否有人开始工作了? 是 否 如选择“是”, 请填写以下信息并提供证明:**

开始工作的人的姓名:	开始工作日期:	电话号码
雇主/公司名称:	薪资: 美元	首次收到/将收到支票日期:
支付频率 (请勾选一项): ☞ 每周一次      ☞ 每两周一次      ☞ 每月两次      ☞ 每月一次      ☞ 其他		

**个体经营:**

**是否有人属于个体经营者? 是 否 (如果选择“是”, 谁?) \_\_\_\_\_**

请通过**税务档案、业务记录、收据、账单或现有业务的客户结算单**提供个体经营收入证明。

该企业是否注册成立? 是 否

此人是否有任何自营职业支出? 是 否

如果选择“是”, 请说明该人有哪些类型开支? \_\_\_\_\_

**仅限 Medicaid 和 TANF: 请提供个体经营开支凭证。**

**非劳动所得收入:**

**您的家人是否有捐款、社会保险、附加保障收入 (SSI)、退伍军人事务部 (VA) 抚恤金、子女抚养费、失业、退休或其他渠道收入? 是 否**

如果选择“是”, 请填写以下信息并提供在过去 4 周内收到的所有收入的证明或最近的授予通知。

名称	渠道	金额	频率

**适用于 MAGI Medicaid:** 来自子女抚养费、退伍军人抚恤金、附加保障收入 (SSI) 或工人补偿福利收入不计算在内。

**受抚养人看护费用:**

您是否需要为一位受抚养子女或一位成年残疾家庭成员支付费用?

是  否

如果选择“是”，请完成下面的问题。

需要看护的人:		支付看护费用人:	
看护人姓名:		看护人支付金额:	支付频率:
看护人手机号码:	看护原因:		

您是否为受抚养的子女或残疾成年家庭成员支付交通费用? 是 否

这些费用是否包括在抚养费中? 是 否

如果选择“否”，请回答这个问题：每周总行驶里程： \_\_\_\_\_

**住房费用：**

您或任何家庭成员是否开始支付住房费用或您的住房费用是否发生变化？

是 否

如果选择“是”，请完成下面的表格。

费用	金额	支付频率？	支付人？
租金/房贷			
财产税			
财产保险			
电费			
天然气			
燃油/木材/煤油			
水井/化粪池 水箱/水/下水道 卫生费			
电话费			
其他			

房屋的主要供暖或制冷来源是什么？（电、煤气或两者兼有）

是否有其他人为您支付这类家庭账单？

是 否 如果选择“是”，请完成下面的表格：

账单支付人是谁？	支付了哪些账单？
支付金额是多少？	该人向谁支付了这些账单？

您是否在过去 12 个月内接受过能源援助（LIHEAP）？ 是 否

如果选择“是”，接受金额（\$） \_\_\_\_\_

您是否每月会和家人分摊家庭开支？

是 否

如果选择“是”，具体指明是谁： \_\_\_\_\_

备注/文件 \_\_\_\_\_

支付对象 \_\_\_\_\_ 支付金额 \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

房东姓名 \_\_\_\_\_ 房东地址 \_\_\_\_\_

**儿童抚养费：**您或您的家庭成员是否向其他人支付子女抚养费？ 是 否

如果选择“是”，请完成下面的表格：

谁负有支付义务？	应支付金额是多少？
子女抚养费由谁支付？	实际支付金额是多少？
子女抚养费支付给谁？	子女的抚养费多久支付一次？

**仅适用于 SNAP：** 请提供过去 3 个月中已支付金额以及法定应支付金额证明。**此部分仅适用于 TANF 受助方 - 您必须填写以下内容：****免疫接种记录：**

是否有 7 岁以下尚未入学的儿童？（学前班不属于“学校”。）

是 否

如果选择“是”，请提交 3231 表格 - 7 岁以下儿童保健免疫接种表格。

**学校要求：**

是否所有子女（6-18 岁）都在上学？ 是 否

如果选择“是”，请提供子女姓名 \_\_\_\_\_

学校名称 \_\_\_\_\_

年级 \_\_\_\_\_

是否有 16 岁或以上但尚未上学的子女？  是  否 是 否

如果选择“是”，请提供子女姓名？ \_\_\_\_\_

如果该子女已被雇用，请提供当前支票存根的复印件；如果改子女从事任何其它与工作有关的活动，请提供雇佣人声明。

**家庭暴力：**

您或您家中的任何人是否是家庭暴力、性骚扰、性侵犯或尾随跟踪骚扰的受害者？ 是 是

如果选择“是”，请告诉我们受害者的名字 \_\_\_\_\_

经过评估，如果您的家庭符合条件，我们可以免除某些计划要求，例如参加工作活动或转介到儿童抚养服务处。

**汽车费用：**

您是否是孩子（或孩子们）的父母或亲属？您是否与孩子（或孩子们）一起参加了 TANF AU？ 是 否

如果选择“是”，请回答下面的问题：

您或其他成年援助单位（AU）会员是否拥有或正在购买汽车？ 是 否

如果选择“是”，具体指明是谁：（车主姓名） \_\_\_\_\_

车辆的年份、品牌和型号： \_\_\_\_\_

请列出汽车缴款通知单、保险、维修及其他相关费用：

\_\_\_\_\_

您是否有其他需要支付的经常性费用（例如：信用卡账单）？ 是 否

如果选择“是”，请列明： \_\_\_\_\_

**快速通道资格：**

快速通道资格（ELE）是一种自动程序，用于将接受营养补助计划（SNAP）、贫困家庭临时补助（TANF）、难民现金补助（RCA）、儿童保育和家长服务（CAPS）或妇女、婴儿和儿童服务（WIC）的 19 岁以下且符合条件的儿童纳入医疗援助计划或为其续保。

家庭和儿童服务部（DFCS）将使用来自 SNAP、TANF、RCA、CAPS 或 WIC 的家庭规模、居住地和收入等信息，但 DFCS 将使用医疗援助规则来核实公民身份或移民身份，以做出 ELE 决定，自动注册或更新儿童 Medicaid 或 PeachCare for Kids® 中的资格。完成后，DFCS 将发送决定通知，允许成员进行任何更改，并允许他们随时选择退出 ELE 流程或终止医疗援助案件。

## 所有计划的权利和责任

### 您的权利包括：

- 如果您使用英语时存在阅读、写作、口语表达或理解困难，**可请求他人帮助填写该类表格，并为您提供免费语言帮助服务**（口译员、材料翻译或直接语言服务）。
- 如果您或您的家人身患残疾，可请求辅助设备和服务，并申请对条款进行合理修改。

**听证通知：**在所有计划中，您都有权要求以书面或当面的形式接受公平听证机会。如果您不同意这项决定，可以拨打 1-877-423-4746 要求举行听证会，或者，您可以要求举办由州听证会官员出席的听证会。您可以委托律师、亲戚、朋友或任何您指定的代表出席听证会。如果您想要举办听证会，必须以书面形式提出要求，或者在以下时限内与代理机构联系：

- 自本 **SNAP** 通知下达之日起 **90 天内**
- **Medicaid 和 TANF** 通知下达后 **30 日内**

### 您的责任包括：

- 向您的社工提供正确信息，并提供获得福利所需要的报告证明。您在这份表格上签名，即表明您允许您的社工从您的雇主、银行、邻居或其他人处获取信息，以确保您获得合适的福利金额。
- 任何时候都要说真话。如果您或您的代表人提供了虚假信息，您可能会被认定有罪，还可能受到监禁处罚。
- 提供能证明您或您正在申请福利的家庭成员是美国公民或资格移民的凭证。
- 配合欺诈预防或调查服务办公室的州和联邦工作人员进行特殊案件审查。如果您不合作，而我们又无法确定您仍有资格享受 SNAP，您的申请可能会被拒绝或关闭。
- （适用于 SNAP）当质量控制审查员打电话或上门与您面谈您向个案经理提供的信息时，请与他们配合。如果您不配合，您的申请可能会被拒绝或终止。
- （适用于 SNAP 和 TANF）偿还您本不应该领取的福利。
- （适用于 Medicaid）当您的 Medicaid 资格质量控制员或计划诚信管理人员拨打电话或亲自家访，就您提供给个案经理的信息与您面谈时，请配合他们的工作。
- （适用于 Medicaid）在养老院、中级护理设施机构、社区服务机构或通过豁免计划注册并接受服务的成员，与遗产追偿计划合作。

如果您领取 **SNAP**，当您的家庭每月总收入超过您家庭人口的联邦贫困线的 130% 时，您必须进行报告。您必须在发生变化的月份结束后 10 天内报告收入变化。

如果您是没有子女的在职成年人，当您的工作时间低于每周 20 小时或每月 80 小时，必须报告。您必须在上述变更发生的当月底起 10 日之内报告这些变更。

如果您的家人中了大额博彩金，也必须报告。这是指单次赢得的现金奖励。如果您本人或某位家庭成员获得博彩金，且总金额大于或等于 4500 美元（税前或在扣除杂费前），您必须在该家庭成员获得奖金当月底起 10 日之内报告。

如果您接受 **TANF 或 Medicaid** 福利，您必须在所有变更发生的 10 日内报告。

本人明白，在本人的 Medicaid 受惠人中，任何人收到的任何一次性付款或“意外”之财都必须与我们可能获得的任何其他收入一并列入预算，以确定是否符合申请资格。

在 **Medicaid** 计划中，您享有如下权利：

- 即使您享有其他健康保险，也可以享受 Medicaid。
- 选择您的 Medicaid 医生或提供者。
- 要求在您申请之日起 10 日内、45 日内或 90 日内收到您的 Medicaid 的批准或拒绝通知，具体取决于 Medicaid 的类型

### 满足 Medicaid 资格的条件:

- 本人同意将医疗支持服务和任何第三方支付医疗费用（医院和医疗福利）的付款之所有权利转让给州政府。
- 本人同意与州政府合作，确认并提供信息，以协助州政府追讨可能有责任支付护理和服务费用的任何第三方。本人明白，本人必须在十日内报告收到的所有医疗费用。（如果您代表他人填写此表格并且无权代表该人进行转让，则该人将需自行完成上述权利的转让，才有资格申请 Medicaid）。
- 本人同意，州政府有权要求不同住家长提供医疗保险（如果可能的话）。本人明白，如果有可能，本人必须从不同住家长那里获得医疗支持，本人必须与儿童抚养服务部门合作，以获得这类支持。如果本人不配合，除非提供正当理由，否则，本人明白，本人可能会失去本人的 Medicaid 福利，并且，只有本人的子女才能享有该福利。

### SNAP 处罚警告：您可能会因故意提供虚假信息而失去福利或受到刑事起诉。

- 请勿提供虚假信息或隐瞒信息来获取您的家庭本不应该享有的福利。
- 请勿使用不属于自己的 SNAP 卡或 EBT 卡，也不要让别人使用自己的卡。
- 请勿使用 SNAP 福利金用于购买酒类、烟类等非食品商品或使用信用卡支付。
- 不得用 SNAP 卡或 EBT 卡交换或出售非法物品，如枪支、弹药或受管制物质（非法药物）。

您家中的任何人如果故意违反任何这些规定，都可能被暂停 SNAP 福利一年至永久，或被处以最高 250,000 美元的罚款，或被判处 20 年监禁，或两者兼施。根据其他适用的联邦和州法律，她/他可能会受到起诉，如果法院下达命令，她/他还可以在额外 18 个月被禁止享受 SNAP 福利。

如果您家中有人故意违反规定，初犯者一年内不能申请 SNAP，再犯者两年内不能申请 SNAP，三次违反者永久不能申请 SNAP。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及受管制物质销售交易中使用或接受福利，初次违反将在两年内失去福利申请资格，再次违反将被永久剥夺福利申请资格。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及枪支、弹药或爆炸物销售交易中使用或收受 SNAP 福利，您或该家庭成员将在初次违反该规定后被永久剥夺申请 SNAP 福利的资格。

如果法院裁定您或您的任何家庭成员犯有贩卖福利总额达 500 美元或以上的罪行，则您或该家庭成员在初次违反时将永久失去参加 SNAP 计划的资格。

如果您或任何家庭成员被发现就身份（他们是谁）或居住地（他们居住的地方）提供了欺诈性的声明或陈述，以骗取多项 SNAP 福利，您或该家庭成员将在 10 年内没有资格参加 SNAP 计划。

本人明白，如提供虚假资料或隐瞒资料，本人可能会被控欺诈。

**TANF 计划处罚警告：**在 TANF 计划中，故意违反程序（IPV）是指为了获得或继续享有援助单位（AU）提供的福利资格，或者为增加上述福利的金额或为防止福利水平降低，恶意提供虚假或误导性信息、隐瞒信息以避免不利结果或在明令禁止场所使用补助现金的行为。

如果您有以下情况，可能会被送交至总监察长办公室，并且，具体处罚力度根据行为严重程度决定：

- 没有及时报告变更或报告虚假信息；使用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐场所“脱衣舞俱乐部”、扑克室、抵押金酒店、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、赌博场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店及水疗/按摩沙龙提取现金或进行交易；在 1997 年 1 月 1 日及之后，提供关于您住址的虚假信息，以在多个州同时获得福利；以及被判与毒品有关的指控或严重的暴力重罪。

您的家庭成员如果故意违反这些规定，都会被剥夺 TANF 福利资格，从 6 个月到永久禁止。

**对于 MEDICAID**，欺诈或滥用职权属于违法行为。可能有人推荐您了解 Medicaid 和 PeachCare for Kids® 计划公正小组。违规者可能会被限制使用某家医疗服务，被终止参与该计划，或被要求向社区卫生部偿还所提供的医疗服务。欺诈是一种故意而为的不诚实行为。滥用是一种不遵循良好规范的行为。

**参与欺诈和滥用的示例包括：**

- 将您的 Medicaid 卡、PeachCare for Kids<sup>®</sup> 卡或 CMO 健康保险卡借给他人。
- 以滥用或贩卖毒品为目的而索取处方
- 利用伪造文件骗取服务
- 误用或滥用 Medicaid 或 PeachCare for Kids<sup>®</sup> 提供的设备
- 提供虚假信息或允许其他人这样做，以获得 Medicaid 福利或 PeachCare for Kids<sup>®</sup> 资格
- 未报告收入、生活安排或资源变更。

如希望报告 Medicaid 福利受助方或提供方的可疑欺诈行为，请拨打乔治亚州社区卫生局监察长办公室（Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General）热线：（本地）（404）463-7590 或（免费电话）（800）533-0686；发送电子邮件至 [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov)；或邮寄至：Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334；或访问 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>。

**选民登记资料**

如果您在现居地还没有登记投票，您是否希望今天在这里申请登记投票？

是

否

我不想回答选民登记的问题

申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供的援助金额。

如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们会帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写该申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可通过以下地址向州务卿提出投诉：  
2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334，或拨打电话（404）656-2871。

如果您没有勾选这两个选项中的任意一项，则默认您本次决定不登记投票。

乔治亚州选民登记申请表的副本附在 DFCS 申请、续期和地址更改表格中。您还可以向您的社工请求选民登记申请。如果您完成了选民登记申请，请按照选民登记申请上的指示将它提交给乔治亚州州务卿办公室。



如果您要续期您的 MEDICAID、SNAP 或 TANF，您必须在最适合您情况的方框内签名并注明日期。

请在认证结束日期之前交回此表格，以开始续期程序。

● 仅限 Medicaid-申请人/成员/法定监护人填写完毕后，请在此签名：

如果本人为自己申请/续签 Medicaid，本人声明，本人是美国公民、美国国民和/或美国合法移民，否则愿受伪证罪处罚。如果本人是父母或法定监护人，本人声明申请人是美国公民、美国国民和/或美国合法移民。本人进一步证明，据本人所知，本申请表所提供的信息均属实及正确。

\_\_\_\_\_

(签名)

\_\_\_\_\_

(日期)

● 仅适用于 Medicaid - 由申请人/成员/父母/法定监护人以外的人员填写时，请在此处签名：

本人证明，就本人所知和所信，本人正在为之申请/续期 Medicaid 的人是美国公民、美国国民和/或合格移民、或合法居住在美国。本人进一步证明，据本人所知，本申请表所提供的信息均属实及正确。

\_\_\_\_\_

(签名)

\_\_\_\_\_

(日期)

可以联系到您的电话号码 \_\_\_\_\_

如申请人/家庭成员/家长/法定监护人想要此人作为个人代表，必须在此勾选并在下方签名  是  否

\_\_\_\_\_

(申请人/家庭成员/家长/法定监护人)

\_\_\_\_\_

(日期)

● 适用于 SNAP 和/或 TANF - 申请人/受助方/法定监护人完成申请时：

本人声明，据本人所知和所信，本人所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民，如有不符，自愿承受伪证处罚。本人进一步证明，据本人所知，本申请表中提供的信息均属实无误。本人理解并同意，公众服务部-家庭及儿童服务部（DHS-DFCS）和社区卫生部（DCH）及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。这些信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白，本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据 SNAP 和/或 TANF 计划的要求报告我的任何情况变化。如果本人的家庭成员中有人获得彩票或博彩奖金，且总金额达到 4500 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人将在家庭成员收到奖金当月月底起 10 日之内报告奖金金额。本人明白，如果提供的信息不准确，本人的福利可能会被减少或拒绝，并且，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被取消 DHS-DFCS 各项计划的申请资格。本人明白，如果本人提供虚假资料或隐瞒信息，本人可能会被起诉。本人明白，如果本人未能在申请或续期过程中告知本人的某些费用支出，DHS-DFCS 在计算本人的 SNAP 福利金额时不予考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部（“DHS”）会在您申请福利时收集个人身份信息（PII），包括姓名、地址、电话号码、电子邮件地址和出生日期等。您向我们提交任何个人信息，即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

\_\_\_\_\_

(签名)

\_\_\_\_\_

(日期)

## (请保留这些文件以供参考)

本图表解释了在此表格中使用的一些术语。

<b>申请人</b>	申请接受公共援助或福利的个人。
<b>援助单位 (AU)</b>	援助单位包括符合条件的共同生活的个人，包括孕妇和未出生的孩子、并接受公共援助/福利的人。
<b>看护人</b>	代表孩子（包括未出生的孩子）申请并接受 TANF 的父母、孕妇、亲属或法定监护人。
<b>客户 ID:</b>	分配给接受公共援助/福利的个人的唯一编号。
<b>取消资格</b>	因个人通过提供不实信息获得了本不应该得到的福利而被剥夺 SNAP 或 TANF 福利的行为。
<b>家庭暴力</b>	家庭暴力包括配偶、男女朋友、伴侣或“前男友”对您拳打脚踢、殴打、强奸、掐脖子、威胁、控制，或不让您获得生活所需（如食物、药品或房屋）。
<b>电子福利转账 (EBT)</b>	乔治亚州用于向符合 SNAP 资格的个人支付福利的系统。接受援助的个人将获得一张 EBT 借记卡，用于访问其 SNAP 账户。
<b>电子通讯</b>	<p>您可以选择您用于接收通知信息的方式。如果您选择接收电子邮件或文本通知，您将收到一条消息，通知您在 GA 网关客户门户网站“我的通知”中有一个通知。</p> <p>如选择电子邮件信息，您必须在创建帐户后提供您的电子邮件地址，并接受 GA 网关客户门户网站无纸化通知的条款和条件。请访问 GA 网关客户门户网站 <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a>，以更新您的通知设置。</p> <p>如欲使用短信方式，请提供您的电话号码。可能适用标准消息和数据费率。具体可能因运营商不同而有所差别；请与您的供应商联系。</p>
<b>受让人亲属</b>	代表孩子（包括未出生的孩子）以自己的名义申请并接受 TANF 的父母、孕妇、亲属或法定监护人。
<b>总收入</b>	扣除税款或扣除其他杂费前的个人账户总收入。
<b>无家可归的个人</b>	<p>缺乏固定和定期夜间住所的个人或通过以下方式获得主要夜间住所的个人：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>旨在提供临时住宿的受监管庇护所（例如，福利旅馆或集体庇护所）；</li><li>为打算被收容的个人提供临时住所的中途之家或类似机构；</li><li>在他人住所暂住不超过 90 天；或并非设计用于或通常用作人类常规睡眠场所的地方（走廊、公交车站、大厅或类似地方）。</li></ul>
<b>家庭成员</b>	住在您家里的人。对于 SNAP 而言，是指共同居住、共同购买和准备膳食的个人。
<b>收入</b>	比如工资、薪金、佣金、奖金、工人补偿金、残疾金、养老金、退休福利、利息、子女抚养费或任何其他形式的收入。
<b>2012 年中产阶级减税法案</b>	本法案禁止使用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐设施场所、扑克室、保释公司、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、游戏场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙提取现金或进行交易。在这些业务中使用现金援助资金或 TANF 借记卡将构成受援者故意违反程序（欺诈）。
<b>非申请人</b>	不参与申请或领取公共援助/福利的个人。非申请人不需要提供社会保险号码、公民身份或移民身份。
<b>收款人</b>	收款人是负责接受现金援助并代表援助单位 (AU) 使用资金的个人。收款人可能属于或不属于 AU 成员。
<b>税前费用</b>	<b>税前费用是从您的收入中扣除的税额。</b> 并非所有的扣除项都属于税前费用。最常见的税前扣除是健康保险、牙科保险、视力保险等。 <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

合格的外国人/移民	<p>合格的外国人/移民是合法居住在美国的个人，属于以下类别之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 根据《移民和国籍法案》(INA) 合法获得永久居住权 (LPR) 的人；</li> <li>• 《1988 年外商经营、出口融资和相关计划拨款法案》第 584 条中规定的美亚混血儿移民；</li> <li>• 根据《移民和国籍法案》第 208 条获得庇护的人；</li> <li>• 根据《移民和国籍法案》第 207 条获准入境的难民；</li> <li>• 根据《移民和国籍法案》第 212 (d) (5) 条被假释的难民或避难者；</li> <li>• 根据 1997 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 243 (h) 条或修订的《移民和国籍法案》第 241 (b) (3) 条被暂缓驱逐出境的人；</li> <li>• 根据 1980 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 203 (A) (7) 条获有条件入境的人；</li> <li>• 《1980 年 难民教育援助法案》第 501 (e) 条所界定的古巴或海地移民；</li> <li>• 《2000 年人口贩运受害者保护法》第 107 (b) (1) 条规定的人口贩运受害者；</li> <li>• 符合 1996 年修订的《个人责任和工作机会和解法案》第 431 (c) 条规定的受虐待移民；</li> <li>• 根据《移民和国籍法案》第 101 (a) (27) 条获得特殊移民身份的阿富汗或伊拉克移民 (须符合特定条件) ；</li> <li>• 根据《印第安人自决和教育援助法案》第 289 条在加拿大出生、在美国居住的美国印第安人；或根据《印第安人自决和教育援助法案》第 4 (e) 条获得联邦承认的印第安部落的非公民；以及</li> <li>• 在越南战争时期 (1964 年 8 月 5 日 - 1975 年 5 月 7 日) ， 通过参加军事或救援行动向美国人员提供帮助的赫蒙族或老挝高地部落成员。</li> </ul> <p>仅对医疗援助申请人而言，属于《自由联合协定》(COFA) 中指明的密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛共和国和帕劳共和国公民。《自由联合协定》移民不受 5 年门槛限制。</p>
资源	现金、财产或资产，如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。
性侵犯	性侵犯是联邦、部落或州法律所列为非法的非自愿性行为，包括在受害者缺乏同意能力的情况下进行。
性骚扰	性骚扰是基于性的一种敌对、恐吓或压迫性行为，营造出一种冒犯他人的工作环境。
非法跟踪	非法跟踪是指故意且多次跟踪或骚扰他人的行为，并且该行为会对正常人产生对受伤或死亡的恐惧，特别是由于明示或暗示的威胁。
应纳税的所得	比如工资、薪金、佣金、奖金、残疾金、养老金、退休福利、利息、或任何其它形式的收入。
税收受抚养人	预期会在纳税申报表上被申报的个人。http://www.irs.gov
纳税人	预期会提交纳税申报单的个人。http://www.irs.gov
纳税申报扣除额：	<p>纳税申报表扣除额是在您的纳税申报表 1040 上发现的、允许的 IRS 扣除额，从第 23 行到第 35 行开始。其包括：教育费用；2106 表格；健康储蓄 8889 表格；搬家费用 3909 表格；罚款/提前提取存款；抚养费支付；个人退休金帐户扣除；学生贷款利息；学费和杂费 8917 表格；国内生产活动 8903 表格：http://www.irs.gov</p>
非法交易 SNAP	<p>非法交易 SNAP 福利是指：</p> <p>(1) 通过 EBT 卡、卡号和密码或手工凭单和签名购买、出售、偷窃或以其他方式交换 SNAP 福利，以换取现金或合格食品以外的报酬，无论是直接、间接、与他人共谋或串通，还是单独行动；</p> <p>(2) 交换枪支、弹药、爆炸物或受控物质；(3) 使用 SNAP 福利购买需要退还押金的容器产品，目的是通过丢弃产品并退还容器以换取现金，故意丢弃产品并故意退还容器以换取押金；(4) 利用 SNAP 福利购买产品，意图通过转售产品获得现金或合格食品以外的报酬，随后故意转售利用 SNAP 福利购买的产品，以换取现金或合格食品以外的报酬；(5) 故意购买最初利用 SNAP 福利购买的产品，以换取现金或合格食品以外的报酬。(6) 试图以直接、间接、与他人共谋或单独行动的方式购买、出售、偷窃发放和领取的 SNAP 福利或以其他方式影响电子福利转账 (EBT)、卡号和 PIN 个人识别号码，或通过手工凭证和签名形式干扰 SNAP 福利正常交易，以获得现金或合规食品以外的物品。</p>
Way2Go 万事达借记卡	<p>乔治亚州已经为 TANF 受助方提供了一种便利的“电子”支付选项，称为 Way2Go 万事达借记卡。在该支付选项下，福利金将于每月的第一个日历日存入受助方的账户。如果第一个工作日是周末或假日，则福利金将在前一个月的最后一个工作日发放。由于资金通过电子方式加载到借记卡上，受助方可以立即使用其福利金。</p>

## **美国残疾人法案/第 504 条权利公告**

### **为残疾人士提供帮助**

根据联邦法律，乔治亚洲公共服务部和乔治亚洲社区卫生局（“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，使他们有机会参与和有资格参加这些部门的计划、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和医疗援助等计划。

各部门在必要时提供合理的修改，以避免因残疾而受到歧视。例如，我们可能会改变政策、做法或程序，以提供平等的机会。为确保同样有效的沟通，我们为残障人士或其残障同伴提供沟通协助，如手语翻译。我们的帮助均免费提供。这些部门不需要做出任何可能导致服务、计划或活动性质发生根本变化、或造成不必要的财政和行政负担的修改。

### **如何请求合理的修改或沟通协助**

如果您身患残疾，并需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，请联系您的社工。例如，如果您需要帮助或服务来进行有效的沟通，可以拨打电话，比如手语翻译。您可以联系您的社工或致电 DFCS（电话：（877）423-4746）或联系 DCH Katie Beckett (KB) 团队（电话：678-248-7449），以提出您的请求。您也可以使用 DFCS ADA 合理修改请求表格提出您的要求；该表格可在您当地的 DFCS 办公室或在线上获得：<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>；或者，您可以在 KB 办公室（网址 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>）获得 DCH ADA 合理修改请求表格，或可以通过电子邮件将修改请求发送到：[DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov)。

### **如何提出投诉**

如果部门因您的残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理修改或手语翻译但被拒绝或未在合理时间内获得该类援助，您可以提出歧视投诉。您可以联系您的案例工作人员、您当地的 DFCS 办公室或 DFCS 民权、ADA/第 504 节协调员（地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334，电话：（877）423-4746）提出口头或书面投诉。对于 DCH，请联系 KB 团队 ADA/第 504 节协调员（地址：2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 或 P.O. Box 172, Norcross, GA 30091，（678）248-7449）。DCH 电子邮箱：[dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)。

您可以向您的案件工作者索要一份 DFCS 民权申诉表的副本。投诉表格也可在以下网站获取：<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您需要帮助提出歧视投诉，您可以联系上述的 DFCS 工作人员。聋人或重听人士或可能有语言障碍的人士可以拨打 711，通过接线员与我们联系。DCH 民权投诉的电子邮箱：[dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov)。DCH 民权程序和申诉表的链接如下：<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向相应的联邦机构提出歧视投诉。美国农业部（USDA）和美国卫生与公众服务部（HHS）的联系信息可在随附的“非歧视声明”中找到。

*\*1973 年《康复法案》第 504 条、1990 年《美国残疾人法案》；2008 年的《美国残疾人法修正案》可确保残疾人免受非法歧视。*

根据**社区卫生部（DCH）**政策，医疗援助计划不能因种族、年龄、性别、残疾状况、国籍或宗教信仰而拒绝您的资格或福利。

## 请勿向 USDA 或 HHS 发送申请

### 非歧视原则声明

根据联邦民权法律和农业部（USDA）的民权法规和政策，禁止 USDA、其机构、办公室和雇员以及参与或管理 USDA 计划的机构基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰进行歧视，或在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中对先前民权活动进行打击或报复。此外，从卫生与公众服务部（HHS）接受美国联邦财政援助的计划，例如，卫生与公众服务部（HHS）（如贫困家庭临时救助（TANF））和 HHS 直接运营的计划，也禁止歧视。

如需要其他替代交流方式获取计划信息（如盲文、大字印刷、录音带、美国手语），残疾人士应联系申请福利的机构（州或本地）。

耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过联邦中继服务热线（800）877-8339 与 USDA 取得联系。此外，计划信息可使用英语以外的语言提供。

### 涉及美国农业部计划的民权投诉

美国农业部（USDA）为许多粮食安全和减少饥饿计划提供联邦财政援助，如营养补充援助计划（SNAP）、印第安保护区粮食分配计划（FDPIR）等。如要提交计划歧视投诉，请填写《计划歧视投诉表》（AD-3027）；该表格可在以下网站找到：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>；或者，可前往 USDA 办公室或发电子邮件给 USDA，并提供表格中所要求的所有信息。如希望索取投诉表格副本，请致电（866）632-9992。将填写好的表格或信件通过以下方式提交给 USDA：

1. **邮寄：** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314；或者
2. **传真：**（833）256-1665 或（202）690-7442；或
3. **电话：**（833）620-1071；或
4. **电子邮件：** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)。

如需了解有关 SNAP 问题的任何其他信息，请拨打美国农业部 SNAP 热线电话（800）221-5689（也提供西班牙语版本），或拨打各州信息/热线电话（点击链接查看各州热线电话列表）；可通过以下网址在线查询：[SNAP 热线](#)。

### 涉及卫生和公众服务部（HHS）计划的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的计划提供联邦财政援助，包括 TANF、启智计划、低收入家庭能源援助计划（LI HEAP）等。如果您认为，在 HHS 直接运营或提供联邦财政援助的计划或活动中，您因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别（包括怀孕、性取向和性别认同）或宗教信仰而遭受歧视，您可以代表自己或他人向民权办公室（OCR）提出投诉。

如希望为自己或他人就通过 HHS 获得联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请通过民权办公室的投诉门户网站在线填写表格：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>。您也可以通过寄函方式，联系民权办公室：Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201；传真：（202）619-3818；或电子邮箱：[OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)。为加快处理速度，我们鼓励您使用 OCR 在线门户提出投诉，而不是通过邮件提出投诉。在提交公民权利投诉方面需要帮助的人士可向 OCR 发送电子邮件：[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) 或拨打 OCR 免费电话 1-800-368-1019，TDD 1-800-537-7697。如有耳聋人士、听障人士或表达困难的人士，请致电 7-1-1 使用电传中继服务。我们还免费提供其他替代投诉格式（例如盲文及大字印刷）、辅助工具及语言协助服务。

此机构提供平等的机会。

在美国公众服务部（DHS）的协助下，您还可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部（DFCS）办公室或儿童抚养服务部民权处、乔治亚洲公众服务部总法律顾问办公室美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员提出口头或书面投诉，地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334，（877）423-4746。对于因有限英语能力而受到歧视的投诉，请联系乔治亚洲人类服务部、总法律顾问办公室的 DHS 有限英语能力和感官障碍计划，地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334；电话：（877）423-4746。

## 请勿向 USDA 或 HHS 发送申请