



相互責任協定



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

www.dhs.pa.gov

您的責任:

- ✓ 與社福調查員共同制定您不使用現金救助能夠照顧自己（與家人）的計畫。這包含申請子女或配偶贍養費，除非您有不須申請的充分理由。
- ✓ 如果情況異動，與社福調查員共同設定新目標，並告知社福調查員部分計畫的完成進度。
- ✓ 在與社福調查員討論的日期前完成計畫的各個階段（達成目標）。
- ✓ 確保子女就學。
- ✓ 配合貧窮家庭暫時救助（TANF）隨機抽樣。這可能包含提供社福調查員就業與工作相關活動時數。
- ✓ 透過電子福利轉帳卡（EBT）或賓州福利卡（PA ACCESS）使用貧窮家庭暫時救助金進行允許範圍內的交易。您不得透過電子福利轉帳卡或賓州福利卡使用貧窮家庭暫時救助金以電子福利轉帳交易支付酒類專賣店、賭場（博奕賭場、遊戲場所）或表演者裸露或全裸表演的成人娛樂場所。
- ✓ 使用收到的特別零用金支付您要求的物品或服務。在收到錢的 14 天內必須提供這筆錢如何消費的證據。
 - 如果您不使用零用金支付特別零用金配給的物品或服務且無提供零用金的用途證明（例如收據），您將得償還零用金。
- ✓ 一般而言，您的工作或參加的合格工作活動（除非您享有豁免或已有充分理由）必須至少符合規定的家庭時數。
- ✓ 保持自己與子女的健康是獨立的重要步驟。
- ✓ 如果您是孕婦，遵守醫生或診所安排的各項看診是很重要的事。
- ✓ 將郵寄給您的相互責任協定（AMR）填妥後簽名與加註日期，並在郡援助辦事處（CAO）於相互責任協定簽署日期的30天內繳回。

我們的責任:

- ✓ 向您說明您一生可收到貧窮家庭暫時救助方案（TANF Program）的現金救助總共只有 5 年（60 個月）。貧窮家庭暫時救助提供臨時協助直到您與家人能夠再度扶養自己為止。如果您符合特殊情況，您可在 5 年貧窮家庭暫時救助到期後繼續取得貧窮家庭暫時救助資格。
- ✓ 向您說明可協助支付子女照顧，以便您能夠就學、工作或參加其他協助您取得工作的活動。
- ✓ 說明可獲得特別零用金的支持性服務，例如交通、子女照顧與衣物，並協助您取得符合支持性服務資格的文件。
- ✓ 說明各項活動，包含您自行進行的活動，得經由人事服務部核准。
- ✓ 協助您尋找其他的團體與/或人士，來幫助推動您的計畫以達成目標。
- ✓ 說明我們能夠協助您的其他方法，例如殘障扶助方案（DAP）、薪資所得扣除（EIC）與其他我們能夠協助家庭暴力受害者的方法。
- ✓ 說明現有教育與訓練機會。
- ✓ 說明如果您不需要工作，您可自願接受工作相關的活動或教育/訓練。
- ✓ 提供您補充營養援助方案（SNAP）的資訊，以及當您有工作收入而停止接受貧窮家庭暫時救助，可繼續接受補充營養援助方案、醫療補助保險（Medicaid）與子女照顧援助的相關資料。
- ✓ 說明如果您收到安置輔導金（Diversion）且在同期間申請現金救助，您需要償還該期間全部或部分的安置輔導金。
- ✓ 向您說明將可獲得協助，以搭乘交通去看醫生或前往診所。
- ✓ 如果濫用藥物使您無法找工作或維持一份工作，則您必須參加適合的藥物或酒精治療，請對此加以解釋。
- ✓ 說明如果您或家人具有阻礙您工作的肢體或智能障礙或心理健康問題，我們能夠轉介對您有幫助的機構。各項服務將會予以保密。
- ✓ 說明您得將郵寄給您的相互責任協定（AMR）填妥後簽名與加註日期，並在郡援助辦事處（CAO）於相互責任協定簽署日期的30天內繳回，否則您與家人將可能不符合現金救助資格。

客戶簽名

日期

機構簽名

日期

扶養自己與家人計畫

相互責任協定

序號:	姓名:		
郡:	個案編號:	電話號碼:	日期:

個案摘要: 郡援助辦事處專用。社福調查員會陪同您填寫。

貧窮家庭暫時救助天數: _____ GA 的天數: _____

最高教育程度: _____

最年幼子女的出生日期: _____

有薪工作經驗週數: _____

正當社區服務每週時數: _____

目標: 您會尋找哪種自給自足的工作或收入? 您可能需要什麼訓練或教育?

長期:

首要步驟:

目標達成的障礙: 請填寫就業準備度評量 (Job Readiness Assessment) 檢核表。

就業與訓練狀態: 檢查您是否符合工作條件。

強制 豁免

參加狀態: 檢查您的障礙如何影響您參加活動的能力。

充分理由與豁免事項已審查而且獲得:

核准 拒絕 不適用

理由:

機構援助與轉介: 我們或其他機構如何能夠幫助您。

扶養自己與家人計畫

相互責任協定

序號:	姓名:		
郡:	個案編號:	電話號碼:	日期:

參加 活動:

內容:

地點:

時間:

時數:

您得參加每週核心時數 _____ 與每週非核心時數 _____。

內容:

地點:

時間:

時數:

您得參加每週核心時數 _____ 與每週非核心時數 _____。

您的權利:

在您的福利減少或終止前，您有權要求審查個案，確定您未符合條件是否有充分理由。您有權在福利減少或終止前收到受理通知。如果您不同意我們的決定，您有權申訴並要求召開公聽會。如果我們在福利減少或終止通知郵寄日期十天內收到您的申訴（以郵戳為憑）您的福利將繼續。

充分理由:

如果未完成扶養自己與家人計畫（Plan for Supporting Myself and My Family）步驟的理由超出您的控制範圍，即可考慮視為具有充分理由。充分理由的例子是家庭暴力、未有適當子女照顧或需要照顧失能人士或病人。

計畫報告對象 _____

調查員姓名

期限: _____

日期

電話號碼

本人閱讀且瞭解相互責任協定（AMR）表格，並知道得簽名相互責任協定才可取得現金救助，簽名即代表本人願意遵守相互責任協定計畫事項，如果未遵守計畫事項且未有充分理由，將依相互責任協定第 4 頁「罰則」辦理。本人知道如果未簽名相互責任協定，除非有充分理由，否則本人與家人將無法取得現金救助（62 P.S. 405.3），並知道未簽名相互責任協定的罰則列於本表格第 4 頁。

_____ 客戶簽名

_____ 日期

_____ 機構簽名

_____ 日期

_____ 客戶簽名

_____ 日期

_____ 機構簽名

_____ 日期

協定罰則

如果您拒絕或故意未遵守:	處罰將是:
與社福調查員共同制定計畫並簽名相互責任協定 (AMR), 除非您有不需這樣做的充分理由。	您得簽名相互責任協定才可取得現金救助資格。如果您或另一位成人已接受 60 個月的貧窮家庭暫時救助, 您與家人將不符合現金救助資格。
將郵寄給您的相互責任協定簽名, 並在郡援助辦事處 (CAO) 於相互責任協定簽署日期的30天內繳回。	如果相互責任協定未在 30 天內繳回, 您將不符合現金救助資格。如果您或另一位成人已接受 60 個月的貧窮家庭暫時救助, 您與家人將不符合現金救助資格。
配合要求尋求協助與/或證明親子關係, 除非您有不需這樣做的充分理由。	您的每月現金援助福利將減少 25%。
符合工作條件, 除非您有不需這樣做的充分理由。這包含但不限於: <ul style="list-style-type: none"> • 參加工作或工作活動, 包含教育與訓練; • 積極尋找工作並提供所需文件; • 接受並維持現有就業。 	第 1 次違規——您失去資格的時間至少為 30 天或者直到違規行為終止, 以時間較長的為準。 第 2 次違規——您失去資格的時間至少為 60 天或者直到違規行為終止, 以時間較長的為準。 第 3 次違規——您將被永久取消資格。 如果處罰的原因發生在收到現金救助的前24 個月內 (無論是連續性的還是有中斷), 則處罰僅適用於個人。 如果處罰的原因發生在收到現金救助的24 個月之後 (無論是連續性的還是有中斷), 則處罰適用於整個家庭。
維持收入 (在未有充分理由下, 自願將每週工作時數減少至 20 小時以下)。	您的補助金將減去您自願減少時數應當賺取的收入額。
如果菸酒藥物濫用阻礙您尋找工作或保留工作, 參加現有藥物或酒精治療。	除非您配合現有治療計畫, 否則您將不符合現金補助金資格。
申請其他可能的收入來源。	您要先同意遵守條件才可符合資格。如果您或另一位成人已接受 60個月的貧窮家庭暫時救助, 您與家人將不符合資格直到遵守為止。
14 天內提供特別零用金花費方式的證明。	如果您不使用特別零用金支付 您要求的 物品或 服務, 您將得償還零用金。

客戶簽名

日期

機構簽名

日期