



Pennsylvania  
Department of Human Services

# 福利相关审查

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在线续效，网址为: [www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov)

如果您有残疾并需要大字体或其他格式的表格，请致电我们的**帮助热线**，电话号码为**1-800-692-7462**。耳聋、听力障碍或有语言障碍的人士，如果希望与帮助热线的客服沟通，则可以通过拨打**711**联系宾州中继服务。

## 家庭安全： 关于家庭暴力、性侵犯、 以及您的贫困家庭临时补助 (TANF) 福利的信息

承认自己或亲近的人正在经历关系或家庭暴力这样的事实可能非常困难。

家庭暴力是一种在任何关系中出现的虐待行为模式，施虐者用它来获得或维持对亲密或家庭关系中另一个人的权力和控制。它可以表现为身体、性、情感或心理方面的虐待。这种行为包括恐吓、操纵、羞辱、孤立、恐吓、恐怖、强迫、威胁、指责、伤害或伤害他人。它还可能涉及控制和限制受害者获取财务资源或使用社交媒体。

虐待行为的例子包括但不限于：

- 身体虐待
- 情感虐待
- 心理虐待
- 性虐待
- 性侵犯
- 性骚扰
- 跟踪骚扰
- 经济虐待
- 技术虐待

**技术虐待** 如果您是或曾经是家庭暴力、性骚扰、性虐待、性侵犯或跟踪骚扰的受害者，并且面临更多暴力、骚扰、虐待、侵犯或跟踪的风险，您的个案工作者可以免除您参与现金补助计划的要求。有时，个人无法安全地遵守现金补助要求，因为他们担心如果这样做，他们或他们的孩子会受到虐待。

这些可能被免除的计划要求包括：

- 子女或配偶抚养合作
- 工作参与 (RESET)
- 验证要求
- 时间限制
- 青少年家长必须在家居住的要求
- 根据具体情况的其他要求

**根据具体情况的其他要求** 如果您因家庭暴力需要免除现金补助要求，请告知您的个案工作者。

您的个案工作者可以：

- **与您交谈**，如果您愿意的话。您可以要求私下交谈。您的个案工作者和工作人员会对您的个人信息保密。
- **帮助您找到当地的项目**，在那里您可以获得咨询、安全规划、庇护所、法律服务和其他帮助。
- **帮助您了解申请现金补助时的规则**，以及如果您申请，这些规则会如何影响您。

**宾夕法尼亚州反家庭暴力联盟 (PCADV)** , <https://www.pcadv.org> 1-800-932-4632 (宾州内) 303-839-1852 (全国)

性侵犯、性暴力或性骚扰不仅会在亲密关系中发生。它可能发生在工作场所、教育环境或由陌生人在公共场所进行。有关性侵犯和性暴力的信息，请联系：

**宾夕法尼亚州推进尊重联盟 (PCAR)** , <https://pcar.org> 1-888-772-7227 (宾州内)

### PA CareerLink® - 重要信息

PA CareerLink® 是宾夕法尼亚州劳工与工业部的一个项目，旨在帮助求职者找到工作。劳工与工业部的工作人员了解当前的劳动力市场状况，可以为您提供信息和资源，以帮助您的求职。

建议您注册PA CareerLink®以开始您的求职之旅。您可以注册PA CareerLink®其网址为 [www.pacareerlink.pa.gov/](http://www.pacareerlink.pa.gov/)。

# 福利相关审查：我们必须审查您是否有资格获得现金、医疗保健和/或补充营养补助计划 (SNAP) 福利。



**实现无纸化！** 您想在线接收通知吗？

转到 [www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov) 并注册您的MyCOMPASS帐户。

## 请打印所有信息

**给收件人的重要通知：** 我们需要收集有关您的信息。

1. 请以正楷体写清楚。请尝试填写尽可能多的信息。我们需要此表格上要求的信息来确定您的持续资格。
2. 请查看此表格上所列出的任何信息。如果任何预先打印的信息不正确或已有所变更，请删除列印的信息并提供更新的信息。请查看所有没有列印答案的问题并提供回复，除非说明告诉您可以选择不回答。
3. 如果您需要帮助，其他人可以帮助您，您可以从郡补助办公室获得帮助，或者您可以致电客户服务中心 1-877-395-8930。TTY/TDD 用户应拨打 711。
4. 在福利审查表第 1 页以及了解您的权利和责任页面中签署并注明日期。
5. 在预定面试的日期和时间将其带到郡补助办公室。如果您要进行电话面谈，或者如果您不需要面谈，请将表格连同要求的任何证明文件邮寄给您的个案工作者。
6. 您可以在线重新申请：[www.compass.dhs.pa.gov](http://www.compass.dhs.pa.gov)。

您更偏好使用哪种语言？ ¿Qué idioma prefiere usted?  英语/Inglés  西班牙语/Español  其他/Otro (请注明/especifique) \_\_\_\_\_

您需要口译员吗？ ¿Necesita un intérprete?  是/Sí  否

如果是，什么语言？ En caso afirmativo, ¿de qué idioma? \_\_\_\_\_

## 您的信息

**请将您的个人情况告知我们：** 我们需要收集一些关于您的信息。请查看下面打印的任何信息。如果此信息不正确，请将其删除并输入正确的信息

姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等）：

家庭住址（包括街道、公寓号码、城市、州和邮政编码 + 4）：

电话号码：

学区：

乡镇/分区/直辖市：

## 在此签名

当您签署自己的名字时，这意味着您正在申请福利。这也意味着您允许郡补助办公室使用此申请表上的信息来决定您是否有资格获得这些福利。

X

您的签名或您的代表的签名

日期

如果您还没有医疗保健福利并希望为您和您的家庭成员申请医疗保健保险，请选中下面的框：

是的，我想申请医疗保险。

如果您勾选了“是”，请列出您想申请的家庭成员，包括您自己：

姓名	关系

## 未完成 - 仅限郡补助办公室

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
AUTHORIZED			NOT AUTHORIZED			

## 您对其他任何服务感兴趣吗？

如果您对以下任何其他服务感兴趣，请在框中打勾：

<input type="checkbox"/> 社会保障补充金 (SSI)	<input type="checkbox"/> 健康婴儿诊所	<input type="checkbox"/> 智障服务
<input type="checkbox"/> 免疫接种 (注射)	<input type="checkbox"/> LIHEAP (能源补助)	<input type="checkbox"/> 退伍军人服务
<input type="checkbox"/> WIC (妇女、婴儿和儿童)	<input type="checkbox"/> 食物银行	<input type="checkbox"/> 学校膳食 (免费或减价)
<input type="checkbox"/> 儿童保育	<input type="checkbox"/> 生命线 (低成本电话服务)	<input type="checkbox"/> 住房补助
<input type="checkbox"/> 长期护理 (疗养院护理)	<input type="checkbox"/> 儿童抚养服务	<input type="checkbox"/> Head Start 早教启蒙 (适用于 3-6 岁儿童)
<input type="checkbox"/> 计划生育/节育	<input type="checkbox"/> 就业和培训	<input type="checkbox"/> 职业康复
<input type="checkbox"/> 家庭和社区服务 (豁免服务)	<input type="checkbox"/> 就业和培训特别津贴 (如工具)	
<input type="checkbox"/> 其他: _____		

## 请将您家人的情况告知我们：

我们需要收集居住在您地址的每个人的信息，即使他们没有申请福利。如果是医疗保健申请人，请务必在您的联邦所得税申报表中包括任何人，即使他们不与您同住。请注意：您无需提交纳税申报表即可获得福利。请查看下面打印的任何信息。如果此信息不正确，请将其删除并输入正确的信息。

### 成员 1

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀 -Jr./Sr./等) :		您是在为自己申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社会安全号码:
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	您有 PA Access/EBT 卡吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，哪一个年级?	学校名称:	全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果您自己申请，请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP，您不需要回答这些问题。

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果您没有资格获得全额医疗补助保险，您是否只想接受计划生育服务计划的审查？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果您未满 21 岁，我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑您的收入。如果您希望接受全面医疗补助保险的审查，我们需要评估您的家庭收入，包括您父母的收入。您是否只想接受计划生育服务计划的审查，而不是全面的医疗补助保险？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 无论年龄大小，您是否担心在您居住的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对您的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害？如果是，您是否有其他地址 (除了您居住的地方) 想获得有关计划生育服务的信息？
您是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

如果您不是美国公民，请回答以下问题：	您有符合资格的移民身份吗？ <input type="checkbox"/> 是的	如果是，填写文档类型和身份证号码：	文档类型：	文档 ID 号：
	你们有担保人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您自 1996 年以来一直住在美国吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 2

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀 -Jr./Sr./等) :		您是在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社会安全号码:
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此入是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人是否在学校? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是，哪一个年级?	学校名称:
这个人自 1996 年以来一直住在美国吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

这个人您有什么关系？	<input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 孩子	<input type="checkbox"/> 继子	<input type="checkbox"/> 不相关	<input type="checkbox"/> 其他 _____
------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

如果您在为这个人申请，请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP，您不需要回答这些问题。

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格，此人是否只想接受计划生育服务计划的审查？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果此人未满 21 岁，我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查，而不是全面的医疗补助保险？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 无论年龄大小，这个人是否担心他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害？如果是，他们是否有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息？
此人是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

如果此人不是美国公民，请回答以下问题：	此人是否具有合格的移民身份？ <input type="checkbox"/> 是的	如果是，请填写文档类型和 ID 号：	文档类型：	文档 ID 号：
	此人有担保人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自 1996 年以来一直住在美国吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 3

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合获取全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否担心他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **如果是, 他们** 是否有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?

此人是美国公民吗?  是  否

如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	如果是, 请填写文档类型和 ID 号。	文档类型:	文档 ID 号:
	此人是否有担保人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 4

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **如果是, 他们** 是否有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?

### 成员 5

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **如果是, 他们** 是否有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?

此人是美国公民吗?  是  否

如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	如果是, 请填写文档类型和 ID 号。	文档类型:	文档 ID 号:
	此人是否有担保人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 6

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **如果是, 他们do有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?**

此人是美国公民吗?  是  否

<b>如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:</b>	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	<b>如果是, 请填写文档类型和 ID 号。</b>	文档类型:	文档 ID 号:
	此人有担保人吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 7

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **If yes 有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?**

此人是美国公民吗?  是  否

<b>如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:</b>	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	<b>如果是, 请填写文档类型和 ID 号。</b>	文档类型:	文档 ID 号:
	此人有担保人吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

### 成员 8

姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:	
出生日期 (月/日/年) :		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是, 哪一个年级?		学校名称:	
				全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个人您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____					

**如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。**

是  否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?

是  否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?

是  否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? **如果是, 他们do有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?**

此人是美国公民吗?  是  否

<b>如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:</b>	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	<b>如果是, 请填写文档类型和 ID 号。</b>	文档类型:	文档 ID 号:
	此人有担保人吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

成员 9				
姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 哪一个年级?	学校名称:		全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人和您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
<b>如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。</b>				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? <b>如果是, 他们do有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?</b>				
此人是美国公民吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	如果是, 请填写文档类型和 ID 号。	文档类型:	文档 ID 号:
	此人是否有担保人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

成员 10				
姓名 (包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-Jr./Sr./等) :		您在为这个人申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码:
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	此人是否有 PA Access/EBT 卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		这个人您住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人在学校吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 哪一个年级?	学校名称:		全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这个人和您有什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子 <input type="checkbox"/> 不相关 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
<b>如果您在为这个人申请, 请回答以下问题。如果您仅申请 SNAP, 您不需要回答这些问题。</b>				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果不符合全额医疗补助保险的资格, 此人是否只想接受计划生育服务计划的审查?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满21岁, 我们将在确定计划生育服务计划时仅考虑他们的收入。如果他们希望接受全面医疗补助保险的审查, 我们需要评估他们的家庭收入, 包括他们父母的收入。此人是否只想接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面的医疗补助保险?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄大小, 这个人是否害怕他们可能收到的地方收到的有关计划生育服务的信息可能会对他们的配偶、父母或其他人造成身体、情感或其他伤害? <b>如果是, 他们do有其他地址 (居住地除外) 想获取有关计划生育服务的信息?</b>				
此人是美国公民吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
如果此人不是美国公民, 请回答以下问题:	此人是否具有合格的移民身份? <input type="checkbox"/> 是的	如果是, 请填写文档类型和 ID 号。	文档类型:	文档 ID 号:
	此人是否有担保人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这个人自1996年以来一直住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

## 其他问题

有人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 谁?	预产期?	预计会有几个婴儿?
是否有人残疾、重病或需要医疗护理? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 谁?	具体是哪方面残疾?	
是否有人在 18 岁或以上时被寄养? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 谁?	在什么状态下?	
是否有人支付托儿费或照顾残疾成年人的费用, 以便他或她能够上班、上学或接受培训? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 每月多少钱?	每月金额: \$	谁接受护理?
有人上班的路程产生花费吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 每月多少钱?	每月金额: \$	您如何旅行 (公共汽车, 火车, 汽车, 地铁)?
<b>如果您使用汽车:</b>			
上班往返多少英里?	英里:	每周多少天?	日: 您每月花在汽车上的钱是多少?
			每月金额: \$

## 税务信息

如果您正在申请医疗保险, 请完成本节。如果您仅申请 SNAP, 则无需回答这些问题。

是否有人计划 **下一年**提交联邦所得税申报表?  是  否  
如果是, 请填写下表。

列出每个将报税的人。如果共同提交, 请将配偶包括在同一行中。

注意: 受抚养人只能由一名报税人申报。对于联合申报者, 您只需为将签署税表的报税人列出家属。

列出每个计划提交纳税申报表的人的姓名	此人会与配偶共同提交吗? 是/否	如果是, 请列出配偶姓名	此人会申请受抚养人吗? 是/否	如果是, 请列出受抚养人的姓名

有人会被某人的纳税申报表声称为受抚养人吗?  是  否 如果是, 请完成下表。

列出将被认领受抚养人的受抚养人或报税人。

注意: 如果将被认领的人已经在上面列为受抚养人, 则无需填写此表。

受抚养人姓名	报税人姓名	与报税人的关系

## 税收减免

如果您正在申请医疗保健, 请完成本节。如果您仅申请 SNAP, 则无需回答这些问题。

如果有人支付某些可以在联邦所得税申报表上抵减的东西, 告诉我们这些事情可能会使医疗保险的成本降低一点。

注意: 如果是自雇人士, 请勿在附表 C 税表中包括您将列为费用的费用 (例如, 汽车和卡车费用、折旧、雇员工资和附加福利等)。

有没有人有以下方面的费用: (√ 检查是)	是的	这是谁的开支?	费用多久支付一次? (一次, 每月, 每季度, 每年两次, 每年一次)	多少?
学生贷款利息抵减				
自雇健康保险抵减				
自雇税的可抵减部分				
健康储蓄账户抵减				
其他 (请注明)				





## 健康保险

如果您仅申请 SNAP，则无需回答这些问题。

您申请的任何人都有健康保险吗？  是  否  
您申请的人在过去 90 天内有健康保险吗？  是  否

如果您拥有（或在过去90天内）多种类型的医疗保险，请为每份保单填写一个框。

注意：如果您有多个保险，则需要复制此页面并附上更多。

<b>医疗保险类型</b>	<input type="checkbox"/> 雇主保险	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> TRICARE*	<input type="checkbox"/> 和平队	<input type="checkbox"/> 个体保险计划
	<input type="checkbox"/> 其他 _____				
<b>列出被保障（或曾经）保障的人员：</b>					
保单持有人姓名：	名字：	姓：			
保险公司名称：	名字：	姓：			
保单号：	名字：	姓：			
群体名称/编号：	名字：	姓：			
保障（或曾经保障）哪些方面？	<input type="checkbox"/> 医院护理	<input type="checkbox"/> 处方	<input type="checkbox"/> 眼部护理	这是否（或曾经是）有限福利计划（如学校事故政策）？	
	<input type="checkbox"/> 医生就诊	<input type="checkbox"/> 牙科		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
这个保险是什么时候开始的？		该保险何时（或将要）停止？ (如果您仍在承保范围内，请留空)			
该健康保险是否（或将要）因为投保人失业（解雇、终止、辞职）或换工作而终止？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁失去了保险？			
是否有（或将要）任何儿童因为雇主停止提供保险而失去健康保险？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

\*如果您有直接护理或职业保障保险请勿勾选此处。

## 雇主的健康保险

如果您仅申请 SNAP，则无需回答这些问题。

您代表的申请人是否有工作提供的健康保险？请在此勾选  是  否。如果保险来自其他人的工作，例如父母或配偶，请勾选 是。

如果是，请完成本节以及附录 A：工作健康保险中尽可能多的信息。

这是州政府雇员福利计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这是COBRA的保障范围吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
这是退休人员健保计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果您从工作中获得了健康保险，您是否（或是否）必须支付保险费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否（或会）支付您孩子的保险费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
通过您雇主的团体健保计划购买家庭保险的费用是多少？	▶
通过雇主的团体健保计划为您的孩子提供保险的费用是多少？	▶

## 费用

### 本部分适用于 SNAP 申请人。

请告诉我们您的费用，以便您获得最大的利益。如果需要，您必须提供费用证明。

▶ 您可以随时向我们报告家庭开支，我们可能会要求您向我们提供证明。

您家中是否有人向不与您同住的人支付子女抚养费？ 如果是，是否由法院下令？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您家中是否有人获得住房补助？ 如果是，哪种？ _____ 如果是，您是否获得公用事业津贴？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
餐费是否包含在您的租金中？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您家庭以外的人支付您的任何费用吗？ 如果是这样，什么费用？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您付暖气费吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	多少？ _____ 多久一次？ _____ 给谁？ _____	您是支付中央空调还是运行房间空调的费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果您或您家中任何人每月支付的任何费用请勾选。即使您只支付部分账单，也请勾选。

电话       水       垃圾       公用设施安装       电  
 石油、煤炭、木材、煤油     下水道     气       丙烷     其他 \_\_\_\_\_

如果您有任何这些费用，您每月支付多少费用？

租金：\$ \_\_\_\_\_      公寓费用：\$ \_\_\_\_\_  
 按揭 \$ \_\_\_\_\_      房产税：\$ \_\_\_\_\_      房主保险：\$ \_\_\_\_\_

## 医疗费

### 本部分适用于 SNAP 申请人。

如果您家中有人年满 60 岁或残疾，您可能会获得更多 SNAP 福利，并且您可以提供医疗费用证明。

**如果您或您家中的某人支付以下任何医疗费用请勾选：**

<input type="checkbox"/> 牙科账单	<input type="checkbox"/> 去看病、看病或开处方的任何费用。这些可能是出租车和公共交通等费用。
<input type="checkbox"/> 医生账单	
<input type="checkbox"/> 医院账单	<input type="checkbox"/> 健康助手（您家中帮助医疗的人）。
<input type="checkbox"/> 健康保险或医疗保险费	<input type="checkbox"/> 健康相关用品（如眼镜、助听器、成人纸尿裤）。
<input type="checkbox"/> 医疗设备	<input type="checkbox"/> 处方药
<input type="checkbox"/> 其他：	

▶ 未能报告或核实上述任何费用将被视为您全家所作的声明，声明表明您不希望获得未报告费用的抵减额度。

## 缺席亲属

### 本部分适用于现金申请人。

如果有人申请的孩子的父母不住在您家或如果有人申请的配偶不住在您的家，请回答这些问题，以便我们尝试获得支持。如果提供此信息或寻求支持会使您或家人面临家庭暴力的风险，或使逃避家庭暴力变得更加困难，或者您的孩子因强奸或乱伦而出身，或者您正在考虑收养，则无需填写此部分。

如果您因家庭暴力、强奸或乱伦或正在考虑收养孩子而无法提供此信息或寻求支持，请勾选此框：

亲属缺席者姓名：	缺席亲属姓名：	缺席亲属是： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶
----------	---------	---

亲属缺席者姓名：	缺席亲属姓名：	缺席亲属是： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶
----------	---------	---

亲属缺席者姓名：	缺席亲属姓名：	缺席亲属是： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶
----------	---------	---

▶ 如果您正在申请现金补助，您必须指明任何未成年子女的父母，并通过提供他们需要的信息来帮助家庭关系科（DRS）收集支持，除非您有充分的理由。如果您没有通过提供所需的信息来帮助DRS，并且没有充分的理由不提供帮助，则您获得批准的任何现金补助金额将降低至少25%。

如果获得现金补助批准，您必须赋予部门和DRS为您和您申请的其他人收取现金的权利。法律规定，如果您接受现金补助，抚养权将分配给国家。

如果为获得现金补助的孩子支付了抚养费，除了现金补助福利金外，家庭还可以获得一些支持。

## 犯罪历史查询

### 如果您仅申请医疗保健，则无需回答这些问题。

请为您自己和您申请的任何其他人回答以下问题：

是否有人有传票或搜查令作为被告出庭审理？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
是否有人因重罪或轻罪而欠罚款、费用或赔偿？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
有没有人有罚款和费用的付款计划？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
是否有人处于缓刑或假释状态？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
是否有任何处于缓刑或假释的人不符合规定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
有没有人被判犯有福利欺诈罪？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
有人逃离执法吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
是否有人需要登记为被定罪的性犯罪者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？
是否有人被要求登记为已定罪的性犯罪者未遵守他们的登记要求？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁？

## 选民登记（可选）：此部分仅适用于美国公民

如果您没有在现在居住的地方登记投票，您想申请今天在这里登记投票吗？ 是  否

如果您未选中任一框，您将被视为已决定此时不注册投票。

### 要注册，您必须：

- 1) 下次选举当天年满18岁；
- 2) 在下次选举前成为美国公民至少一个月；
- 3) 在下次选举前至少30天居住在宾夕法尼亚州和投票区。

### 申请登记或拒绝登记投票不会影响该机构将为您提供的补助金额。

如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将为您提供帮助。是寻求还是接受帮助的决定权在您手中。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系郡补助办公室。

如果您认为有人干涉了您的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偏好的权利，您可以向州务卿提出投诉，地址为Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120。（免费电话号码 1-877-VOTESPA.）

### 郡补助办公室工作人员将根据您在上面的回复填写此框

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

# 您的权利和责任 Read 关于您的权利和责任:

## 不受歧视的权利

本机构不得基于种族、肤色、国籍、残障、年龄、性别，以及在某些情况下宗教或政治信仰进行歧视。

美国农业部 (USDA) 也禁止在任何由 USDA 开展或资助的计划或活动中，基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰，或因先前民权活动而遭报复或报复性行为进行歧视。

需要以替代沟通方式获取计划信息的残障人士 (例如盲文、大字版、有声带、美国手语等)，应联系其申请福利的机构 (州或地方)。聋人、听力障碍者或言语障碍者可通过联邦转接服务联系 USDA: (800) 877-8339。计划信息也可能提供英文以外的语言版本。

如因计划出现歧视的情况而提出投诉请求，请填写 USDA 计划歧视投诉表 (AD-3027)，该表可在线获取：[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)，也可在任何 USDA 办公室获取；或写信给 USDA，并在信中提到表格要求的全部信息。如需投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。将填写完成的表格或信件提交给 USDA:

- (1) 邮寄至: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 传真: (202) 690-7442; 或
- (3) 电子邮件: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

如需与补充营养援助计划 (SNAP) 相关的其他信息，可联系 USDA SNAP 热线: (800) 221-5689 (含西班牙语服务)，或致电各州信息/热线号码 (点击链接查看各州热线列表): [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)。

如要就接受美国卫生与公众服务部 (HHS) 联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请致函: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; 或致电 (202) 619-0403 (语音) 或 (800) 537-7697 (TTY)。

本机构为平等机会提供者。

## 保密权

我们会对您的信息保密。信息仅用于决定您可能符合资格的计划。应要求时，郡补助办公室 (CAO) 必须向联邦、州和地方执法人员提供正在逃避重罪起诉、羁押或监禁，或违反缓刑或假释人员的地址、社会安全号码 (SSN) 和照片 (如有)。任何人明知违反本部门规则和条例，均构成轻罪，一经定罪，可处以不超过一百美元 (\$100) 的罚金，或不超过六个月的监禁，或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

## 获得书面通知的权利

我们将向您提供书面通知，解释您的福利。如果我们拒绝、变更、暂停或停止福利，我们将提供书面解释说明原因。您可以在通知邮寄日期起 30 天内 (SNAP 福利为 90 天内) 申请听证会。

## 申诉权

若您认为决定不公平或不正确，或 DHS 未对您的福利申请采取行动，您有权要求 DHS 听证以提出申诉。您可在 CAO 提交申诉。如您申诉，您也可在听证前申请机构会议。如您的申诉涉及加急 SNAP 福利，您有权在两个工作日内与主管进行该会议。在听证会中，您可自行出席，或由他人 (如律师、朋友或亲属) 代表您。

## 主张正当理由 (Good Cause) 的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您配合确认亲子关系并寻求抚养费。如您能证明这可能对您和/或您的子女构成危险，您可被豁免，这称为“正当理由”。除非建立正当理由豁免，否则您将被要求满足就业与培训要求。除非获得正当理由，您也将被要求满足半年一次的报告要求。

## 获得可抵扣保险覆盖证明的权利

联邦法律限制何时可以因既往病史而拒绝或限制健康保险的承保。如果您参加了一项团体健康计划，而该计划排除了对您已有疾病的治疗，那么您之前接受医疗援助承保的时间可以计入信用。这可能有助于您获得承保。请联系您的个案工作人员索取此证明。

## 提供信息的责任

您必须提供真实、正确且完整的信息，并协助证明您所提供的信息。如您未能提供某些证明，福利可能被拒绝。如您无法提供证明，应请求 CAO 协助获取。如 DHS 或州监察长办公室联系您，您必须完全配合相关人员或调查人员。如您年满 55 岁并领取医疗援助以支付护理机构服务、家庭与社区基础豁免服务以及相关住院和处方药服务费用，您可能被要求从遗嘱继承遗产中偿还这些服务的费用。如您申请现金援助，我们可能要求您签署协议，偿还您、您的配偶和子女已领取的福利。

## 提供社会安全号码的责任

对于现金、医疗援助和/或 SNAP 福利，您必须为每位申请人提供 SSN。如您没有 SSN，则必须申请一个。不提供 SSN 可能导致无法领取福利。对于现金和医疗援助福利，我们可能要求提供任何其他收入或资源可能影响您资格或福利金额人员的 SSN。所提供的 SSN 将用于身份核验、通过计算机比对该收入与资源，并防止州与联邦福利重复领取。仅申请紧急医疗援助的非公民无需提供 SSN。

## 合法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合福利资格，将向您发放 PA ACCESS 卡。该卡只能在资格期间由符合资格的人使用，并且只能用于所需且合理的服务。

## 报告变更的责任

如果您符合领取福利的资格，您需要将情况的变化告知您的个案工作人员或客户服务中心。需报告的变更包括：家庭成员离开或搬入、新地址、某人新工作、某人失业、子女出生、新收入来源或收入变化，以及彩票与赌博奖金。您的个案工作人员和您收到的通知将根据您符合的计划与福利，详细说明具体要求。未在计划规定期限内报告所需变更，可能导致福利损失、制裁或民事/刑事指控。您可亲自、电话、传真、邮寄或通过 MyCOMPASS 账户向 CAO 报告变更。您也可随时致电客户服务中心 1-877-395-8930，或 (费城) 1-215-560-7226。

## 隐私法声明

(i) 收集本信息 (包括每位家庭成员的 SSN) 依据《2008 年食品与营养法》(经修订) 7 U.S.C. 2011-2036d 授权。该信息用于确定您的家庭是否符合或持续符合 SNAP 计划资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。该信息亦用于监督对计划法规的遵守情况及计划管理。

(ii) 该信息可向其他联邦与州机构披露以供官方审查，并向执法人员披露以便抓捕逃避法律人员。

(iii) 若对您的家庭产生 SNAP 索赔，本申请信息 (含全部 SSN) 可移交联邦与州机构以及私人索赔收款机构以进行索赔追缴。

(iv) 提供所请求信息 (含每位家庭成员 SSN) 为自愿；但如未提供 SSN，将导致未提供 SSN 的个人 SNAP 福利被拒绝。任何提供的 SSN 将以与符合资格家庭成员 SSN 相同方式使用与披露。

# 禁止和处罚 请阅读关于您的责任信息：

如果这种情况在没有充分理由的情况下发生		这可能会发生 (处罚)
所有福利 补充营养 补助计划 (SNAP) 现金 医疗补助	滥用电子福利转移 (EBT) 卡或 PA Access卡。	罚款, 监禁, 或两者兼而有之。
	不要根据需要报告更改。	福利削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息, 或者不报告更改。	福利欺诈的罚款, 取消资格和/或监禁时间, 取消行政听证程序的资格。 不符合现金条件: • 第一次 - 6个月。 • 第二次 - 12个月。 • 第三次 - 永远。 不符合 SNAP 的条件: • 第一次 - 12个月。 • 第二次 - 24个月。 • 第三次 - 永远。
	交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不符合条件: • 所有法定定罪 - 12个月。
补充营养 补助计划 (SNAP)	故意滥用 SNAP 福利, 例如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利;转换福利;或倾倒使用 SNAP 福利购买的容器以收取押金——或购买 SNAP 未涵盖的物品, 例如酒精或烟草——或使用 SNAP 福利支付已收到的食物或赊账食品。	不符合条件: • 第一次 - 12个月。 • 第二次 - 24个月。 • 第三次 - 永远。 • 第一次法定定罪超过 500 美元 - 永远。
	购买具有 SNAP 福利的产品, 目的是通过转售产品以换取现金或合格食品以外的对价来获得合格食品以外的现金或对价。	
	故意购买最初使用 SNAP 福利购买的产品, 以换取现金或符合条件的食品以外的对价。	
	使用/获得 SNAP 福利以购买药物或受控物质。	不符合条件: • 第一次 - 24个月。 • 第二次 - 永远。
	在销售枪支、弹药或爆炸物时使用/获得 SNAP 福利。	第一次 - 永远没有资格。
	因购买、出售或交易总计 500 美元或以上的 SNAP 福利而被定罪。	永远没有资格。
	谎报您是谁或您住在哪里以获得不止一个 SNAP 福利。	10年内都不会有资格。
逃离以避免因重罪/重罪未遂而受到起诉、拘留或监禁——或因违反缓刑或假释而逃离。	在您按照法律规定行事之前, 没有资格。	
现金	不遵守法院对重罪或轻罪的处罚, 包括支付罚款。	在您遵守处罚之前不符合条件。
	谎报您住在哪里, 以便在两个或多个州领取现金。	10年内没有资格。
	逃离以避免因重罪定罪/重罪未遂而被起诉、拘留或监禁;在因即决犯罪、重罪或轻罪发出传票或法官令时, 未能作为被告出现在刑事法庭诉讼程序中;因违反缓刑/假释而逃离;或对您有任何有效的搜查令。	在您按照法律规定行事之前, 没有资格。
<b>如果您被判犯有欺诈罪或违反上述规则：</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNAP 罚款最高 250,000 美元, 现金罚款最高 15,000 美元;</li> <li>• SNAP 最高可判处 20 年监禁, 现金最高可判处 7 年监禁;和/或</li> <li>• 偿还收到的福利。</li> <li>• 取消在计划规定的上述期限内享受福利的资格。</li> </ul>
SNAP工作规则	对于家庭成员 - 身体和精神健康 - 年龄超过 15 岁且 60 岁以下 - 没有其他豁免或有充分理由。	不容忽视: • 第一次 - 一个月, 直到您完成所需的操作。 • 第二次 - 三个月, 直到您完成所需的工作。 • 三次或更多次 - 每次六个月, 直到您完成所需的操作。
	拒绝: • 接受一份工作。 • 向 CAO 告知工作状态和职位空缺情况。	
现金相关工作规则	不故意满足相互责任协议 (AMR) 中规定的现金工作要求。	<p>不容忽视:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 首次违规 - 您将在至少 30 天内失去资格, 或直至不再违规, 以较长者为准。</li> <li>• 第二次违规 - 您将在至少 60 天内失去资格, 或者直到不再违规为止, 以较长者为准。</li> <li>• 第三次违规——您将被永久取消资格。</li> </ul> <p>如果制裁原因发生在收到现金补助后的前 24 个月内, 无论是连续的还是间断的, 制裁仅适用于个人。</p> <p>如果制裁原因发生在收到现金补助 24 个月之后, 无论是连续的还是间断的, 制裁都适用于整个家庭。</p>

# 理解您的权利与责任

## 当本人签署本表时：

- 本人理解宾夕法尼亚州会从收入资格核系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告机构以及州和联邦机构获得信息，以核实本人所提供的信息。当州机构发现冲突细节时，将通过 IEVS 和其他实体请求、使用并可能通过旁证联系核实可用信息，而这些信息可能影响本人家庭的资格与福利水平。
- 本人理解，通过签署本申请，本人授权任何金融机构通过电子或其他方式向民政服务部或其指定代理或承包商披露该机构持有的任何及所有金融信息，以便在需要时用于识别与核实资源（也称“资产”），以确定并重新确定医疗援助资格。本人理解金融信息包括存款、取款、账户关闭以及金融机构所请求或收到的其他相关信息，包括金融机构就该账户或资产进行的其他交易。本人理解该授权在医疗援助资格被拒绝或终止前有效，或在本人以书面方式通知部门撤销前有效，以先发生者为准。本人理解，如本人撤销该授权，可能导致本人或本家庭不符合医疗援助资格。
- 本人理解，如本人歪曲、隐瞒或扣留可能影响本人福利资格的事实，本人可能被要求偿还福利，并可能被起诉并被取消未来领取某些福利的资格。
- 本人理解，本人可以通过填写“授权代表”部分并随本申请提交，来指定一名授权代表。
- 本人理解并同意，即使本申请由代表本人提交的人填写，本人仍对本申请中的任何欺诈性陈述负责。
- 本人理解，任何因资产或收入转让而获益的人，如该转让会影响本人获得长期护理或家庭与社区基础服务资格，将对错误发放的福利承担偿还责任。
- 本人已收到一份本人的权利与责任副本，已阅读或由他人读给本人听，并且本人理解其内容。
- 本人理解，民政服务部或其指定方可通过包括电子邮件和短信在内的方式联系本人，以帮助处理本人的申请或征求对申请流程的反馈。  
如本人不希望接收电子邮件或短信，  
本人理解民政服务部仍将处理本人的申请。
- 本人理解，本申请中填写的信息将被保密，仅用于管理福利。本人授权为确定资格之目的释放个人、财务和医疗信息。
- 本人理解，本人被要求报告的任何变更必须在变更发生后下一个月的前 10 天内报告；对于长期护理及家庭与社区基础服务，必须在变更后 10 天内报告。
- 本人理解，如家庭成员获得等于或高于老年或残障家庭 SNAP 资源限额的彩票或赌博奖金，家庭可能失去 SNAP 福利。
- 本人理解，本人将收到解释福利的书面通知。如福利被拒绝、变更、暂停或停止，书面通知将说明原因。
- 本人理解，自通知日起本人有 30 天 (SNAP 为 90 天) 时间，如不同意本申请决定，可申请听证会。
- 本人理解，本人的情况可能会通过雇主、资金来源及其他第三方进行核实。
- 本人理解，申请人必须提供社会安全号码，或在没有号码的情况下申请一个。该号码可用于核对本申请信息。
- 本人理解，在资格期间本人必须仅为符合资格的人使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡，并且只能获取所需且合理的福利。
- 本人理解，本人不得使用通过 PA ACCESS 卡发放的现金援助资金在酒类商店、赌场 (赌博赌场、博彩场所) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人理解，对于未申请援助的人，本人无需提供其社会安全号码。如本人提供，其号码可用于核对本申请信息。提供其号码可能最大化本人的福利并缩短领取福利时间。
- 本人证明所填写的所有信息在伪证罪惩罚下均为真实。
- 我理解我有权获得一份可信保险证明，以核实我的医疗保险覆盖情况。联邦法律对医疗援助因既有疾病而被拒绝或限制承保的情形作出了限制。如果我参加了一项包含既有疾病条款的团体健康计划，我之前接受医疗援助的期间可以计入信用。
- 本人理解，如本人被认定符合医疗援助资格，本人将被纳入对本人可用的最全面医疗援助福利包。本人理解，本人可能被要求加入健康计划。本人理解，加入健康计划对本人可能免费或低成本，因为部门会为本人向健康计划支付月费。本人理解该月费为人头费 (capitation fee)。本人理解，如因错误、欺诈或任何其他原因导致本人获得了不符合资格的医疗援助，本人可能被要求向部门偿还为本人支付的全部月费。
- 本人理解，如本人符合多个医疗援助类别，本人将被纳入对本人最有利的医疗援助类别。本人理解，本人有权选择本人接受哪个类别的医疗援助，并且如本人符合其他类别资格，本人可请求更改至该类别。
- 本人理解，本人可能被认定符合需要每月保费的医疗援助资格。

- 如本人领取现金福利，本人将按部门指示配合儿童抚养支持执行计划的要求。本人授予部门及家庭关系处为本人及本人所申请人员追索并收取现金和/或医疗支持的权利。
- 本人理解，如本人报告或提供家庭支出证明，本人将获得允许范围内的最高 SNAP (食品券) 福利金额。未报告或未提供家庭支出证明，将被视为本人声明不希望或未证明的支出获得扣减。(依据：美国农业部食品与营养服务局中大西洋办公室，1999年1月4日发布的第6-99号行政通知)。
- 本人理解，本人有权在 SNAP (食品券) 认证期内的任何时间，在本人报告并提供支出证明时获得相应支出抵扣。
- 本人理解，本人有权请求 CAO 协助获取支出证明，若本人在获取任何证明方面有困难，CAO 可联系他人进行确认。
- 本人理解，如部分或全部申请人不符合部门医疗援助资格，他们可能符合 CHIP 资格。
- 本人理解，如部分或全部申请人不符合通过本部门获得医疗援助，他们可能符合联邦福利和/或可通过宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 探索私人健康护理选项。在这种情况下，本人授权本部门向 Pennie 提供本人的姓名及本申请信息。
- 未来年度的保险续保：**为便于在未来年度确定本人是否符合支付健康保险费用援助的资格，本人同意允许宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 使用本人的收入数据，包括纳税申报表信息。Pennie 将向本人发送通知，让本人进行任何更改，本人可随时选择退出。

## 是的，请在未来自动续保：(勾选一项)：

- 五年 (允许的最长年限)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 不要使用我的纳税申报信息来续保我的覆盖。

## 在此签名：

**X**

\_\_\_\_\_  
 申请人或授权代表签名

\_\_\_\_\_  
 日期

**重要提示：如果您的家庭符合 SNAP/LIHEAP 资格，您可能会收到邮寄的 Fast Track (快速通道) 同意书，该同意书可能允许您及家庭成员自动加入医疗援助。**

授权代表姓名	授权代表地址	电话号码

<b>仅供郡补助办公室使用</b>	我已向申请人解释其权利与责任。
	_____ CAO 签名
	_____ 日期

**请务必签署并注明日期，并附上所需文件**





Pennsylvania  
**Department of Human Services**

宾夕法尼亚州公众服务部 (DHS) 遵守适用的联邦民权法, 不存在基于种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别的歧视。DHS 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾、信仰、宗教信仰、血统、性别、性别认同或表达或性取向而排斥他人或区别对待。

**国土安全部提供:**

- 为残疾人士提供免费补助和服务, 以便他们与我们进行有效沟通, 例如:
  - 合格的手语翻译员
  - 其他格式的书面信息 (大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式)
- 为主要语言不是英语的人提供免费语言服务, 例如:
  - 合格的口译员
  - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务, 请联系当地郡补助办公室。

如果您认为 DHS 未能提供这些服务或存在基于种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别的其他歧视, 您可以往以下地址提交申诉: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA Relay Services 711, 传真 - (717) 772-4366, 或发送电子邮件 - [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov)。您可以亲自或通过邮寄、传真或电子邮件提出申诉。如果您需要帮助提出申诉, 平等机会局可以为您提供帮助。

您还可以提出民权投诉与美国卫生与公众服务部民权办公室联系, 通过民权办公室投诉门户网站以电子方式联系, 网址为 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或者通过邮件或电话联系:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

投诉表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取。

## 您的权利和责任 阅读您的权利和责任：

### 不受歧视的权利

本机构不得基于种族、肤色、国籍、残障、年龄、性别，以及在某些情况下宗教或政治信仰进行歧视。

美国农业部 (USDA) 也禁止在任何由 USDA 开展或资助的计划或活动中，基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰，或因先前民权活动而遭报复或报复性行为进行歧视。

需要以替代沟通方式获取计划信息的残障人士 (例如盲文、大字版、有声带、美国手语等)，应联系其申请福利的机构 (州或地方)。聋人、听力障碍者或言语障碍者可通过联邦转接服务联系 USDA: (800) 877-8339。计划信息也可能提供英文以外的语言版本。

如因计划出现歧视的情况而提出投诉请求，请填写 USDA 计划歧视投诉表 (AD-3027)，该表可在线获取：[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)，也可在任何 USDA 办公室获取；或写信给 USDA，并在信中提供表格要求的全部信息。如需投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。将填写完成的表格或信件提交给 USDA：

- (1) 邮寄：U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 传真：(202) 690-7442；或
- (3) 电子邮件：[[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)]

如需补充营养援助计划 (SNAP) 相关的其他信息，可拨打 USDA SNAP 热线：(800) 221-5689 (含西班牙语服务)，或致电各州信息/热线号码 (点击链接查看各州热线列表)：[http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)。

如要就接受 HHS 联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请致函：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201；或致电 (202) 619-0403 (语音) 或 (800) 537-7697 (TTY)。

本机构为平等机会提供者。

### 保密权

我们会对您的信息保密。信息仅用于决定您可能符合资格的计划。郡补助办公室 (CAO) 在被要求时，必须向联邦、州和地方执法人员提供正在逃避重罪起诉、羁押或监禁，或违反缓刑或假释人员的地址、社会安全号码 (SSN) 和照片 (如有)。任何人明知违反本部门规则和条例，均构成轻罪，一经定罪，可处以不超过一百美元 (\$100) 的罚金，或不超过六个月的监禁，或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

### 获得书面通知的权利

我们将向您提供书面通知，解释您的福利。如我们拒绝、变更、暂停或停止福利，我们将提供书面解释说明原因。您有 30 天 (SNAP 为 90 天) 时间，自通知邮寄日期起申请听证会。

### 申诉权

您有权要求 DHS 听证以申诉，若您认为决定不公平或不正确，或 DHS 未对您的福利申请采取行动。您可在 CAO 提交申诉。如您申诉，您也可在听证前申请机构会议。如您的申诉涉及加急 SNAP 福利，您有权在两个工作日内与主管进行该会议。在听证会中，您可自行出席，或由他人 (如律师、朋友或亲属) 代表您。

### 主张正当理由 (Good Cause) 的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您配合确认亲子关系并寻求抚养支持。您可在证明这可能对您和/或您的子女构成危险时被豁免，即“正当理由”。除非建立正当理由豁免，否则将要求您满足就业与培训要求；除非获得正当理由，也将要求您满足半年一次的报告要求。

### 获得可抵扣保险覆盖证明的权利

联邦法律限制何时可因既往病史而拒绝或限制健康覆盖。如您加入的团体健康计划排除对既有疾病的治疗，您可将您获得 MA 覆盖的时间计入抵扣，从而有助于获得覆盖。请联系您的个案工作人员申请该证明。

### 提供信息的责任

您必须提供真实、正确且完整的信息，并协助证明您所提供的信息。若您未能提供某些证明，福利可能被拒绝。若您无法提供证明，应请求 CAO 协助获取。若 DHS 或州监察长办公室联系您，您必须完全配合相关人员或调查人员。若您年满 55 岁并领取医疗援助以支付护理机构服务、家庭与社区基础豁免服务以及任何相关住院与处方药服务费用，您可能被要求从遗嘱继承遗产中偿还这些服务的费用。若您申请现金援助，我们可能要求您签署协议，偿还您、您的配偶和子女已领取的福利。

### 提供社会安全号码的责任

对于现金、医疗援助和/或 SNAP 福利，您必须为每位申请人提供 SSN。若您没有 SSN，必须申请。不提供 SSN 可能导致无法领取福利。对于现金和医疗援助福利，我们可能要求提供任何其收入或资源可能影响您资格或福利金额人员的 SSN。所提供的 SSN 将用于身份核验、通过计算机比对核实收入与资源，并防止州与联邦福利重复领取。仅申请紧急医疗援助的非公民无需提供 SSN。

### 合法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合福利资格，将向您发放 PA ACCESS 卡。该卡只能在资格期间由符合资格的人使用，并且只能用于所需且合理的服务。

### 报告变更的责任

如果您符合领取福利的资格，您需要将情况的变化告知您的个案工作人员或客户服务中心。需报告的变更包括：家庭成员离开或搬入、新地址、某人新工作、某人失业、子女出生、新收入来源或收入变化，以及彩票与赌博奖金。您的个案工作人员和您收到的通知将根据您符合的计划与福利，详细说明具体要求。未在计划规定期限内报告所需变更，可能导致福利损失、制裁或民事/刑事指控。您可亲自、电话、传真、邮寄或通过 MyCOMPASS 账户向 CAO 报告变更。您也可随时致电客户服务中心 1-877-395-8930，或 (费城) 1-215-560-7226。

### 隐私法声明

(i) 收集基本信息 (包括每位家庭成员 SSN) 依据《2008 年食品与营养法》(经修订) 7 U.S.C. 2011-2036d 授权。该信息用于确定您的家庭是否符合或持续符合 SNAP 计划资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。该信息亦用于监督对计划法规的遵守情况及计划管理。

(ii) 该信息可向其他联邦与州机构披露以供官方审查，并向执法人员披露以便抓捕逃避法律人员。

(iii) 若对您的家庭产生 SNAP 索赔，本申请信息 (含全部 SSN) 可移交联邦与州机构以及私人索赔收款机构以进行索赔追缴。

(iv) 提供所请求信息 (含每位家庭成员 SSN) 为自愿；但如未提供 SSN，将导致未提供 SSN 的个人 SNAP 福利被拒绝。任何提供的 SSN 将以与合格家庭成员 SSN 相同方式使用与披露。

# 禁止和处罚 阅读有关您的责任信息：

如果这种情况无正当理由发生		这种情况可能会发生 (处罚)
所有福利 SNAP 现金 医疗补助	滥用电子福利转账 (EBT) 卡或 PA ACCESS 卡。	罚款, 入狱, 或者两者兼而有之。
	根据要求, 不要报告变更。	福利被削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息, 或者不报告更改。	因福利欺诈而被罚款、取消资格和/或监禁、取消行政听证程序资格资格。 不符合现金条件: • 第一次 - 6 个月。 • 第二次—12个月。 • 第三次—永远。 不符合 SNAP 资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次—24个月。 • 第三次—永远。
交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不容忽视: • 所有法定定罪 - 12 个月。	
SNAP	故意滥用 SNAP 福利, 例如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利; 转换福利; 或转储使用 SNAP 福利购买的容器来收取押金, 或者购买 SNAP 不涵盖的物品, 例如酒精或烟草, 或者使用 SNAP 福利来支付已收到的食品或除购食品。	不容忽视: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次—24个月。 • 第三次—永远。 • 首次法定定罪金额超过 500 美元 - 永远。
	购买具有 SNAP 福利的产品, 目的是通过转售该产品以换取除合格食品以外的现金或对价来获取现金或除合格食品以外的对价。	
	故意购买最初通过 SNAP 福利购买的产品, 以换取合格食品以外的现金或对价。	
	使用/接受 SNAP 福利来购买药品或受管制物质。	不符合资格: • 第一次—24 个月。 • 第二次—永远。
	在销售枪支、弹药或爆炸物时使用/获得 SNAP 福利。	第一次 - 永远不符合资格。
	因购买、出售或交易 SNAP 福利总额达 500 美元或以上而被定罪。	永远没有资格。
	谎报您的身份或居住地以获得不止一项 SNAP 福利。	10年内没有资格。
因重罪/未遂重罪而逃亡以避免起诉、拘留或监禁, 或因违反缓刑或假释而逃亡。	除非您按照法律规定行事, 否则不符合资格。	
现金	不遵守法庭对重罪或轻罪的处罚, 包括缴纳罚款。	在您遵守处罚规定之前不符合资格。
	谎报您的住所所以在两个或多个州收取现金。	10年内失去资格。
	因重罪定罪/重罪未遂而逃避起诉、拘留或监禁; 当因简易犯罪、重罪或轻罪发出传票或法官逮捕令时, 未能作为被告出席刑事法庭诉讼; 因违反缓刑/假释而潜逃; 或对您有任何有效的搜查令。	除非您按照法律规定行事, 否则不符合资格。
<b>如果您被发现现有欺诈行为或违反上述规则:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNAP 最高罚款 250,000 美元, 现金最高罚款 15,000 美元;</li> <li>• SNAP 最高可判处 20 年监禁, 现金最高可判处 7 年监禁; 和/或</li> <li>• 偿还收到的福利。</li> <li>• 取消在计划规定的上述期限内享受福利的资格。</li> </ul>
SNAP 工作规则	对于家庭成员 - 身体和精神健康 - 年龄超过 15 岁且 60 岁以下 - 没有其他豁免或有充分理由。	不容忽视: • 第一次 - 一个月, 直到您完成所需的操作。 • 第二次 - 三个月, 直到您完成所需的工作。 • 三次或更多次 - 每次六个月, 直到您完成所需的操作。
	拒绝: • 接受一份工作。 • 向 CAO 告知工作状态和职位空缺情况。	
现金工作规则	不故意满足相互责任协议 (AMR) 中规定的现金工作要求。	不容忽视: • 首次违规 - 您将在至少 30 天内失去资格, 或直至不再违规, 以较长者为准。 • 第二次违规 - 您将在至少 60 天内失去资格, 或者直到不再违规为止, 以较长者为准。 • 第三次违规——您将被永久取消资格。  如果制裁原因发生在收到现金补助后的前 24 个月内, 无论是连续的还是间断的, 制裁仅适用于个人。 如果制裁原因发生在收到现金补助 24 个月之后, 无论是连续的还是间断的, 制裁都适用于整个家庭。

# 了解您的权利和责任

## 当本人签署本表时：

- 本人理解，宾夕法尼亚州会从收入资格核实系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告机构以及州和联邦机构获取信息，以核实本人向其提供的信息。通过 IEVS 和其他实体获得的信息将被请求、使用，并且当州机构发现细节冲突时，可能会通过与第三方联系进行核实；这些信息可能会影响本人家庭的资格及福利水平。
- 本人理解，通过签署本申请，本人授权任何金融机构以电子或其他任何方式，向民政服务部 (Department of Human Services) 或其指定的代理人或承包商披露该机构所持有的任何及全部财务信息，用于在确定和重新确定医疗援助 (Medical Assistance) 资格时 (如有需要) 识别并核实资源 (也称“资产”)。本人理解，财务信息包括存款、取款、账户关闭以及金融机构所请求或收到的其他相关信息，包括金融机构就该账户或资产所进行的其他交易。本人理解，该授权自签署之日起生效，直至医疗援助资格被拒绝或终止，或本人以书面通知部门撤销该授权 (以先发生者为准)。本人理解，如果本人撤销该授权，可能会使本人或本人家庭不符合医疗援助资格。
- 本人理解，如果本人虚假陈述、隐瞒或扣留可能影响本人福利资格的事实，本人可能被要求偿还已领取的福利，并可能被起诉及被取消未来领取某些福利的资格。
- 本人理解，本人可以通过填写“授权代表”部分并将其随本申请一并提交来指定授权代表。
- 本人理解并同意，即使本申请由代表本人行事的人提交，本人仍对本申请中的任何欺诈性陈述负责。
- 本人理解，任何因资产或收入转让而获益的人，如该转让会影响本人获得长期护理或居家及社区基础服务 (Home and Community-Based Services) 的资格，将对错误发放的福利承担偿还责任。
- 本人已收到一份本人的权利与责任说明，已阅读或有人为本人朗读，本人理解其内容。
- 本人理解，民政服务部或其指定方可能通过包括电子邮件和短信在内的方式联系本人，以协助处理本人的申请或就申请流程征求反馈。如果本人不希望通过电子邮件或短信联系，本人理解民政服务部仍会处理本人的申请。
- 本人理解，本申请中填写的信息将被保密，仅用于管理福利。本人授权为确定资格之目的释放个人、财务及医疗信息。
- 本人理解，本人需要报告的任何变更必须在变更发生月份后的次月前 10 天内报告；对于长期护理和居家及社区基础服务，则必须在变更后 10 天内报告。
- 本人理解，如果家庭成员获得等于或高于老年或残障家庭 SNAP 资源限额的彩票或赌博奖金，本人家庭可能会失去 SNAP 福利。
- 本人理解，本人将收到一份书面通知解释福利内容。如果福利被拒绝、更改、暂停或停止，书面通知将说明原因。
- 本人理解，自通知日期起，本人有 30 天 (SNAP [食品券] 福利为 90 天) 可在不同意本申请决定时申请听证会。
- 本人理解，本人的情况可能会通过雇主、资金来源及其他第三方进行核实。
- 本人理解，申请人必须提供社会安全号码 (Social Security number)，或在没有社会安全号码时申请一个。该号码可用于核对本申请中的信息。
- 本人理解，本人必须仅在符合资格期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人必须仅为符合资格的人使用 EBT 或 PA ACCESS 卡，并且只能领取所需且合理的福利。
- 本人理解，本人不得使用通过 PA ACCESS 卡发放的现金援助资金在酒类商店、赌场 (赌博赌场、游戏场所) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人理解，对于不申请援助的人，本人不必提供其社会安全号码。如果本人提供其社会安全号码，该号码可能用于核对本申请信息。提供其社会安全号码可能会使本人的福利最大化并缩短领取福利的时间。
- 本人证明所填写的所有信息在伪证罪处罚下均真实无误。
- 我理解我有权获得一份可信保险证明，以核实我的医疗保险覆盖情况。联邦法律对医疗援助因既有疾病而被拒绝或限制承保的情形作出了限制。如果我参加了一项包含既有疾病条款的团体健康计划，我之前接受医疗援助的期间可以计入信用。
- 本人理解，如果本人被认定符合医疗援助资格，本人将被纳入对本人可用的最全面的医疗援助福利方案。本人理解，本人可能需要加入健康计划。本人理解，加入健康计划对本人可能是免费的或低成本的，因为部门会为本人向健康计划支付每月费用。本人理解，该月费为按人头付费 (capitation fee)。本人理解，如果由于错误、欺诈或任何其他原因本人领取了不符合资格的医疗援助，本人可能需要向部门偿还为本人支付的所有月费。
- 本人理解，如果本人符合多个医疗援助类别的资格，本人将被纳入对本人最有利的可用医疗援助类别。本人理解，本人有权选择本人接受哪个类别的医疗援助，并且在符合该类别资格的情况下，本人可以申请变更至不同类别。
- 本人理解，本人可能被认定符合需要按月缴纳保费的医疗援助资格。
- 如果本人领取现金福利，本人将按照部门指示配合儿童抚养费执行计划的要求。本人授予部门和家庭关系处 (Domestic Relations Section) 代表本人及本人所申请的其他人追索并收取现金和或医疗支持的权利。
- 本人理解，如本人报告或提供家庭支出证明，本人将获得允许范围内的最高 SNAP (食品券) 福利金额。未报告或未提供家庭支出证明，将被视为本人声明不希望对未报告或未证明的支出获得扣减。(依据：美国农业部食品与

营养服务局中大西洋办公室，1999年1月4日发布的第6-99号行政通知)。

- 本人理解，在本人报告并提供支出证明时，以及在本人的 SNAP (食品券) 认证期内的任何时间，本人都有权获得对家庭支出的抵扣。
- 本人理解，本人有权向郡补助办公室 (CAO) 寻求获取支出证明方面的协助，并且如果本人在获取任何证明方面有困难，CAO 可联系其他人员进行确认。
- 本人理解，如果部分或全部申请人不符合医疗援助资格，则可能符合 CHIP 的资格。
- 本人理解，如果部分或全部申请人不符合通过部门获得医疗援助的资格，则可能符合联邦福利资格，和或可通过宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 探索私人医疗保险选择。在这种情况下，本人授权部门将本人在本申请中的姓名及信息提供给 Pennie。
- 未来年度的保障续保：**为了在未来年度更容易确定本人是否符合获得支付健康保险费用援助的资格，本人同意允许宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 使用本人的收入数据，包括税表中的信息。Pennie 将向本人发送通知，让本人进行任何更改，本人也可以随时选择退出。

是的，请自动续延我在以下期限内的资格：(选择一项)：

- 五年 (法律允许的最长年限)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 不要使用我的税表信息来续保。

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។  
ចុះ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY:711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY:711)।

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711)



Pennsylvania  
Department of Human Services