



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

宾夕法尼亚州福利申请

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 និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នក ត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូម ទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ 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.

如果您患有残疾，需要此申请书的大字版本或其他格式，请致电我们的帮助热线 **1-800-692-7462**。

聋人、患有听力障碍或语言障碍并希望联络帮助热线的个人可以通过拨打 **711** 呼叫宾夕法尼亚州中继服务处。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在网上申请：www.compass.state.pa.us



家庭安全：关于您的福利和家庭暴力的信息

当您的家庭成员伤害到您时，则家庭暴力发生。虐待可以是身体虐待、性虐待或精神虐待。这包括：

- 对您或您的孩子进行身体伤害
- 威胁或试图要伤害您、您的孩子或您的财产
- 强迫您进行性行为
- 对您的孩子进行性虐待
- 对您去的地方和您见的人进行限制
- 不允许您或您的孩子吃东西、穿衣服或接受医疗护理
- 阻止您去上班或上学
- 跟随或跟踪您

如果您是或曾经是家庭暴力的受害者或面临进一步暴力的风险如果家庭暴力妨碍您满足该要求，您的个案工作者可以同意您无需满足现金援助的要求。有时，人们无法安全地遵循福利要求，因为他们担心如果他们这样做，他们或他们的孩子会遭到虐待。这些包括：

- 支持合作
- 时间限制
- 工作 (RESET)
- 青少年父母住在家里的要求
- 视具体情况而定的其他要求
- 核实

如果您因家庭暴力而需要免于遵守福利要求，请告诉您的个案工作者。

如果您或您的孩子是或曾经是家庭暴力的受害者，或面临进一步暴力的风险，您的个案工作者可以：

- 跟您交谈（如果您想的话）。您可以要求私下交谈。您的个案工作者和工作人员将会对您的个人信息保密。但是，法律规定，公众服务部 (Department of Human Services) 必须向儿童和青年服务机构 (Children and Youth Agency) 报告虐待儿童的情况。
- 帮助您找到当地计划，您可通过该计划获得**咨询、安全规划、住所、法律服务**和其他帮助。
- 帮助您了解申请现金援助的规则，以及申请会对您产生什么影响。由于存在家庭暴力，则可能会免除某些 TANF 要求。

有关危机干预、咨询、警察陪同、医疗和法院设施、临时紧急避难所以及预防和教育计划的更多信息，请致电：

宾夕法尼亚州反家庭暴力联盟 (The Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence)
1-800-932-4632 (宾夕法尼亚州) 303-839-1852 (全国)

PA CareerLink® - 重要信息

PA CareerLink® 是宾夕法尼亚州劳动和工业部 (Pennsylvania Department of Labor and Industry) 帮助求职者找到工作的一项计划。劳动和工业部工作人员了解当前的劳动力市场状况，并可以为您提供信息和资源，帮助您寻找工作。

强烈建议您注册PA CareerLink®开始申请。您可以通过 www.pacareerlink.pa.gov/ 注册 PA CareerLink®。





宾夕法尼亚州接收来自其他州和联邦机构的信息，以验证您提供给我们信息。如果您错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响您获得福利资格的事实，您则需要偿还您的福利，以及您可能被起诉并丧失获得未来的某些福利资格。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在网上申请：www.compass.state.pa.us。

申请很容易！

1. 填写这个表格。
2. 在第 1 页和第 15 页上签名并注明日期。
3. 将您的表格携带、传真或邮寄到您的县援助办公室 (CAO)。

您对其他任何服务感兴趣吗？

如果您对以下任何其他服务的信息感兴趣，请在方框中打钩：

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 社会安全生活补助金 (SSI) | <input type="checkbox"/> 健儿门诊 (Well Baby Clinic) | <input type="checkbox"/> 儿童保育 |
| <input type="checkbox"/> 智力障碍服务 | <input type="checkbox"/> 免疫 (注射) | <input type="checkbox"/> 提前教育 (适用于 3 至 6 岁的儿童) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (能源援助计划) | <input type="checkbox"/> 退伍军人的服务 | <input type="checkbox"/> 儿童支持服务 |
| <input type="checkbox"/> 食品银行 | <input type="checkbox"/> 就业和培训 | <input type="checkbox"/> 计划生育/避孕 |
| <input type="checkbox"/> 学校供餐 (免费或降低费用) | <input type="checkbox"/> 职业康复 | <input type="checkbox"/> 普济电话服务 (降低成本的电话服务) |
| <input type="checkbox"/> 长期护理 (养老院护理) | <input type="checkbox"/> 住房援助 | <input type="checkbox"/> WIC (妇女、婴儿和儿童) |
| <input type="checkbox"/> 基于家庭和社区的服务 (豁免服务) | | |
| <input type="checkbox"/> 就业和培训 (如工具) 特别津贴 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |

有问题吗？

请致电您的县援助办公室或我们的客户服务中心，电话：
1-877-395-8930。如果在费城，请致电 **1-215-560-7226**。

让我们来帮助您。请于星期一至星期五上午 8 点半至下午 5 点拨打
您可以拨打 **711**，接通 宾夕法尼亚州中继服务处，获得 TDD 服务。

仅供医疗提供者使用 Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

仅供 CAO 使用 CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



快速获得 SNAP!

立即获得 SNAP 福利!

(SNAP 以前称为食品券计划。)

- 您家庭的现金和银行帐户只有 \$100 或更少的金额可用且预计本月的收入低于 \$150 吗?
- 您是移民还是季节性农场工人?
- 您的每月总收入、现金和银行帐户是否低于本月的租金/抵押贷款和公用设施费用?

如果有任何一个问题的答案是肯定的，，您可能有权获得快速的 SNAP 福利。

这意味着您可以在申请之日起的五个日历日内获得 SNAP 福利。

通过联系当地县援助办公室了解更多信息。

立即提交您的 SNAP 福利申请!

您有权在今天下午 5 点之前随时提交申请。县援助办公室的工作人员应在您在一旁观看的情况下在您的申请书上加盖日期戳。

如果您的快速 SNAP 福利申请被拒绝，您有权在两个工作日内与主管在县援助办公室召开服务机构会议。如果您认为您的权利或服务被拒绝，或如果县援助办公室在您提交申请时不接受您的申请，且未于您在一旁观看的情况下在您的申请书上加盖日期戳，请告知主管或拨打免费热线电话 1-800-692-7462。

您可以在当地法律服务办公室获得免费法律援助。



开始申请

您打算申请什么福利？

现金援助 医疗保险 SNAP (补充营养援助计划)

What language do you prefer? 您希望使用哪种语言 English/ 英语 Spanish/ 西班牙语 Other/ 其他 (specify/ 请说明) _____

Do you need an interpreter? 您是否需要口译员? Yes/ 是 No/ 否 If yes, what language? 若需要, 您需要哪种语言的口译员? _____

无纸化! 您要在线接收通知吗?

前往 www.compass.state.pa.us 并注册您的 MyCOMPASS Account.

- 我们可以在您填写您的姓名和地址, 然后签名并发回此申请书后立即启动申请。
 - 我们鼓励您回答尽可能多的问题, 除非有指示说明, 您可以选择不回答。我们拥有的信息越完整, 我们就可以越快处理您的申请。
 - 如果您符合资格, SNAP 福利将从我们收到您的申请之日开始计算。无论您是否符合资格, 我们都会在 30 日内告知您。
- ▶ **重要提示:** 所有申请人必须提供或申请一个社会保险号码 (SSN) 并回答公民问题。提供 SSN 对于不申请福利的人是强制性的, 但是提供 SSN 可以加速申请过程。我们使用 SSN 核对收入和其他信息, 以了解有资格获得医疗保险费用帮助的人士。如果想获得与获得 SSN 有关的帮助, 请致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。

注意: 如果您是一名仅申请紧急医疗服务的非公民, 您不需要提供有关您移民身份的信息或申请或提供 SSN。

将您 (即申请人) 的情况告诉我们: 我们需要联系一名成人/家长/看护人。

姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :

家庭住址 (包括街道、门牌号、城市、州及邮编+4) :

学区:		乡镇或市:		您在这个地址住了多长时间?	
电话号码: ()	电话类型: <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 手机	第二个电话号码: ()	电话类型: <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 手机		
<input type="checkbox"/> 如果您没有家庭住址, 请勾选这里。 您仍然需要提供邮寄地址。		邮寄地址 (如与家庭住址不同) :			

快速获得 SNAP: 您可以在 5 天内获得 SNAP! 回答这些问题, 然后签署本申请书, 并在今天下午 5 点之前将它提交给您的县援助办公室! 您的县援助办公室将安排与您面谈。

您和任何申请人的每月总收入 (税前): \$	您或由您代为申请的人现在是否获得 SNAP? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否需要支付除电话以外的公用事业费用? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 哪些公用事业费用?
总资源 (资源为现金、支票和储蓄账户中的金钱): \$	您需要支付电话服务费用吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您或由您代为申请的人是季节性或移民农场工人吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您和任何申请人的每月总租金或抵押贷款: \$	您需要支付暖气费或运行空调的费用吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您或由您代为申请的人住在受虐妇女和儿童庇护所吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

在这里签名:

X

您的签名或您的代表的签名

日期



将您家庭成员的情况告诉我们：

我们需要收集关于住在您地址的每个人的信息，即使他们没有申请福利。**对于医疗保健申请人，请确保将所有人都列载于您的联邦所得税申报表上，即使他们不与您同住。**

注意：您不需要提交纳税申报表来获得福利。

第 1 申请人 (从您自己开始申请)				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是为您自己申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如有) :	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
您在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正为您自己申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 您是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果您未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑您的收入情况。如果您希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估您的家庭收入情况 (包括您父母的收入)。您是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 您是否害怕您的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致您受到您的配偶、父母或他人对您的身体、情感或其他方面的伤害? 如果是的话, 您是否有其他地址 (除了您居住的地方) 用于接收您所需有关计划生育服务的信息?				
您是美国公民还是国民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果您不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	您是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	您有担保人吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			您自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



第 2 申请人			CAO Use Only Line #:		
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 3 申请人			CAO Use Only Line #:		
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



第 4 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 5 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



第 6 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 7 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有) :	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计会出生几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗援助, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗援助审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗援助?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害? 如果是的话, 他们是否有其他地址 (除了他们居住的地方) 用于接收他们想获得的有关计划生育服务的信息?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写证明文件类型和身份证号码:	证明文件类型:	证明文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
族群 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



关于您家庭成员的其他问题：

请回答关于您或您家中正在申请福利之人的问题。

当前是否有人在另一个州获得现金援助、医疗保健或 SNAP？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，在哪个州和县？	
您或您家中的任何人是否在另一个州被取消或同意取消食品券或 SNAP 福利的资格？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，请告诉我们是谁：	
有没有人曾使用不同的名字或社会保险号码申请任何福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，请告诉我们姓名和社会保险号码：	
是否有人是美国军队的现役军人或退役军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人是美国军队的现役军人或退役军人的遗孀、配偶或子女（18 岁以下）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有任何年满 18 岁的寄养人员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	州：
是否有人患有残障、重病或需要医疗护理？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么是残疾？
是否有任何人的身体状况需要健康维持药物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	
是否有人居住在医疗或长期护理设施中，或患有导致活动（如洗澡、穿衣、日常家务等）受限的身体、精神或情绪健康状况？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否有人在本月或过去三个月已支付或未支付的医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人是家庭暴力的受害者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有人正在接受吸毒与酗酒治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	

不在场的亲属： 本部分适用于现金申请人。

如果任何人代表父母未住在您家中的孩子申请，或如果任何申请人的配偶没有住在您家中，请回答这些问题，以便我们可以尽力获得支持。

如果提供此信息或寻求赡养会使您或家人面临家庭暴力风险，或使其更难摆脱家庭暴力，或您的孩子是因强奸或乱伦而出生，或如果您正在考虑收养孩子，则您不需要填写此部分。

由于家庭暴力、强奸或乱伦，或者因为您正在考虑将孩子给人收养，因此，提供此信息或寻求赡养将会给您带来困扰，则勾选这个方框：

亲属不在场之人的姓名：	不在场亲属的姓名：	不在场亲属是：
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶

- ▶ 如果您正在申请现金援助，您必须正确说出任何未成年孩子父母的姓名，并帮助家庭关系科 (DRS) 募集赡养费，提供他们需要的信息，除非您有正当理由。如果您没有提供所需的信息来帮助 DRS，且没有不提供帮助的正当理由，您经批准的任何现金援助金额将会至少降低百分之 25。

如果现金援助获得批准，您必须授权该部门和 DRS 为您和您代为申请的其他人募集现金。法律规定，如果您接受现金援助，赡养权将归属于州。

如果为获得现金援助的儿童支付赡养费，除现金援助补助金外，家庭还可以获得一些赡养费。



税务信息： 如果您正在申请医疗保健，请填写此部分。如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

与您同住的您的配偶/伴侣和孩子和/或您的同一联邦所得税申报表（如您提交了一份）上的任何其他填写此信息。

申请书上所列人员是否都计划在明年提交联邦所得税申报表？ 是 否
如果是，列出纳税申报人并列出纳税申报人的配偶（如提交联合申报表）。

纳税申报人姓名：	如果联合提交，配偶姓名：

申请书上所列的任何人士是否在他们的纳税申报表上申报受抚养人？ 是 否
如果是，列出纳税申报人和受抚养人。
 每一位纳税申报人仅可申报一名受抚养人。对于联合申报人，您只需列出签署纳税申报表的纳税申报人的受抚养人。

纳税申报人姓名：	受抚养人：

申请书上所列的任何人士是否作为受抚养人列于其他人的纳税申报表中？ 是 否
如果是，列出受抚养人和列出为该受抚养人申报的纳税申报人。
如果受抚养人已在上面列出，则不需要填写此表中的信息。

受抚养人姓名：	纳税申报人姓名：	与纳税申报人的关系：

减税： 如果您正在申请医疗保健，请填写此部分。如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

如果任何人支付某些可在联邦所得税申报表上扣减的费用，将这些费用告诉我们可能会使医疗保险费用降低一点。
注意：如果是个体经营者，不要列入您在附表 C 的纳税申报表上列为支出的成本（例如：汽车和卡车费用，折旧费，员工工资和附加福利等）。

是否有人有以下支出： (√) (勾选)	是	这是谁的支出？	费用多久时间支付一次？ (一次性、每月一次、每季度一次、每年两次、每年一次)	金额是多少？
学生贷款利息扣减额：				
个体经营者健康保险扣减额：				
自雇税可扣减部分：				
健康储蓄账户扣减额：				
其他（请说明）：				



资源（也被称为“资产”）： 如果您仅申请 SNAP 福利，或如果您正在申请医疗保健且您符合以下任一例外情况：怀孕；未满 21 岁的子女；有一个 未满 21 岁的受抚养子女与您同住；您未患有残障且未满 65 岁，则您不需要回答这些问题。

请告诉我们关于如下资源的信息：

- 现金
- 支票/储蓄账户
- 存款凭证
- 电子货币/数字账户 (PayPal、Cash App)
- IRA/401k/ 利润分享
- 美国储蓄债券
- 圣诞或假期俱乐部
- 股票和债券
- 信托基金
- 船、雪地车、露营车
- 摩托车、全地形车 (ATV)
- 汽车 (小汽车、厢式货车、卡车)

分别列出每个资源：

资源所有人的姓名：	资源种类：	金额是多少？	这个资源的位置在哪里/帐号是什么？

关于资源的其他问题： 如果您仅申请 SNAP 福利，或如果您正在申请医疗保健且您符合以下任一例外情况：怀孕；未满 21 岁的子女；有一个 21 岁以下的受抚养子女与您同住；您未患有残障且未满 65 岁，则您不需要回答这些问题。

您家中是否有人可以从以下来源获得金钱： 就业、事故和解金、遗产或信托基金？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么类型？	期望于何时获得？	期望获得的金额是多少？
是否有人在过去的五年里出售、 赠送或转让住房、土地、 个人财产或任何其他资源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么类型？	什么时候？	其价值是多少？
是否有人拥有他们不住的任何住房或房地产？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？		您家人拥有几辆汽车？	▶
是否有人与银行或殡仪馆签订了安葬协议？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？		您家人拥有几块墓地？	▶
是否有人持有人寿保险保单？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？			



收入：

请列出您在本申请表中所列的所有儿童或成人的收入。

您的家庭成员是否有任何收入？ 是 否 **如有**，请勾选或列明您家庭今年已获得或将获得的任何收入。

<input type="checkbox"/> 佣金	<input type="checkbox"/> 租金收入	<input type="checkbox"/> 支持优惠
<input type="checkbox"/> 股息	<input type="checkbox"/> 食宿收费	<input type="checkbox"/> 失业金
<input type="checkbox"/> 赌博/彩票收入	<input type="checkbox"/> 养老金	<input type="checkbox"/> 联盟薪酬
<input type="checkbox"/> 监护人费用	<input type="checkbox"/> 个体经营所得	<input type="checkbox"/> 退伍军人福利
<input type="checkbox"/> 儿童看护工资	<input type="checkbox"/> 病假工资	<input type="checkbox"/> 就业工资
<input type="checkbox"/> 培训收入	<input type="checkbox"/> 社保福利	<input type="checkbox"/> 劳工赔偿金
<input type="checkbox"/> 贷款所得	<input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI)	<input type="checkbox"/> 其他 _____

获得收入者的姓名：	收入类型/来源/雇主名称：	收入/工资： 金额	支付频率	最近付款 日期：

有关收入的其他问题：

最近 90 天内有人工作吗？	如有 ，请指明是谁？
最近 60 天内有人减少了工作时间吗？	如有 ，请指明是谁？
在过去 30 天内，有人停止从事一项或多项工作吗？	如有 ，请指明是谁？
是否有人在罢工？	如有 ，请指明是谁？
过去是否有人获得过社保福利？	如有 ，请指明是谁？
过去是否有人获得过补充保障收入？	如有 ，请指明是谁？

税前抵扣费

请列出从总收入中扣除的任何税前抵扣项，例如健康/牙科/视力/人寿保险费、401(k)或退休账户供款、家庭储蓄账户 (FSA) 或健康储蓄账户 (HSA) 供款。如有，请指明是谁？

是否有人已申请或正在等待权威机构审批任何上述福利？ (请勾选所有适用项。)

<input type="checkbox"/> 社保福利	<input type="checkbox"/> 失业补偿金	<input type="checkbox"/> 劳工赔偿金
<input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI)	<input type="checkbox"/> 退伍军人福利	<input type="checkbox"/> 其他 _____

申请人：	所申请的福利：	福利申请日期：	申诉中的任何福利 决定：

是否有人为儿童照管或残障成年人护理付费，以便其能工作、上学或接受培训？ 有 无

如有 ，每月的费用是多少？ 月度金额：	接受照顾/护理的人是谁？
-------------------------------	--------------

获得上述收入是否需要任何人支付任何费用？ (例如交通费、诉讼费、银行手续费或监护人费用等)？ 是 否



健康保险：如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

由您代为申请的人是否有健康保险？ 是 否

由您代为申请的人是否在过去 90 天内获得健康保险？ 是 否

如果您有（或在过去 90 天内有过）多种类型的医疗保险，请在方框内勾选每份保单。

注意：如果您有多份保单，则需要复印本页面并将它们附在后面。

医疗保险的类型	<input type="checkbox"/> 雇主保险	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> TRICARE*
	<input type="checkbox"/> Peace Corps	<input type="checkbox"/> 个人计划	<input type="checkbox"/> 其他 _____

参保人名单：

保单持有人姓名：	名字：	姓氏：
保险公司名称：	名字：	姓氏：
保单号码：	名字：	姓氏：
团体名称/编号：	名字：	姓氏：

承保范围是什么？	<input type="checkbox"/> 医院护理	<input type="checkbox"/> 处方	<input type="checkbox"/> 眼睛护理	这是（或曾是）一个受限制福利计划（如学校意外险保单）吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 医生诊疗	<input type="checkbox"/> 牙科		

这项保险从什么时候开始？	这项保险是到（将于）什么时候结束？ (如果您仍然没有保险，请留空。)
---------------------	--

这项健康保险是否由于（或将由于）保单持有人失去工作（下岗、解雇、辞职）或工作变更而结束？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，谁失去了保险？
--	-------------

是否有任何儿童由于（或将由于）雇主停止提供保险而失去健康保险？ 是 否

*如果您有直接医疗或 Line of Duty，请不要勾选。

来自您雇主的健康保险：如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

由您代为申请的人是否从工作中获得健康保险？ 是 否

回答是，即使保险来自于其他人（例如父母或配偶）的工作。

如果是，请填写此部分和附录 B 中尽可能多的信息：来自工作的健康保险。

这是一项州员工福利计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这是 COBRA 保险吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这是一项退休人员健康计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您从您的工作中获得健康保险，您是否需要（将需要）支付保险费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您需要（或将需要）为您的孩子支付保险费吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
通过您雇主的团体健康计划，家庭保险的费用是多少？	通过您雇主的健康计划，您孩子的保险费用是多少？	



支出： 本部分适用于 SNAP 申请人。

请告诉我们您的支出情况，以便您可以获得尽可能多的福利。如果需要，您必须提供您的支出证明。

▶ 您可以在任何时候向我们报告家庭开支，我们可能会要求您向我们提供支出证明。

您家中是否有人向不与您同住的人员支付孩子赡养费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您家中有人获得住房补助吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，是法院命令的赡养费吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，什么类型？ _____
您的租金中是否包含餐费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，您是否获得公用事业津贴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	是否有您家人之外的人向您支付任何费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	如果是，什么费用？ _____
	金额是多少？ _____
	多长时间获得一次收入？ _____
	收款人是谁？ _____
您需要支付暖气费用吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您需要支付中央空调费或房间空调的运行费用吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

勾选您或您家人每月支付的任何费用。请勾选，即使您只支付了账单的一部分费用。

电话 水 垃圾 公用事业设备安装 电
 石油、煤、木材、煤油 下水道 煤气 丙烷 其他 _____

如果您需要支付这些费用，您每月支付多少钱？

租金：\$ _____ 公寓管理费：\$ _____
按揭：\$ _____ 物业税：\$ _____ 房主保险：\$ _____

医疗费： 本部分适用于 SNAP 申请人。

如果您有家人年满 60 岁或患有残障，您可以获得更多 SNAP 福利，且您可以提供医疗费用证明。

勾选您或您家人支付的任何医疗费用。

<input type="checkbox"/> 牙医账单	<input type="checkbox"/> 获得医疗约诊、医学治疗或处方费用。这些费用可以是出租车和公共交通费用。
<input type="checkbox"/> 医生账单	<input type="checkbox"/> 健康护理（在您家里帮助医学治疗的人士）。
<input type="checkbox"/> 医院账单	<input type="checkbox"/> 与健康相关的用品（如眼镜、助听器、成人纸尿裤）
<input type="checkbox"/> 健康保险或 Medicare 保险费	<input type="checkbox"/> 处方药
<input type="checkbox"/> 医疗器械	
<input type="checkbox"/> 其他	

▶ 未能报告或核实上述任何费用将被视为您的家庭作出声明，即您不希望获得未报告费用的抵减。



犯罪记录查询：如果您仅申请医疗保健，则不需要回答这些问题。

请您自己和您代为申请的任何其他人回答以下问题：

是否有人收到传票或逮捕证以作为被告在刑事法院诉讼中出庭？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人因重罪或轻罪而需要支付罚款、败诉诉讼费或赔偿金？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人有罚款和败诉诉讼费的付款计划？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人在服缓刑或处于假释期间？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有成员未遵守缓刑期或假释期的规定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人被宣判犯有福利欺诈罪？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人逃避法律执行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有成员需要登记为已定罪性犯罪者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有需要登记为已定罪性犯罪者的人未遵守登记规定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？

选民登记（可选） 此部分仅适用于美国公民

如果您现在还没有登记您居住地的投票，您是否愿意在这里立即申请登记投票？ 是 否
 如果您不勾选任何选框，您将被视为已决定这次不注册投票。

欲注册，您必须：
 1) 在下一届选举的当天至少年满 18 岁；
 2) 在下一届选举前已成为美国公民至少一个月；
 3) 在下一届选举前已在宾夕法尼亚州和选区居住了至少 30 天。

申请注册或拒绝注册投票不会影响本机构将向您提供的援助金额。
 如果您希望有人帮助您填写选民登记申请表，我们将提供帮助。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以在私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系县援助办公室。如果您认为有人干涉了您注册或拒绝注册投票的权利，您在决定是否注册或申请注册投票中的隐私权，或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可以向宾夕法尼亚州州务院州务卿（地址：Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120）提出投诉。（免费电话号码 1-877-VOTESPA.）

县援助办公室工作人员将根据您的上述回复填写此方框 - COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<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 __/__/__

仅供 CAO 使用 CAO Use Only

<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children? 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide? 3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100? 4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150? 5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household? 6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute? 7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #008000; color: white; padding: 2px;">EXPEDITED REVIEW</td> <td style="padding: 2px;">Initials: _____</td> <td style="padding: 2px;">Date: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">CLIENT NOTIFIED</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Reason for denial: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px; text-align: center;">REGISTERED FOR CATEGORIES ▶</td> </tr> </table>	EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -		CLIENT NOTIFIED	Reason for denial: _____			REGISTERED FOR CATEGORIES ▶		
EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____											
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -		CLIENT NOTIFIED											
Reason for denial: _____													
REGISTERED FOR CATEGORIES ▶													



您的权利和责任 阅读您的权利和责任:

不受歧视的权利

该机构禁止因种族、肤色、原国籍、残障、年龄、性别以及在某些情况下宗教或政治信仰而产生歧视。

美国农业部还禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视,或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中,因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式(例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语等)来了解计划资料的残障人士,可以联系他们申请福利的机构(本州或当地)。聋人、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务(800) 877-8339 与 USDA 联系。此外,计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题,请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格,该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到,或在任何 USDA 办事处索取,或者给 USDA 写信投诉,信中需提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本,请拨打(866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 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;
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

需了解关于补充营养援助计划(SNAP)问题的其他信息,可以联系 USDA SNAP 热线电话(800) 221-5689(也支持西班牙语)或拨打 State Information/Hotline Numbers(点击链接获取各州热线号码清单);该清单可通过以下链接获取:http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

若需投诉一个关于通过美国卫生与公共服务部(HHS)获得联邦财务援助的计划的歧视问题,请写信寄往 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; 或拨打(202) 619-0403(语音服务)或(800) 537-7697(TTY)。

这是一所提供均等机会的机构。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有权享受的计划。一经请求,县援助办公室(CAO)必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会保险号码(SSN)和照片(如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定,即属犯有轻罪,一经定罪,应判处一百美元(\$100)以下罚款,或六个月以下的监禁,或两者并罚(62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知,说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利,我们将给您发送一份书面解释。从通知的邮寄日期起,您可以在 30 天(补充营养援助计划(SNAP)福利为 90 天)内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为不公平或不正确,或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动,您有权要求公众服务部(DHS)举行听证会对决定提出申诉。您可以向 CAO 提出申诉。如果您提出申诉,您也可以在听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利,您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上,您可以代表您自己或让其他人(例如律师、朋友或亲戚)作为您的代表。

要求正当理由的权利

如果您申请现金或医疗援助福利,法律要求您在确定父子关系和寻求赡养费时提供配合。如果您证明这样做可能会对您和/或您的孩子带来危险,您可以被免除这些要求。这被称为正当理由。除非确定了正当理由豁免,否则您将需要满足就业和培训要求。除非给出正当理由,否则您还需要满足一年两次的报告要求。

获得抵免证书的权利

当健康保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时,联邦法律将作出判定。如果您参加了一个团体健康计划,其不包括对您已有医疗状况的治疗,您可以在您获得医疗援助保险的期间获得抵免。这可以帮助您获得保险。联系您的个案工作者以请求此证书。

提供信息责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明,福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明,您应该要求 CAO 帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您,您必须完全配合这些人员或调查员。如果您年满 55 岁,并获得医疗援助以支付护理设施服务、基于家庭和社区的豁免服务以及任何相关的医院和处方药物服务,您可能需要从您的遗产认证财产(probate estate)中退还这些服务的费用。如果您正在申请现金援助,我们可能会要求您签署一份偿还您、您的配偶和您的孩子已收到的福利的协议。

提供社会保险号码的责任

对于现金、医疗保健和/或 SNAP 福利,您必须为您代办的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN,您必须申请一个。不提供 SSN 可能导致无法获得福利。对于现金福利,我们可能要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何人的 SSN。您的 SSN 将用于确认身份,用于核实收入和资源的计算机匹配,以及防止重复获得州和联邦福利。仅申请申请紧急医疗补助的非公民不需要提供 SSN。(见 42 U.S. Code 1320b-7)

依法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合获得福利的资格,您将获得一张 PA ACCESS 卡。此卡仅供符合资格的人员使用,且仅可在资格期内使用。您只能将该卡用于必要和合理的服务。

报告变更的责任

如果您符合获得福利的资格,您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变更类型包括搬离旧居或迁入新居、迁入的住址、获得新的工作(如果丢掉了之前的工作)、小孩出生、新的收入来源或收入变化,以及彩票和博彩得利。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划 and 福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 COMPASS 帐户向 CAO 报告变更。您也可以随时向客户服务中心报告变更,电话 1-877-395-8930,或 1-215-560-7226(费城)。

隐私法案声明

(i) 经已修订的《2008 年食品与营养法案》[7 U.S.C. 2011-2036d] 授权收集这些信息(包括每个家庭成员的社会保险号码(SSN))。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查,并向执法官员披露,以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果对您的家庭提出 SNAP 索赔,则本申请书中的信息(包括所有 SSN)可能会被转交给联邦和州政府机构,以及私人索赔机构,用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息(包括每个家庭成员的 SSN)是自愿的。然而,未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。



禁止和惩罚 阅读您的责任:

如果这在无正当理由的情况下发生		这可能会产生 (罚款)
所有福利 SNAP 现金 健康医疗保险	滥用电子转让 (EBT) 卡或PA ACCESS卡。	罚款, 监狱或两者并罚。
	未按要求报告变更。	福利将被削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息, 或不报告变更。	罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁, 取消行政听证程序的资格。 不符合现金援助的资格: • 第一次 - 6 个月。 • 第二次 - 12 个月。 • 第三次 - 永久 不符合 SNAP 的资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。
	交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不符合资格: • 所有法院判决 - 12 个月。
SNAP	蓄意滥用 SNAP 福利, 如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利; 兑换福利; 或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品 (如酒精饮料或烟草), 或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。	不符合资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。
	使用 SNAP 福利购买产品, 目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。	
	蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。	
	使用/领取 SNAP 来购买药物或受控物品。	不符合资格: • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。
	在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。	第一次 - 永久不符合资格
	因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。	永久不符合资格。
	隐瞒您的身份和住址, 以获得多个 SNAP 福利。	10 年不符合资格。
为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离, 或因违反缓刑或假释规定而逃离。	不符合资格, 直至您符合法律规定。	
现金	不遵守您的法院处罚, 包括支付重罪或轻罪的罚款。	不符合资格, 直至您履行惩罚。
	隐瞒您的住址以从两个或更多的州获得现金援助。	10 年不符合资格。
	为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离; 因即决犯罪、重罪或轻罪而收到传票或法院拘票时, 未作为被告在刑事法院诉讼中出庭; 因违反缓刑/假释规定而逃离; 或向您发出任何有效的逮捕证。	不符合资格, 直至您符合法律规定。
如果您被判处欺诈罪或违反上述规则:		<ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP, 处以 \$250,000 以下罚款; 对于现金援助, 处以 \$15,000 以下罚款; 对于 SNAP, 处以 20 年以下监禁; 对于现金援助, 处以七年以下监禁; 和/或 偿还已收到的福利。 根据计划, 取消上述期间的福利资格
SNAP 工作规则	对于年满 15 岁且未满 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。	不符合资格: • 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 • 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 • 三次以上 - 每次六个月并直至您符合要求。
	拒绝: • 接受工作。 • 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 故意采取行动: • 辞去工作。 • 将工作时间减少到每周不到 30 个小时 (除非另一个工作已经符合工作要求)。	
现金援助 工作规则	故意不符合共同责任协议 (AMR) 所述的现金工作要求。	不符合资格: 第 1 次违规——您失去资格的时间至少为 30 天或者直到违规行为终止, 以时间较长的为准。 第 2 次违规——您失去资格的时间至少为 60 天或者直到违规行为终止, 以时间较长的为准。 第 3 次违规——您将被永久取消资格。 如果处罚的原因发生在收到现金救助的前 24 个月内 (无论是连续性的还是有中断), 则处罚仅适用于个人。 如果处罚的原因发生在收到现金救助的 24 个月之后 (无论是连续性的还是有中断), 则处罚适用于整个家庭。



理解您的权利和责任

本人签署本表格，即表明：

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向 IEVS 和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融机构，当需要确定和重新确定医疗援助资格时，为识别和验证资源（也被称为“资产”）之目的，通过电子方式或任何其他手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，财务信息包括与该账户或资产相关的存款、取款、账户关闭和从金融机构请求或收到的其它相关信息。我明白，该授权将持续有效，直至医疗援助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 本人了解本人可以通过填写授权代表部分并与本申请书一并提交来指定授权代表。
- 本人了解并同意，本人对在本申请书中作出的任何欺诈性陈述负责，即使该申请书是由代表本人行事的人员提交。
- 本人收到了本人的权利和责任的副本，已经阅读该等权利和责任或有人已将它们读给本人听，且本人理解它们。
- 本人了解，本申请书中所载的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的发布个人、财务和医疗信息。
- 本人了解，本人需要报告的任何变更必须在发生变更月份次月的前 10 天内进行报告。
- 我明白，如果某位家庭成员赢取的彩票或博彩金额等于或大于针对老年或残障家庭的补充营养援助计划 (SNAP) 资产限额，则我家可能丧失补充营养援助计划福利。
- 本人了解，本人将收到一份说明福利的书面通知。如果福利被拒绝、更改、暂停或停止，书面通知将会说明原因。
- 本人了解，如果本人不同意对本申请的决定，本人可以在通知日期起 30 天 (SNAP (食品券) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。
- 本人了解，本人的情况需要经过雇主、财务来源和其他第三方的认证。
- 本人了解，申请人必须提供他们的社会保险号码或如果他们没有社会保险号码，必须申请一个。此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人了解，本人必须仅在本人符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人必须仅将 EBT 或 PA ACCESS 卡用于符合条件和仅可以获得必要和合理福利的人员。
- 本人了解，本人不得使用通过本人的 PA ACCESS 卡向本人发放的 TANF 资金在酒类商店、娱乐场 (赌场，游戏机构) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人了解，本人不必为没有申请援助的人提供社会保险号码。如果本人提供他们的社会保险号码，此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人证明，所有输入的信息均属实，否则，本人愿以伪证罪 (刑事罪) 论。
- 本人了解，本人有权获得抵免保险证书以核实本人的医疗保险。当健康医疗保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果本人参加一个包含已存在的医疗状况条款的团体健康计划，本人可以在本人获得医疗援助的期间获得抵免。
- 本人了解，如果本人被确定符合资格获得医疗援助，本人将依赖向本人提供的最全面的健康保险方案。
- 本人明白，如果本人被确定有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助 (因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失)，则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 如果本人收到现金福利，本人将根据该部门指示配合子女赡养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人代为申请的其他人寻求和募集现金和/或医疗支持。
- 本人了解，如果本人报告或提供家庭支出的证明，本人将获得允许的 SNAP (食品券) 福利的最高金额。不报告或不提供家庭支出证明将被视为本人作出声明，本人不希望收到未报告或未证实的支出之扣除额。(机构：美国农业部食品和营养局中大西洋地区第 6-99 号行政通知 (签发于 1999 年 1 月 4 日))。
- 本人了解，本人有权在本人报告并在本人的 SNAP (食品券) 认证期间提供他们的证明时收取家庭支出的扣除额。
- 本人了解，本人有权要求县援助办公室 (CAO) 帮助获得支出证明，如果本人在取得任何证明方面遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。
- 本人了解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得 CHIP。
- 本人了解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得联邦福利和/或通过宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 探究私人医疗保险选项。如果情况如此，本人将授权该部门将本人的姓名和本申请书上的信息提供给 Pennie。
- 未来年度的保险更新：**为了更容易确定本人在未来几年获得医疗保险支付帮助 的资格，本人同意，允许 Pennie 使用本人的收入数据，包括纳税申报表中的信息。Pennie 会向本人发送通知，让本人进行任何更改，且本人可以随时选择退出。

是，自动更新本人的资格，更新时长为：

(勾选一项)：

- 五年 (允许的最大年数)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人纳税申报表中的信息更新本人的保险。

在这里签名：

X

申请人或授权代表的签名

日期

重要：如果您的家庭有资格获得 SNAP/LIHEAP，您可以通过邮件收到快速通道同意书，以便您和您的家庭成员自动注册医疗援助。

授权代表姓名	授权代表地址	电话号码

仅供 CAO 使用
CAO Use Only

我向申请人解释了权利和责任。
I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO 签名 • CAO Signature

日期





pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

宾夕法尼亚公共服务部 (DHS) 遵守适用的联邦民事权利法律, 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而给予歧视。DHS不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾、信仰、宗教派别、血统、性别、性别认同或表达或性取向而排斥当事人或进行区别对待。

DHS提供:

- 针对残疾人的免费艾滋病筛查和服务, 使其可与我们有效沟通, 例如:
 - 合格的手语翻译
 - 其他格式的书面资料 (大字体打印, 音频, 可访问的电子格式, 其他格式)
- 针对母语非英语人士的免费语言服务, 例如:
 - 合格的口译员
 - 用其他语言编写的资料

如果您需要这些服务, 请与当地的县援助办公室联系。

如果您认为, DHS因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而未提供这些服务或以其他方式进行歧视, 您可以投诉至: 均等机会局, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA转接服务711, 传真(717) 772-4366, 或电子邮箱RA-PWBEOAO@pa.gov。您可以亲自投诉, 也可以通过邮件、传真或电子邮件来投诉。如您需要协助以进行投诉, 均等机会局(the Bureau of Equal Opportunity)可给予帮助。

您也可以向美国卫生及公共服务部民事权利局提出民事权利投诉, 电子形式投诉可在民事权利投诉网站上操作, 网址为<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或通过邮件或电话:

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>中找到。



美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员 (AI/AN)

如果您或家庭成员是美洲印第安人或阿拉斯加土著，请填写本附录。将本附录与健康医疗保险申请书一起提交。
如果您仅申请 SNAP，则无需填写本附录。

告知我们关于您的美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员的信息。

美洲印第安人或阿拉斯加土著可以从印第安人卫生服务署 (Indian Health Services)、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务。他们也可能无需支付费用分担，并可能得到特别的每月参保期。回答以下问题，以确保您的家庭获得最大的帮助。

注意：如果您需要添加更多申请人，请复印此页面并将其附在后面。

AI/AN 第 1 申请人	请用正楷体填写所有信息
姓名 (名字、中间名、姓氏) :	是否为经联邦认可的部落成员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 部落名称: _____ 州: _____
此人是否已从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务, 或通过从这些计划之一的转介获得服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果不是, 此人是否符合资格从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务, 或通过从这些计划之一的转介获得服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
收到的某些款项可能不会计入医疗保健。列出您的申请书 (包含来自这些来源的款项) 中所报告的任何收入 (金额和频率) : <ul style="list-style-type: none"> 来自部落的自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均所得。 来自自由内政部指定为印度安人托管地 (包括居留地和原居留地) 的土地上的自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或特许权使用费带来的收入。 来自出售具有文化意义的物品的收入。 	\$ _____ 多长时间获得一次收入? _____

AI/AN 第 2 申请人	请正楷列印所有信息
姓名 (名字、中间名、姓氏) :	是否为经联邦认可的部落成员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 部落名称: _____ 州: _____
此人是否已从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务, 或通过从这些计划之一的转介获得服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果不是, 此人是否符合资格从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务, 或通过从这些计划之一的转介获得服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
收到的某些款项可能不会计入医疗保健。列出您的申请书 (包含来自这些来源的款项) 中所报告的任何收入 (金额和频率) : <ul style="list-style-type: none"> 来自部落的自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均所得。 来自自由内政部指定为印度安人托管地 (包括居留地和原居留地) 的土地上的自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或特许权使用费带来的收入。 来自出售具有文化意义的物品的收入。 	\$ _____ 多长时间获得一次收入? _____






来自工作的健康保险

告知我们关于提供保险的工作的信息。 您无需回答这些问题，除非家中有人有资格在工作中获得健康保险。如果您仅申请 SNAP，则不需要填写本附录。

在“员工信息”部分填写您的姓名和社会保险号码。您可能需要请您的雇主帮助您填写“雇主信息”部分。如果您无法及时从您的雇主处获得这些信息，或者您认为填写这些信息会延迟您申请的开始时间，您可以提交您的申请，不附上附录 B。

为每份提供保险的工作附上此页面的副本

员工信息		
员工姓名 (名字、中间名、姓氏) :	社会保险编号:	
雇主信息		
雇主名称:	雇主识别号 (EIN):	
雇主地址 (包括街道、门牌号、城市、州及邮编+4) :	雇主电话号码: ()	
关于这份工作提供的员工健康保险，我们可以联系谁? 	电话号码 (如与上述不同) : ()	电子邮件地址:
此员工目前是否有资格		
获得该雇主提供的保险，或该员工是否在未来三个月内符合资格?		
<input type="checkbox"/> 是 (继续)，如果该员工现在 (包括因等待或试用期而) 不符合资格，雇员何时符合获得保险的资格? _____ <input type="checkbox"/> 否 (停止并将此表格发回给员工)		
将该雇主提供的健康计划告诉我们。		
雇主是否提供涵盖雇员配偶或受抚养人的健康计划?	<input type="checkbox"/> 是。哪些人:	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受抚养人 <input type="checkbox"/> 否 (转到下一个问题)
雇主是否提供符合最低价值标准的健康计划? *	<input type="checkbox"/> 是 (转到下一个问题) <input type="checkbox"/> 否 (停止并将表格发回给员工)	
对于 仅提供给员工 的符合最低价值标准*的最低成本计划 (不包括家庭计划) : 如果雇主提供健康计划，在员工获得任何戒烟计划的最高折扣且没有收到任何基于健康计划的其他折扣时，向员工提供保险费。		
员工在这个计划中需要支付多少保费?	\$ _____	
多长时间支付一次?	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年	
如果您的计划很快就会结束，并且您知道所提供的健康计划会变更，请转到下一个问题。如果您不了解情况，停止并将表格退回员工。		
雇主会对新计划年做出什么变更?		
<input type="checkbox"/> 雇主将不提供健康保险 <input type="checkbox"/> 雇主将开始向员工提供健康保险，或更改仅提供给员工的符合最低价值标准的最低成本计划的保险费。* (保险费应反映健康计划的折扣。参见上面的问题。)		
员工在这个计划中需要支付多少保费? \$	_____	
多长时间支付一次?	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年	
变更日期: (年/月/日)	_____	

*如果该计划在其保障范围内的总许可福利成本中的份额不低于此类成本的百分之 60，则雇主资助的健康计划符合“最低价值标准” (《1986 年国内税收法》第 36B(C)(2)(C)(ii) 条)。





您的权利和责任 阅读您的权利和责任:

不受歧视的权利

该机构禁止因种族、肤色、原国籍、残障、年龄、性别以及在某些情况下宗教或政治信仰而产生歧视。

美国农业部还禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视,或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中,因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式(例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语等)来了解计划资料的残障人士,可以联系他们申请福利的机构(本州或当地)。聋人、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务(800) 877-8339 与 USDA 联系。此外,计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题,请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格,该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到,或在任何 USDA 办事处索取,或者给 USDA 写信投诉,信中请提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本,请拨打(866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 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;
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

需了解关于补充营养援助计划(SNAP)问题的其他信息,可以联系 USDA SNAP 热线电话(800) 221-5689(也支持西班牙语)或拨打 State Information/Hotline Numbers(点击链接获取各州热线号码清单);该清单可通过以下链接获取:http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

若需投诉一个关于通过美国卫生与公共服务部(HHS)获得联邦财务援助的计划的歧视问题,请写信寄往 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; 或拨打(202) 619-0403(语音服务)或(800) 537-7697(TTY)。

这是一所提供均等机会的机构。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有权享受的计划。一经请求,县援助办公室(CAO)必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会保险号码(SSN)和照片(如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定,即属犯有轻罪,一经定罪,应判处一百美元(\$100)以下罚款,或六个月以下的监禁,或两者并罚(62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知,说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利,我们将给您发送一份书面解释。从通知的邮寄日期起,您可以在 30 天(补充营养援助计划(SNAP)福利为 90 天)内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为不公平或不正确,或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动,您有权要求公众服务部(DHS)举行听证会对决定提出申诉。您可以向 CAO 提出申诉。如果您提出申诉,您也可以在听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利,您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上,您可以代表您自己或让其他人(例如律师、朋友或亲戚)作为您的代表。

要求正当理由的权利

如果您申请现金或医疗援助福利,法律要求您在确定父子关系和寻求赡养费时提供配合。如果您证明这样做可能会对您和/或您的孩子带来危险,您可以被免除这些要求。这被称为正当理由。除非确定了正当理由豁免,否则您将需要满足就业和培训要求。除非给出正当理由,否则您还需要满足一年两次的报告要求。

获得抵免证书的权利

当健康保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时,联邦法律将作出判定。如果您参加了一个团体健康计划,其不包括对您已有医疗状况的治疗,您可以在您获得医疗援助保险的期间获得抵免。这可以帮助您获得保险。联系您的个案工作者以请求此证书。

提供信息的要求

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明,福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明,您应该要求 CAO 帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您,您必须完全配合这些人员或调查员。如果您年满 55 岁,并获得医疗援助以支付护理设施服务、基于家庭和社区的豁免服务以及任何相关的医院和处方药物服务,您可能需要从您的遗产认证财产(probate estate)中退还这些服务的费用。如果您正在申请现金援助,我们可能会要求您签署一份偿还您、您的配偶和您的孩子已收到的福利的协议。

提供社会保险号码的责任

对于现金、医疗保健和/或 SNAP 福利,您必须为您代办的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN,您必须申请一个。不提供 SSN 可能导致无法获得福利。对于现金福利,我们可能要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何人的 SSN。您的 SSN 将用于确认身份,用于核实收入和资源的计算机匹配,以及防止重复获得州和联邦福利。仅申请申请紧急医疗补助的非公民不需要提供 SSN。(见 42 U.S. Code 1320b-7)

依法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合获得福利的资格,您将获得一张 PA ACCESS 卡。此卡仅供符合资格的人员使用,且仅可在资格期内使用。您只能将该卡用于必要和合理的服务。

报告变更的责任

如果您符合获得福利的资格,您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变更类型包括搬离旧居或迁入新居、迁入的住址、获得新的工作(如果丢掉了之前的工作)、小孩出生、新的收入来源或收入变化,以及彩票和博彩得利。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划 and 福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 COMPASS 帐户向 CAO 报告变更。您也可以随时向客户服务中心报告变更,电话 1-877-395-8930,或 1-215-560-7226(费城)。

隐私法案声明

(i) 经已修订的《2008 年食品与营养法案》[7 U.S.C. 2011-2036d] 授权收集这些信息(包括每个家庭成员的社会保险号码(SSN))。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查,并向执法官员披露,以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果对您的家庭提出 SNAP 索赔,则本申请书中的信息(包括所有 SSN)可能会被转交给联邦和州政府机构,以及私人索赔机构,用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息(包括每个家庭成员的 SSN)是自愿的。然而,未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。



禁止和惩罚 阅读您的责任:

如果这在无正当理由的情况下发生		这可能会产生 (罚款)
所有福利 SNAP 现金 健康医疗保险	滥用电子转让 (EBT) 卡或PA ACCESS卡。	罚款, 监狱或两者并罚。
	未按要求报告变更。	福利将被削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息, 或不报告变更。	罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁, 取消行政听证程序的资格。 不符合现金援助的资格: • 第一次 - 6 个月。 • 第二次 - 12 个月。 • 第三次 - 永久 不符合 SNAP 的资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。
	交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不符合资格: • 所有法院判决 - 12 个月。
SNAP	蓄意滥用 SNAP 福利, 如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利; 兑换福利; 或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品 (如酒精饮料或烟草), 或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。	不符合资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。
	使用 SNAP 福利购买产品, 目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。	
	蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。	
	使用/领取 SNAP 来购买药物或受控物品。	不符合资格: • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。
	在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。	第一次 - 永久不符合资格
	因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。	永久不符合资格。
	隐瞒您的身份和住址, 以获得多个 SNAP 福利。	10 年不符合资格。
为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离, 或因违反缓刑或假释规定而逃离。	不符合资格, 直至您符合法律规定。	
现金	不遵守您的法院处罚, 包括支付重罪或轻罪的罚款。	不符合资格, 直至您履行惩罚。
	隐瞒您的住址以从两个或更多的州获得现金援助。	10 年不符合资格。
	为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离; 因即决犯罪、重罪或轻罪而收到传票或法院拘票时, 未作为被告在刑事法院诉讼中出庭; 因违反缓刑/假释规定而逃离; 或向您发出任何有效的逮捕证。	不符合资格, 直至您符合法律规定。
如果您被判处欺诈罪或违反上述规则:		<ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP, 处以 \$250,000 以下罚款; 对于现金援助, 处以 \$15,000 以下罚款; 对于 SNAP, 处以 20 年以下监禁; 对于现金援助, 处以七年以下监禁; 和/或 偿还已收到的福利。 根据计划, 取消上述期间的福利资格
SNAP 工作规则	对于年满 15 岁且未满 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。	不符合资格: • 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 • 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 • 三次以上 - 每次六个月并直至您符合要求。
	拒绝: • 接受工作。 • 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 故意采取行动: • 辞去工作。 • 将工作时间减少到每周不到 30 个小时 (除非另一个工作已经符合工作要求)。	
现金援助 工作规则	故意不符合共同责任协议 (AMR) 所述的现金工作要求。	不符合资格: 第 1 次违规——您失去资格的时间至少为 30 天或者直到违规行为终止, 以时间较长的为准。 第 2 次违规——您失去资格的时间至少为 60 天或者直到违规行为终止, 以时间较长的为准。 第 3 次违规——您将被永久取消资格。 如果处罚的原因发生在收到现金救助的前 24 个月内 (无论是连续性的还是有中断), 则处罚仅适用于个人。 如果处罚的原因发生在收到现金救助的 24 个月之后 (无论是连续性的还是有中断), 则处罚适用于整个家庭。



理解您的权利和责任

本人签署本表格，即表明：

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向 IEVS 和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融 机构，当需要确定和重新确定医疗援助资格时，为识别和验证资源（也被称为“资产”）之目的，通过电子方式或任何其他 手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，财务信息包括与该账户或资产相关的存款、取款、账户关闭和从金融机构请求或收到的其它相关信息。我明白，该授权将持续有效，直至医疗援助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 本人了解本人可以通过填写授权代表部分并与本申请书一并提交来指定授权代表。
- 本人了解并同意，本人对在本申请书中作出的任何欺诈性陈述负责，即使该申请书是由代表本人行事的人员提交。
- 本人收到了本人的权利和责任的副本，已经阅读该等权利和责任或有人已将它们读给本人听，且本人理解它们。
- 本人了解，本申请书中所载的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的发布个人、财务和医疗信息。
- 本人明白民事服务部或其指定人员可能会通过电子邮件和短信等方式与我联系，以帮助处理本人的申请或请求获得对本人申请流程的反馈。如果本人不想收到电子邮件或短信提醒，本人明白民事服务部仍会对本人的申请进行处理。
- 本人了解，本人需要报告的任何变更必须在发生变更月份次月的前 10 天内进行报告。
- 我明白，如果某位家庭成员赢取的彩票或博彩金额等于或大于针对老年或残障家庭的补充营养援助计划 (SNAP) 资产限额，则我家可能丧失补充营养援助计划福利。
- 本人了解，本人将收到一份说明福利的书面通知。如果福利被拒绝、更改、暂停或停止，书面通知将会说明原因。
- 本人了解，如果本人不同意对本申请的决定，本人可以在通知日期起 30 天 (SNAP (食品券) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。
- 本人了解，本人的情况需要经过雇主、财务来源和其他第三方的认证。
- 本人了解，申请人必须提供他们的社会保险号码或如果他们没有社会保险号码，必须申请一个。此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人了解，本人必须仅在本人符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人必须仅将 EBT 或 PA ACCESS 卡用于符合条件和仅可以获得必要和合理福利的人员。
- 本人了解，本人不得使用通过本人的 PA ACCESS 卡向本人发放的 TANF 资金在酒类商店、娱乐场 (赌场，游戏机构) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人了解，本人不必为没有申请援助的人提供社会保险号码。如果本人提供他们的社会保险号码，此号码可用于核对此申请书上的信息。

- 本人证明，所有输入的信息均属实，否则，本人愿以伪证罪 (刑事罪) 论。
- 本人了解，本人有权获得抵免保险证书以核实本人的医疗保险。当健康医疗保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果本人参加一个包含已存在的医疗状况条款的团体健康计划，本人可以在本人获得医疗援助的期间获得抵免。
- 本人了解，如果本人被确定符合资格获得医疗援助，本人将依赖向本人提供的最全面的健康保险方案。
- 本人明白，如果本人被确定有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助 (因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失)，则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 如果本人收到现金福利，本人将根据该部门指示配合子女赡养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人代为申请的其他人寻求和募集现金和/或医疗支持。
- 本人了解，如果本人报告或提供家庭支出的证明，本人将获得允许的 SNAP (食品券) 福利的最高金额。不报告或不提供家庭支出证明将被视为本人作出声明，本人不希望收到未报告或未证实的支出之扣除额。(机构：美国农业部食品和营养局中大西洋地区第 6-99 号行政通知 (签发于 1999 年 1 月 4 日))。
- 本人了解，本人有权在本人报告并在本人的 SNAP (食品券) 认证期间提供他们的证明时收取家庭支出的扣除额。
- 本人了解，本人有权要求县援助办公室 (CAO) 帮助获得支出证明，如果本人在取得任何证明方面遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。
- 本人了解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得 CHIP。
- 本人了解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得联邦福利和/或通过宾夕法尼亚州健康保险市场 (Pennie) 探究私人医疗保险选项。如果情况如此，本人将授权该部门将本人的姓名和本申请书上的信息提供给 Pennie。
- **未来年度的保险更新：**为了更容易确定本人在未来几年获得医疗保险支付帮助 的资格，本人同意，允许 Pennie 使用本人的收入数据，包括纳税申报表中的 信息。Pennie 会向本人发送通知，让本人进行任何更改，且本人可以随时选择退出。

是，自动更新本人的资格，更新时长为：

(勾选一项)：

- 五年 (允许的最大年数)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人纳税申报表中的信息更新本人的保险。



隐私惯例通知

本通知叙述了您的医疗信息将如何被使用和披露，以及您如何获取此类信息。请仔细查看。

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សភាពសម្ងាត់ព័ត៌មានពេទ្យរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រនេះ ជំនួយសេវាសុខភាពស្រាប់តែប៉ុណ្ណោះ ឬសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

公众服务部 (DHS) 提供多种福利与社会服务并支付其费用，同时还负责确定个人是否具备获得福利与服务的资格。为处理这些事宜，我们需要收集有关您和/或您家人的个人与健康信息。我们收集的有关您和/或您家人的信息均是私密信息，我们将此称为“受保护健康信息”。

除非经法律允许或要求，否则 DHS 不会使用或披露 DHS 的健康信息。法律要求 DHS 维护受保护健康信息的隐私性，向个人提供有关受保护健康信息的法律职责和隐私惯例的通知，并在未加密受保护健康信息泄露的情况下通知受影响的个人。作为一个“适用实体”，DHS 必须遵守保护您的受保护健康信息隐私性的适用法律，包括《健康保险携带和责任法案》(HIPAA) 的隐私规定。根据 HIPAA，Medicaid 机构、特定健康计划与健康护理提供者均属于适用实体且必须遵守 HIPAA。其他可能适用的法律包括与医疗援助、其他福利、行为健康、药物滥用/治疗以及 HIV/AIDS 相关保密信息有关的规定。当我们使用或披露受保护健康信息时，会尽一切合理的努力将其使用或披露限制在达成预期目的所需的最低限度内。本通知解释了您就您的受保护健康信息所拥有的隐私权，以及我们可能会使用和披露该等信息的方式。如需获取更多有关 DHS 隐私惯例的信息，或索取此通知的其他副本，请联系我们。如需获取我们的联系信息，请参阅本通知末页的“问题或投诉”一节。

我们依法律要求遵守本通知的条款。我们保留以下权利，即更改本通知条款以及使新通知条款对我们所维护的所有受保护健康信息具有效力。如果我们对隐私政策或程序作出重要变更，我们将在我们的网站上发布本通知的修订版副本和/或通过邮寄或专人为您提供新隐私通知。您可随时申请并获取此通知的纸质副本。

何为受保护健康信息？

受保护健康信息指与您以往、目前或将来的身体或心理健康状况、治疗或治疗付款有关的信息，且该信息可用于识别您的身份，此信息包括任何由 DHS 或与 DHS 联系的个人或组织所创建或接收的信息，不论其是口头的或是以任何形式记录的。这包括可用于识别您身份的、以其他任何形式或媒介传递的电子信息和信息，例如：

- 您的姓名 (或您孩子的姓名)
- 地址
- 出生日期
- 入院/出院日期
- 诊断代码
- 电话号码
- DHS 个案编号
- 社会安全号码
- 医疗程序代码

谁会查阅并分享我的健康信息？

DHS 专业人员（如个案工作者、其他郡县援助办事处和计划工作人员）以及 DHS 以外的人士（如我们的承包商、健康维护组织 (HMO) 工作人员、护士、医生、治疗师、社会工作者和管理人员）可能会查阅并使用您的健康信息，以确定您是否有资格获得福利、治疗、付款，或出于其他必要或获准许的理由。您健康信息的分享可能与您已获得、正获得或将获得的服务或福利有关。在决定您是否符合 Medicaid 资格时，DHS 将不会使用或分享您的遗传信息。

为何 DHS 会使用或披露我的受保护健康信息？

我们可能出于多种原因使用或披露您的受保护健康信息。法律规定我们可出于以下目的使用或披露信息，而无需获得您的同意与授权。

用于治疗：我们可使用或披露信息，以便您能获得医学治疗或服务。例如，我们可向您的医生、医院或治疗师披露其所需知道的信息，以便为您提供优质护理服务，并与为您提供护理协助的人士协调您的治疗。

用于支付：我们可使用或披露信息，以便支付您的治疗和其他服务费用。例如，我们可与您的医生、医院、疗养院或其他政府机构交换有关您的信息，以支付您治疗与服务的账单费用。

用于运作我们的计划：当我们管理多个计划时，可能会在运作普通业务的过程中使用或披露信息。例如，我们可能通过您的健康信息联络您，以提供有关约诊、健康相关信息、以及福利与服务的信息。我们也将审查从您的医生、医院、疗养院与其他健康护理提供者处接收的信息，以查看我们计划运作的情况或了解您和/或您家人的需求以及所获得的健康护理服务质量。

用于公共健康活动：我们将向关注以下领域的其他政府机构报告公共健康信息，如传染性疾病、免疫接种信息、以及癌症等类疾病的跟踪信息。

用于执法目的或经法律诉讼要求：当法院命令要求时，我们将向警方或其他执法机关披露信息。

用于政府计划：如果您已入保我们的计划或获得其他计划的福利，如雇员补偿计划，我们可向需获知该等信息的提供者、政府机构或其他组织披露信息。

用于国家安全目的：当联邦政府在调查有关保护我国的重要事项时，我们可披露其所要求的信息。

用于公共健康与安全：我们可披露信息，以防止对个人或公共健康或安全造成严重威胁。

用于研究：我们可使用或披露信息，用于允许的研究目的以及制定报告。这些报告无法识别相关人士的身份。

提供给验尸官、殡仪员以及用于器官捐献：出于鉴定目的、死因确定、器官捐献与相关原因，我们可向验尸官或法医披露信息。我们也可向殡仪员披露信息以执行葬礼相关职责。

出于法律另行要求的其他原因：DHS 可以在法律另行要求的情况下使用或披露您的受保护健康信息。所进行的使用与披露须符合该法律并仅限于该法律要求的范围。

是否存在其他保护我的某些健康信息的法律？

DHS 亦遵守其他联邦与州法律，该等法律也针对您信息的使用与披露提供其他的隐私保护。例如，如果我们持有 HIV 或药物滥用信息，我们将不会在无符合法律规定的已签署特殊书面许可的情况下披露该等信息，少数情况除外。在某些情况下，法律亦要求我们在使用或披露有关心理健康或智力残障的信息与其他特定信息前获取书面许可。

我是否可以请求 DHS 使用或披露我的健康信息？

除了出于治疗、支付、计划运作或其他无需您书面授权的获准的或必需的目的，我们有时可能出于其他目的需要或希望将您的受保护健康信息发送或以其他方式披露给某些人士或组织。若是如此，我们可能会请求您签署授权表，允许我们按您的要求发送或以其他方式披露您的受保护健康护理信息。

授权表包括我们将发送或以其他方式披露的信息内容、目的地以及对象。您可随时以书面形式通知我们以撤销您的授权或限制披露信息的数量，DHS 已依赖此授权采取的行动除外。

如果您未满 18 岁，且您可依法同意您的健康护理，那么您将拥有该等健康信息的控制权。您可申请将您的健康信息发送给为您提供健康护理协助的任何人士。

除本通知另有规定外，我们将不会在无您书面授权的情况下使用或披露您的健康信息。例如，HIPAA 通常要求适用实体在使用或披露个人心理治疗记录前获取书面授权。在大多数情况下，HIPAA 也要求适用实体在因营销目的而使用或披露受保护健康信息或销售该等信息前获取书面授权。

我就本人之健康信息拥有的权利为？

作为一位 DHS 的客户，您就我们使用和披露的您的受保护健康信息拥有以下权利：

有权查阅并复制您的健康信息：您有权查阅您的大部分受保护健康信息并索取一份副本。如果您想获取您有权查阅之信息的副本，可能需要支付小额费用。但是，您通常无法查阅以下信息或索取其副本：(1) 心理治疗记录；或 (2) 联邦法律规定不得向您披露的信息。

如果我们拒绝您有关受保护健康信息的申请，我们将为您提供一份书面解释，告知此拒绝以及您针对此拒绝拥有的权利。

DHS 不接收或保存您所有受保护健康信息的文件。医生、医院、疗养院与其他健康护理提供者（如果您已投保任一 HMO，则包括 HMO）也可能拥有您的受保护健康信息。您也有权通过拥有这些记录的人士，包括您的医生或其他提供者获取您的健康信息。

有权更正或添加信息：如果您认为我们持有的部分受保护健康信息有误，您可以书面形式要求我们更正该等信息或添加新信息。您可要求我们将已更正的信息或新信息发送给已从我们这里获得您健康信息的其他人士。在某些情况下，我们可能拒绝您更正或添加信息的申请。如果我们拒绝您的申请，我们将为您提供一份书面解释，告知被拒原因。我们也将告知您若您不同意我们的决定可采取的何种行动。

有权获取披露清单：您有权获取一份清单，其中包括您的受保护健康信息已被发往的地点，除非其发送目的与治疗、支付、我们计划的运作有关，或者法律规定我们无需将此披露添加入此清单。例如，该法律未要求我们将以下任何披露加入此清单：我们向您、您的家人或任何参与您护理的人士、其他您已授权我们向其披露的人士作出的披露、或者 2003 年 4 月 14 日前作出的信息披露。

有权要求限制使用或披露：您有权要求我们限制您受保护健康信息的使用与披露。我们可能无法同意您的申请。事实上，在一些情况下，我们不得限制该等信息的使用或披露。如果我们无法遵循您的申请，我们将告知您原因。除非法律有其他规定，若该披露并非用于治疗且您已全额自付该申请适用的医疗服务费用，我们必须批准您限制向某一健康计划披露的申请。

有权申请保密通讯：您可要求我们以特定方式或在特定地点与您进行沟通。例如，您可要求我们仅通过邮件与您联系。

有权接收泄露通知：如果您的未加密受保护健康信息泄露，您有权接收相关通知。

我应与谁联系以了解我的权利或咨询有关本通知的问题？

您可拨打 DHS HIPAA 热线，免费电话：800-692-7462，以讨论您的权利或咨询有关本通知的问题。您也可以联络您的个案工作者或健康护理提供者或致函：DHS Privacy Office, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120。

您可以通过访问 DHS 网站获取此通知的重要信息或更新，网址：www.dhs.pa.gov。

我应如何提出投诉？

如果您想针对 DHS 已使用或披露您信息的行为提出投诉，您可联系下述任一办公室。提出投诉无任何处罚。如果您提出投诉，您的福利不会被影响或改变。DHS、其雇员与承包商不能且将不会因您提出投诉而报复您。

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

生效日期 2003 年 4 月——2015 年 7 月 28 日修订



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ 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) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

