



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 និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នក ត្រូវការជាការពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង 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.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在线续效，网址为: www.compass.state.pa.us

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/。

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.state.pa.us 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.state.pa.us。

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：

未完成 - 仅限郡补助办公室

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM
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	
您在上学吗? <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
这个人在上学吗? <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。

<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? 配偶 孩子 继子 不相关 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

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 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? 配偶 孩子 继子 不相关 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

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 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? 配偶 孩子 继子 不相关 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?**

此人是否是美国公民吗？ <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
这个人是否在学校吗？ <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。

<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？ 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？

此人是否是美国公民吗？ <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 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
这个人是否在学校吗？ <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。

<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？ 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？

此人是否是美国公民吗？ <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		

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)?
如果您使用汽车:			
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)				

资源 (也称为 "资产")

如果您仅申请 SNAP 福利, 或者您正在申请医疗保健并且您遇到以下例外情况之一, 则无需回答这些问题: 怀孕;21岁以下的儿童;有一个21岁以下的受抚养子女与您同住;您没有残疾且未滿 65 岁。

列出所有资源, 如现金、车辆、股票、债券、银行账户、财产、人寿保险等。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。

所有者姓名	资源	当前价值 (\$)	银行名称/帐号	拥有百分比	评论

收入

列出所有收入，例如工资、自营职业、养老金、社会保障福利、失业补偿、工人补偿、支持、赌博/彩票等。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。

这是谁的收入?	收入类型	收入来源	频率 (每周, 每两周, 每月, 每年)	每周平均工作时间:	税前总收入? (扣税前和抵减总收入)	意见

税前抵减

列出从总收入中提取的任何税前抵减额，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。

名字	抵减额	每月金额

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。

医疗保险类型	<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 _____				
列出被保障（或曾经）保障的人员：					
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？ _____ 多少？ _____ 多久一次？ _____ 给谁？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您付暖气费吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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生，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

禁止该机构基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及在某些情况下的宗教或政治信仰进行歧视。

美国农业部还禁止基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰的歧视，或在农业部开展或资助的任何计划或活动中对先前的民权活动进行报复或报复。

需要其他通讯方式获取计划信息的残疾人（例如盲文、大字体、录音带、美国手语等），应联系他们申请福利的机构（州或地方）。耳聋、听力障碍或有语言障碍的个人可以通过联邦中继服务联系美国农业部，电话为（800）877-8339。此外，计划相关信息可能以英语以外的语言提供。

要提交歧视计划投诉，请填写美国农业部计划歧视投诉表（AD-3027），可在以下网址在线找到：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，以及任何美国农业部办公室，或写一封致美国农业部的信，并在信中提供表格中要求的所有信息。要素取投诉表的副本，请致电（866）632-9992。通过以下方式向美国农业部提交您填写好的表格或信件：

- (1) 邮件：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.

有关补充营养补助计划（SNAP）问题的任何其他信息，人们应致电（800）221-5689 联系美国农业部 SNAP 热线号码，该热线电话也有西班牙语客服，或拨打州信息/热线号码（单击链接查看各州的热线号码列表）；可在此处在线查询：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

要就通过美国卫生与公众服务部（HHS）接受联邦财政补助的计划提出歧视投诉，请写信：HHS 民权办公室主任，200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电（202）619-0403（语音）或（800）537-7697（TTY）。

该机构是一个机会均等的提供者。

保密权

我们将对您的信息保密。它仅用于决定您可能资格参加哪些计划。那补助办公室（CAO）应要求必须向联邦、州和地方执法人员提供逃离以避免因重罪或违反缓刑或假释而被起诉、拘留或监禁的个人的地址、社会安全号码（SSN）和照片（如果有）。任何人故意违反该部门的任何规则和条例，均犯有轻罪，一经定罪，应处以不超过一百（100美元）的罚款，或处以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

我们会给您一份书面通知，解释您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将向您书面解释原因。自通知邮寄之日起，您有 30 天（补充营养补助计划（SNAP）福利为 90 天）要求举行听证会。

申诉权

如果您认为决定不公平或不正确，或者如果 DHS 未能对您的福利申请采取行动，您有权要求民事服务部（DHS）听证会对该决定提出申诉。您可以向 CAO 提出申诉。如果您提出申诉，您也可以要求在听证会前召开代理会议。如果您的申诉涉及加急 SNAP 福利，您有权在两个工作日内与主管举行此会议。在听证会上，您可以代表自己，也可以代表其他人，例如律师、朋友或亲戚。

主张正当理由的权利

如果您申请现金或医疗补助福利，法律要求您配合确定亲子关系和寻求支持。如果您证明这些要求可能对您和/或您的孩子造成危险，则可以免除这些要求。这被称为正当理由。除非建立正当理由豁免，否则您将被要求满足就业和培训要求。除非有正当理由，否则您还需要满足半年度报告要求。

获得符合要求的可信保险证书的权利

联邦法律对何时可以因原有疾病而拒绝或有限地给予健康保险进行了限制。如果您参加的团体健保计划不包括您已经患有的疾病的治疗，则可以将您获得医疗补助保险的时间记入贷方。这可能有助于您获得保险。请联系您的个案工作者申请此证书。

提供信息的责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证明您提供的信息。如果您未能提供某些证明，福利可能会被拒绝。如果您无法提供证明，您应该要求 CAO 帮助您获得证明。如果国土安全部或国家监察长办公室与您联系，您必须与这些人或调查人员充分合作。如果您年满 55 岁并接受医疗补助以支付护理机构服务、家庭和社区卫生服务以及任何相关的医院和处方药服务，您可能需要从您的遗嘱认证遗产中偿还这些服务的费用。如果您正在申请现金补助，我们可能会要求您签署一份协议，以偿还您、您的配偶和您的孩子已获得的福利。

提供社会安全号码的责任

对于现金、医疗补助和/或 SNAP 福利，您必须为您申请的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN，则必须申请一个。不提供 SSN 可能会导致无法获得福利。对于现金福利，我们可能会要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何个人提供 SSN。您的 SSN 将用于身份，用于验证收入和资源的计算机匹配，并防止州和联邦福利的重复。仅申请紧急医疗补助的非公民不需要提供 SSN。（42 美国代码 1320b-7）

合法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您有资格获得福利，您将获得一张 PA ACCESS 卡。此卡仅适用于符合条件的人，并且仅在资格期间使用。您只能将卡用于需要且合理的服务。

报告变更的责任

如果您有资格获得福利，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。报告的变化类型包括离开或搬进房屋的人、新地址、某人的新工作、如果有人失业、孩子的出生、新的收入来源或收入变化以及彩票和赌博奖金。您的个案工作者和您收到的通知将根据您有资格获得的计划和福利详细涵盖细节。未能报告计划指南中所需的更改可能会导致福利损失、制裁或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 MyCOMPASS 帐户向 CAO 报告更改。您也可以随时致电 1-877-395-8930 或费城 1-215-560-7226 向客户服务中心报告更改。

隐私声明

(i) 根据经修订的 2008 年《食品和营养法》（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安全号码（SSN）。该信息将用于确定您的家庭是否有资格或继续有资格参加 SNAP 计划。我们将通过计算机匹配程序验证此信息。此信息还将用于监控对计划法规的遵守情况和计划管理。

(ii) 这一信息可披露给其他联邦和州机构供官方审查，并披露给执法人员，以便逮捕为逃避法律而逃跑的人。

(iii) 如果您的家庭有收到 SNAP 索赔，则本申请上的信息（包括所有 SSN）可能会提交给联邦和州机构以及私人债权追索机构进行债权追索行动。

(iv) 提供所要求的信息，包括每个家庭成员的 SSN，是自愿的。但是，未能提供 SSN 将导致拒绝向每个未能提供 SSN 的个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与符合条件的家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。

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。
如果您被判犯有欺诈罪或违反上述规则：		<ul style="list-style-type: none"> • SNAP 罚款最高 250,000 美元, 现金罚款最高 15,000 美元; • SNAP 最高可判处 20 年监禁, 现金最高可判处 7 年监禁;和/或 • 偿还收到的福利。 • 取消在计划规定的上述期限内享受福利的资格。
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 告知工作状况和职位空缺情况。	
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"> • 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。 <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>

了解您的权利和责任

当本人签署此表格时：

- 本人了解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接收信息，以验证本人向他们提供的信息。当国家机构发现相互矛盾的细节时，通过 IEVS 和其他实体提供的信息将被请求、使用，并可能通过间接联系进行验证，并且此类信息可能会影响本人家庭的资格和福利水平。
- 本人了解，通过签署本申请表，本人授权任何金融机构通过电子或任何其他方式向民事服务部或其指定代理人或承包商披露该机构持有的任何及所有财务信息，以便在需要确定和重新确定医疗补助资格时识别和验证资源（也称为“资产”）。本人了解财务信息包括存款、取款、账户关闭以及金融机构要求或收到的其他相关信息，包括金融机构就账户或资产进行的其他交易。本人了解，此授权在医疗补助资格被拒绝或终止之前一直有效，或者如果本人决定通过书面通知部门撤销该授权，以先发生者为准。本人了解，如果本人撤销此授权，本人或本人的家人可能没有资格获得医疗补助。
- 本人了解，如果本人歪曲、隐瞒或隐瞒可能影响本人领取福利资格的事实，本人可能会被要求偿还本人的福利，并且本人可能会被起诉并被取消领取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随本申请提交来指定授权代表。
- 本人理解并同意，本人对本申请中的任何欺诈性陈述负责，即使该申请是由代表本人的人提交的。
- 本人了解任何因资产或收入转移而致富的人，这会影响到本人获得长期护理或家庭和社区服务的资格，将有责任偿还那些错误发放的福利。
- 本人收到了一份关于本人的权利和责任的副本，本人已阅读过它们或有人已将它们读给本人听，并且本人理解它们。
- 本人了解公众服务部或其指定人员可能会通过电子邮件和短信等方式联系本人以帮助处理本人的申请或请求有关申请流程的反馈。如果本人不想使用电子邮件或短信，本人了解民事服务部仍将处理本人的申请。
- 本人了解，本申请中输入的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的而公开个人、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变更月份下个月的前 10 天内报告，或者对于长期护理以及家庭和社区服务，必须在变更后 10 天内报告。
- 本人了解，如果家庭成员收到的彩票或赌博奖金等于或大于老年人或残疾人家庭的 SNAP 资源限额，本人的家庭可能会失去 SNAP 福利。
- 本人了解本人将收到书面通知解释好处。如果福利被拒绝、变更、暂停或停止，书面通知将解释原因。
- 本人了解，如果本人不同意针对本申请做出的决定，本人将在通知之日起 30 天（SNAP（食品券）福利为 90 天）内请求举行听证会。
- 本人了解本人的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 本人了解申请人必须提供其社会安全号码，如果没有，则必须申请社会安全号码。该号码可用于检查此申请表的信息。
- 本人了解本人必须仅在符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人只能为符合条件的人使用 EBT 或 PA ACCESS 卡，并且只能获得所需且合理的福利。
- 本人了解，本人不得使用通过 PA ACCESS 卡发放的现金补助资金在酒类商店、赌场（赌场、游戏场所）或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人了解本人不必为不申请补助的人提供社会安全号码。如果本人确实提供了他们的社会安全号码，则可以使用该号码来查验有关此申请中的信息。
- 本人保证所输入的所有信息均属真实，如有伪证，愿受处罚。
- 本人了解本人有权获得可信承保证明来验证本人的医疗承保。联邦法律对于因已有疾病而拒绝或限制医疗补助承保的情况有所限制。如果本人参加有既往病史条款的团体健保计划，本人可以获得医疗补助时间的积分。
- 本人了解，如果确定本人有资格获得医疗补助，本人将获得本人可以获得的最全面的医疗补助福利计划。本人了解本人可能需要加入健保计划。本人了解加入健保计划对本人来说可能是免费或低成本的，因为该部门每月为本人支付健保计划费用。据本人所知，月费是按人头付费。本人了解，如果由于错误、欺诈或任何其他原因，本人接受了本人不符合资格的医疗补助，那么本人可能需要偿还该部门代表本人支付的所有月费。

- 如果本人收到现金福利，本人将配合该部门指示的子女抚养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人所代表的其他人寻求和收取现金和/或医疗支持。
- 本人了解，如果本人报告或提供家庭开支证明，本人将获得允许的最大金额的 SNAP（食品券）福利。未能报告或提供家庭开支证明将被视为本人声明本人不希望获得未报告或未经证实的费用的抵减。（授权机构：美国农业部食品与营养服务部，中大西洋地区，行政公告 6-99，1999 年 1 月 4 日发布）。
- 本人了解，本人有权在报告时获得家庭开支抵减额度，并在 SNAP（食品券）认证期间随时提供家庭开支证明。
- 本人了解本人有权向郡补助办公室 (CAO) 请求协助获取费用证明，并且如果本人在获取任何证明时遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。
- 本人了解，如果部分或全部申请者没有资格获得医疗补助，他们可能有资格获得 CHIP。
- 本人了解，如果部分或全部申请者没有资格通过该部门获得医疗补助，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) 探索私人医疗保险选择。如果是这种情况，本人授权该部门将本人的姓名和本申请中的信息提供给 Pennie。
- 未来几年的保险绩效：**为了更容易地确定本人在未来几年获得医疗保险费用补贴的资格，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，包括纳税申报表中的信息。Pennie 会向本人发送通知，让本人进行任何更改，并且本人可以随时选择退出。

是的，自动对本人的资格进行绩效：（勾选一项）：

- 五年（允许的最长年数）
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人的纳税申报表信息来对本人的保险进行绩效。

在这里签名：

X

申请人或授权代表签名

日期

重要提示：如果您的家庭有资格参加 SNAP/LIHEAP，您可能会收到邮寄的快速通道同意书，该同意书可以让您和您的家庭成员自动加入医疗补助。

授权代表姓名	授权代表地址	电话号码

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	_____ CAO Signature	_____ Date


请务必在本申请上签名并注明日期，并包含所需文件

工作的健康保险

告诉我们有关您提供保险的工作。 除非家里有人有资格通过工作获得健康保险，否则您不需要回答这些问题。
如果您仅申请 SNAP，则无需填写此附录。

在“雇员信息”部分写下您的姓名和社会安全号码。您可能需要要求您的雇主帮助您填写雇主信息部分。如果您无法及时从雇主处获得此信息，或者您认为完成此信息会延迟您申请的开始，您可以提交不带附录 A 的申请。

为提供保险的每项工作附上此页的副本。

雇员信息		
雇员姓名 (名字、中间名、姓氏) :	社会安全号码:	
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、州和邮政编码 +4) :	雇主电话号码: ()	
关于该工作的雇员健康保险, 我们可以联系谁? 	电话号码 (如果与上面不同) : ()	电子邮件地址:
该雇员目前是否有资格享受该雇主提供的保险, 或者该雇员在未来三个月内是否有资格? <input type="checkbox"/> 是 (继续) 如果雇员今天不符合资格, 包括由于等待或试用期的原因, 那么该雇员何时会有资格获得保险? _____ <input type="checkbox"/> 否 (停止并将此表格返还给雇员)		
告诉我们这个 雇主提供的 健保计划。 雇主是否提供保障雇员配偶或受抚养人的健保计划? <input type="checkbox"/> 是的。哪些人: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家属 <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保计划? * <input type="checkbox"/> 是 (转到下一个问题) <input type="checkbox"/> 否 (中止完成此表并将表格返还给雇员)		
对于 仅向雇员 提供的符合最低价值标准*的最低成本健保计划 (不包括家庭计划): 如果雇主有健保计划, 请提供雇员在获得任何戒烟计划的最大折扣并且没有获得基于健保计划的任何其他折扣时将支付的保费。 雇员需要为此计划支付多少保费? \$ _____ 支付周期是? <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每个季度 <input type="checkbox"/> 每年		
如果您的计划即将结束并且您知道所提供的健保计划将会发生变化, 请转到下一个问题。如果您不知道, 请停止并将表格返还给雇员。		
雇主将为新的计划年度做出哪些改变? <input type="checkbox"/> 雇主不会提供健康保险。 <input type="checkbox"/> 雇主将开始向雇员提供健康保险, 或更改仅适用于符合最低价值标准的雇员的最低成本计划的保费。* (保费应反映健保计划的折扣。请参阅上面的问题。) 雇员需要为此计划支付多少保费? \$ _____ 支付周期是? <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每个季度 <input type="checkbox"/> 每年 更改日期: (月/日/年) _____		

*如果雇主资助的健保计划在其承保的允许福利总成本中所占份额不少于此类成本的 60% 则该计划符合“最低价值标准” (1986 年《国内税法》第 36B(C)(2)(C)(ii) 条)。



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。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

该机构禁止基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及某些情况下的宗教或政治信仰的歧视。

美国农业部还禁止任何基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰的歧视，或在农业部实施或资助的任何计划或活动中对先前的民权活动进行报复。

需要其他通讯方式来获取有关计划的信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语等）的残疾人应联系其申请福利的机构（州或地方）。耳聋、听力困难或有言语障碍的个人可以通过联邦中继服务电话（800）877-8339 联系 USDA。此外，计划相关的信息可能以英语以外的语言提供。

要提交计划歧视投诉，请填写美国农业部计划歧视投诉表（AD-3027），该表可在网上找到：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，也可以在任何美国农业部办事处写信给美国农业部，并在信中提供表格中要求的所有信息。如需索取投诉表副本，请致电（866）632-9992。通过以下方式将填写的表格或信件提交给美国农业部：

- (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；或者
- (3) 电子邮件：program.intake@usda.gov。

有关补充营养补助计划（SNAP）问题的任何其他信息，人们应联系美国农业部 SNAP 热线电话（800）221-5689（也是西班牙语）或拨打州信息/热线电话号码（单击链接查看各州热线电话号码列表）；在线查找：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

要针对通过美国卫生与公众服务部（HHS）接受联邦财政补助的计划提出歧视投诉，请写信：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）。

该机构是平等机会提供者。

保密权

我们将对您的信息保密。它仅用于决定您可能资格参加哪些计划。根据要求，郡补助办公室（CAO）必须向联邦、州和地方执法官员提供因重罪或违反缓刑或假释而逃避起诉、拘留或监禁的个人的地址、社会安全号码（SSN）和照片（如果有）。任何人故意违反本部门的任何规则和条例，均属轻罪，一经定罪，应处以不超过一百（\$100）美元的罚款，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

我们将向您发出书面通知，解释您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将向您书面解释原因。自通知邮寄之日起，您有 30 天的时间（补充营养补助计划（SNAP）福利为 90 天）请求举行听证会。

申诉权

如果您认为民事服务部（DHS）的决定不公平或不正确，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，您还可以要求在听证会之前召开机构会议。如果您的申诉涉及加急 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，您可以代表自己，也可以由其他人（例如律师、朋友或亲戚）代表您。

主张正当理由的权利

如果您申请现金或医疗补助福利，法律要求您配合确定亲子关系并寻求支持。如果您证明这些要求可能对您和/或您的孩子造成危险，您可以免除这些要求。这被称为正当理由。除非建立了正当理由豁免，否则您将需要满足就业和培训要求。您还需要满足半年度报告的要求除非有正当理由，否则应满足要求。

获得信用保险证明的权利

联邦法律对于因已有疾病而拒绝或有限地给予医疗补助承保的情况有所限制。如果您参加的团体健保计划不包括对您已有病症的治疗，则您可以获得 MA 承保的时间。这可能会帮助您获得保险。请联系您的社会工作者索取此证书。

提供信息责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证明您提供的信息。如果您未能提供某些证据，福利可能会被拒绝。如果您无法提供证明，您应该要求 CAO 帮助您获取。如果国土安全部或国家监察长办公室联系您，您必须与这些人员或调查人员充分合作。如果您年满 55 岁并接受医疗补助来支付护理机构服务、家庭和社区豁免服务以及任何相关医院和处方药服务的费用，您可能需要从您的遗嘱认证遗产中偿还这些服务的费用。如果您正在申请现金补助，我们可能会要求您签署一份协议，以偿还您、您的配偶和您的孩子已收到的福利。

提供社会安全号码的责任

对于现金、医疗补助和/或 SNAP 福利，您必须为您所代表的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN，则必须申请一份。不提供 SSN 可能会导致无法领取福利。对于现金福利，我们可能会要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何个人提供 SSN。您的 SSN 将用于身份识别、用于验证收入和资源的计算机匹配，以及防止州和联邦福利重复。仅申请紧急医疗补助的非公民无需提供 SSN。（42 美国法规 1320b-7）

合法使用 PA 门禁卡的责任

一旦您有资格享受福利，您将获得一张 PA ACCESS 卡。该卡只能供符合资格的人使用，并且只能在资格期限内使用。您只能将该卡用于必要且合理的服务。

报告变更的责任

如果您有资格享受福利，您将需要向您的社会工作者或客户服务中心报告您的情况发生的变化。报告的变化类型包括人们离开或搬入房屋、新地址、某人的新工作、某人失业、孩子出生、新的收入来源或收入变化以及彩票和赌博奖金。您的社会工作者和您收到的通知将根据您有资格享受的计划和福利详细介绍具体细节。未能报告计划指南中所需的变更可能会导致福利损失、制裁或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 MyCOMPASS 帐户向 CAO 报告变更。您还可以随时致电 1-877-395-8930 向客户服务中心报告更改，或者随时向费城致电 1-215-560-7226。

隐私法声明

(i) 收集这些信息，包括每个家庭成员的社会安全号码（SSN），是根据 2008 年《食品和营养法》及其修订版（《美国法典》第 7 章）授权的。2011-2036d。该信息将用于确定您的家庭是否有资格或继续有资格参加 SNAP 计划。我们将通过计算机匹配程序验证此信息。该信息还将用于监控项目法规的遵守情况以及项目管理。

(ii) 该信息可能会透露给其他联邦和州机构进行官方检查，也可能透露给执法人员以逮捕逃避法律的人员。

(iii) 如果您的家庭出现 SNAP 索赔，则本申请中的信息（包括所有 SSN）可能会转交给联邦和州机构以及私人索赔催收机构，以采取索赔催收行动。

(iv) 提供所要求的信息（包括每位家庭成员的社会安全号（SSN））是自愿的。然而，未能提供 SSN 将导致未能提供 SSN 的个人无法享受 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 的使用和披露方式将与符合资格的家庭成员的 SSN 相同。

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。
如果您被发现现有欺诈行为或违反上述规则:		<ul style="list-style-type: none"> • SNAP 最高罚款 250,000 美元, 现金最高罚款 15,000 美元; • SNAP 最高可判处 20 年监禁, 现金最高可判处 7 年监禁; 和/或 • 偿还收到的福利。 • 取消在计划规定的上述期限内享受福利的资格。
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

当本人签署此表格时：

- 本人了解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接收信息，以求证本人向他们提供的信息。当国家机构发现相互矛盾的细节时，我们将通过 IEVS 和其他实体请求、使用所提供的信息，并可能通过间接联系进行验证，并且此类信息可能会影响本人家庭的资格和福利水平。
- 本人了解，通过签署本申请表，本人授权任何金融机构通过电子或任何其他向民事服务部或其指定代理人或承包商披露该机构持有的任何及所有财务信息，以便在需要确定和重新确定医疗补助资格时识别和验证资源（也称为“资产”）。本人明白金融信息包括存款、取款、账户关闭以及向金融机构请求或收到的其他相关信息，包括金融机构就账户或资产进行的其他交易。本人了解，此授权在医疗补助资格被拒绝或终止之前一直有效，或者如果本人决定通过书面通知部门撤销该授权，以先发生者为准。本人了解，如果本人撤销此授权，本人或本人的家人可能没有资格获得医疗补助。
- 本人了解，如果本人歪曲、隐瞒或隐瞒可能影响本人领取福利资格的事实，本人可能会被要求偿还本人的福利，并且本人可能会被起诉并被取消领取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随本申请提交来指定授权代表。
- 本人理解并同意，本人对本申请中的任何欺诈性陈述负责，即使该申请是由代表本人的人提交的。
- 本人了解任何因资产或收入转移而致富的人，这会影响到本人获得长期护理或家庭和社区服务的资格，将有责任偿还那些错误发放的福利。
- 本人收到了一份关于本人的权利和责任的副本，本人已阅读过它们或有人已将它们读给本人听，并且本人理解它们。
- 本人了解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本人联系，以帮助处理本人的申请或请求有关申请流程的反馈。如果本人不需要电子邮件或短信，本人了解民事服务部仍将处理本人的申请。
- 本人了解，本申请中输入的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的而公开个人、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变更月份后下个月的前 10 天内报告，或者对于长期护理以及家庭和社区服务，必须在变更后 10 天内报告。
- 本人了解，如果家庭成员收到的彩票或赌博奖金等于或大于老年人或残疾人家庭的 SNAP 资源限额，本人的家庭可能会失去 SNAP 福利。
- 本人了解本人将收到一份解释福利的书面通知。如果福利被拒绝、变更、暂停或停止，将会出示书面通知解释该原因。
- 本人了解，如果本人不同意针对本申请做出的决定，本人将在通知之日起 30 天（SNAP（食品券）福利为 90 天）内请求举行听证会。
- 本人了解本人的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 本人了解申请人必须提供其社会安全号码，如果没有，则必须申请社会安全号码。该号码可用于检查此申请表的信息。
- 本人了解本人必须仅在符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人只能为符合条件的人使用 EBT 或 PA ACCESS 卡，并且只能获得所需且合理的福利。
- 本人了解，本人不得使用通过 PA ACCESS 卡发放的现金补助资金在酒类商店、赌场（赌场、游戏场所）或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人了解本人不必为不申请补助的人提供社会安全号码。如果本人确实提供了他们的社会安全号码，则可以使用该号码来检查此申请中的信息。
- 本人保证所输入的所有信息均属真实，如有伪证，愿受处罚。
- 本人了解本人有权获得可信承保证明来验证本人的医疗承保。联邦法律对于因已有疾病而拒绝或有限地给予医疗补助承保的情况有所限制。如果本人参加有既往病史条款的团体健保计划，本人可以获得医疗补助时间的积分。
- 本人了解，如果确定本人有资格获得医疗补助，本人将获得本人可以获得的最全面的医疗补助福利计划。本人了解本人可能需要加入健保计划。本人了解加入健保计划对本人来说可能是免费或低成本的，因为该部门每月为本人支付健保计划费用。据本人所知，月费是按人头付费。本人了解，如果由于错误、欺诈或任何其他原因，本人收到了本人不符合资格的医疗补助，那么本人可能需要偿还该部门代表本人支付的所有月费。
- 如果本人收到现金福利，本人会配合教育部指导下的子女抚养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人所代表的其他人寻求和收取现金和/或医疗支持。
- 本人了解，如果本人报告或提供家庭开支证明，本人将获得允许的最大金额的 SNAP（食品券）福利。未能报告或提供家庭开支证明将被视为本人声明本人不希望获得未报告或未经证实的费用的抵减。（授权机构：美国农业部食品与营养服务部，中大西洋地区，行政公告 6-99，1999 年 1 月 4 日发布）。
- 本人了解，本人有权在报告时获得家庭开支抵减额度，并在 SNAP（食品券）认证期间随时提供家庭开支证明。
- 本人了解本人有权向郡补助办公室 (CAO) 请求协助获取费用证明，并且如果本人在获取任何证明时遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。

- 本人了解，如果部分或全部申请者没有资格获得医疗补助，他们可能有资格获得 CHIP。
- 本人了解，如果部分或全部申请者没有资格通过该部门获得医疗补助，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) 探索私人医疗保健选择。如果是这种情况，本人授权该部门将本人的姓名和本申请中的信息提供给 Pennie。
- 未来几年的保险续效：**为了更容易地确定本人在未来几年获得医疗保险费用帮助的资格，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，包括纳税申报表中的信息。Pennie 会向本人发送通知，让本人进行任何更改，并且本人可以随时选择退出。

是的，自动更新本人的资格：（勾选一项）：

- 五年（允许的最长年数）
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人的纳税申报表信息来对本人的保险进行续效。

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