DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

United States Department of Agriculture
Food and Nutrition Service

救灾食物补助申请表

Application for Disaster Food Benefits

（依据 7 CFR 280）

日期戳
个案当事人识别信息

填写说明：请秉持诚信原则，尽您所知如实填写本申请表。如果您的家庭知晓但拒绝提供我们要求的任何信息，则将丧失申领食物补助的资格。您可以指定一名授权代表，代您的家庭申请紧急援助并使用您的食物补助。您的家庭必须到场面谈才能申领补助。您需要提供户主及任何作为您授权代表之人的身份证明。如有带照片身份证件，请务必提供。我们可能要求您出具灾害发生期间，您家庭在灾区居住或工作的相关证明。您可能需要对存疑的开支配合完成核实。**请使用墨水笔工整填写。请勿在阴影区域书写。**

户主（即救灾食物补助账户上的成年人姓名）					**已核实**
您是否希望委托非家庭成员代为申请家庭补助？（获授权代表） ☐ 是 ☐ 否		代表姓名（如有）			**已核实**
您居住的永久街道地址	城市	州	邮政编码		**已核实**
临时地址/邮寄地址	城市	州	邮政编码	☐ 临时 ☐ 邮寄	**已核实**
永久电话号码 （含区号） **( )**		临时电话号码（含区号） **( )**			
其他联系电话（含区号） **( )**		联系电话类型：☐ 办公电话 ☐ 移动电话 ☐ 留言电话			

A 部分 - 灾害发生时的家庭情况

	是 ☐	否 ☐
1. 灾害发生时，您的家庭是否在灾区居住或工作？ 如果是，请回答以下问题：		
本次灾害是否造成您的住宅或自营产业财物受损或损毁？	☐	☐
您的家庭是否因本次灾害产生额外开支？	☐	☐
在灾后清理整治期间，您的家庭是否需要自行采购食品？	☐	☐
本次灾害是否导致您家庭收入延后、减少或中断？	☐	☐
您的家庭是否存有现金，或是存放于支票账户、储蓄账户内的资金，因银行受灾害影响停业而无法支取？	☐	☐
您的家庭成员中是否有人受雇于 DSHS？	☐	☐

2. 灾害发生当月，您是否领取了基本食品补助福利，或部落计划提供的食品援助？
☐ 是 ☐ 否

如果是，请注明：_____ 县：_____

如果是，您的食品或 EBT 卡是否在灾害中损毁？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请填写您因灾害损失的、用食品补助福利购买的食品对应金额：$_____

损失类型： ☐EBT 卡 ☐ EBT 福利 ☐ 使用 SNAP 或基本食品补助购买的食品

☐ 其他：_____

发现损失日期：_____

请列明灾害发生时与您共同居住的所有家庭成员（含本人）。**若因受灾暂居其他家庭，无需填写该家庭人员信息。**请在 B 部分逐一列出家庭成员信息。请列出您的家庭成员在救灾食物补助计划实施期间已获得或预计将获得的各项收入。如果收入来自工作，请列出实发工资金额。无需强制填写社会安全号码(SSN)，但填写会有所帮助。这些信息将用于核实您的家庭成员身份，并确认其符合申请食品补助的资格。同时也会用于数据信息比对、项目审查及审计工作。

B 部分 - 家庭成员（如需更多空间，请另附纸张）				**C 部分 - 收入**	
姓名	与户主的关系	社保号	出生日期	收入来源/类型	金额
	本人				

D 部分。列出本次灾害期间您家庭可支取的全部资金。

D 部分 - 资产	**金额**
手头现有现金	
可使用的支票账户存款	
可使用的储蓄账户存款	
其他：	

请**在 E 部分中**，填写本次灾害期间您的家庭已支出或预计将要支出的灾害相关费用。**请勿计入由家庭以外人员已支付或将支付的费用。**

E 部分 - 费用	**金额**		**金额**
灾害中毁坏或变质的食品		住宅或自营产业财物维修或更换费用	
灾害导致的受抚养人照料费用		其他灾害相关费用(1)	
灾害引发的丧葬/医疗费用		其他灾害相关费用(2)	
灾害产生的搬迁及物品存放费用		其他灾害相关费用(3)	
救济所暂居开支		其他灾害相关费用(4)	
灾害期间财产保护支出			

F 部分 - 处罚警告

如果您的家庭申领食品补助，须严格遵守以下各项规定。在您领取补助后，我们可能对您的家庭开展联邦或州级核查，确认您符合灾害救助资格。

禁止为申领或持续领取食品救助，填报虚假信息或隐瞒相关情况。

禁止将食品补助或电子福利转账(EBT)卡转交或出售给无使用权限的人员。

禁止使用食品补助购买酒水或烟草等违规商品。

禁止冒用其他家庭的食品补助或 EBT 卡供自家使用。

G 部分 - 声明与签名	
本人已清楚本申请表所有问题内容，亦知晓隐瞒信息或填报虚假信息所面临的处罚。因遭遇灾害，本人家庭急需获得食品救助。本人郑重声明，据本人所知，所填写信息属实且完整，若有不实之词，本人愿受伪证罪处罚。本人同时授权披露一切必要信息，用以核实本人所作声明内容的真实性。本人知悉，若对本人相关事项的处理决定存有异议，本人有权以口头或书面形式申请公正听证。	
户主或授权代表签名	日期

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)民权法规与政策规定，美国农业部及其下属机构、办公室、员工以及参与或管理 USDA 项目的机构，在所有由美国农业部资助或实施的项目与活动中，不得因种族、肤色、国籍、宗教信仰、性别、残障、年龄、婚姻状况、家庭/父母身份、公共援助项目所得收入、政治信仰，或因过往公民权利活动而实施报复或反击等原因存在歧视（并非所有歧视禁止条款均适用于所有项目）。救济措施及投诉提交期限因项目或事件而异。

残障人士如需通过替代沟通方式（如盲文、大字体版本、录音带、美国手语等）获取项目信息，应联系负责管理该项目的州或地方机构，或通过电信中继服务（电话：711，支持语音和 TTY）与 USDA 联系。此外可能以除英语之外的语言提供计划信息。

如需提交项目歧视投诉，请填写《USDA 项目歧视投诉表》(AD-3027)，该表格可在“如何提交项目歧视投诉”(https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-usda-discrimination-complaint/how-file-program-discrimination-complaint) 网页及全美任一 USDA 办公室领取，也可给 USDA 寄信并在信中提供本表格所要求的全部信息。要索取投诉表的副本，请拨打 (866) 632-9992。通过以下方式将填妥的表格或信件提交给 USDA：(1)邮寄地址：USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314；或(2)电子邮箱：FNACIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

本机构为平等机会服务机构。