# 您的现金与食品补助福利相关权利与责任

**Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities**

| 个案当事人姓名（户主） |
| --- |
| 个案当事人身份识别号码 |

## 您的责任（您必须）

- **向我们提供必要的情况，以便确定您是否符合资格。**
- **向我们提供必要的证明文件。**我们也许能协助您获得这些文件。您向本部提供的情况将接受联邦与州府官员之验证核实。此类验证核实可能包括本部工作人员（其中包括欺诈案调查员）的随后联系。
- **您向社会福利服务部报告的情况**可能会影响您获得由医疗保健计划管理部门及医疗福利交换系统所管理的健康保险之资格。
- 依据华盛顿州行政法规 WAC 388-418-0005 之规定而**报告情况变化**（例如地址、收入等）。于每月第 10 日之前报告此类情况变化。
- 如果您领取贫困家庭临时辅助计划(TANF)补助金，则应**与儿童赡养处(DCS)合作**。您必须协助 DCS 为您所抚养的子女确立、修改或强制执行儿童赡养令，并按 WAC 388-422-0005 的要求确立亲子关系（如需要）。如果您可以证明，您有正当理由认为与 DCS 合作有可能会使您、您的子女或您所抚养的子女受到来自无监护权家长的伤害，则您可以拒绝与 DCS 合作。
- 当您申领或领取现金补助时，应设法**申请**并付出合理努力从其它来源获得潜在的收入。
- **完成必要的报告与资格审核。**
- **遵守**关于现金补助和食物补助金的各项就业要求。
- 如果您希望让其他人代您使用您的食物补助金，必须**通知我们**。
- **当我们进行服务质量审查时，给予合作。**
- 仅**使用食物补助金**为您的家庭成员购买食品。
- 仅为您家庭成员的利益而**使用现金补助福利**。
- **您仅须为补助金申请者提供社会安全号码(SSN)或移民身份情况。**若您选择不提供未申请福利之家庭成员的社会安全号码或移民身份情况，我们仍将根据情况必要而核实您所有家庭成员的收入及经济来源，以便进行资格审定。

## 您的权利（我们必须）

- **受理**有您姓名、地址及签名或者您的受托代表签名之申请。
- **协助您填写社会福利服务部(DSHS)的各种表格。**
- 如果您符合获得加快服务的资格，于 7 天之内**审批**您的食物补助金请求。
- 当您提交文件时，依您的请求**给您文件收讫凭据**。
- 在多数情形下，将于 30 天之内就您的申请**做出书面决定**。
- **您可以拒绝与**舞弊欺诈行为调查与问责处的欺诈行为早期侦查(FRED)调查员交谈。您不必允许调查员进入您家进行调查。您可以请调查员改日再来。这不会影响您获得援助的资格。

## 您的权利（我们必须）（续）

- 如果您不同意本部就您的个案所做的任何决定，**您可以提出举行一次行政听证会的请求**。您还可以请一位负责人员或行政管理人员对存有争议的决定或措施进行复审，而这不会影响您提出听证请求的权利。
- **我们必须告知您**关于贫困家庭临时补助(TANF)计划 60 个月福利期限的规则。这一期限不适用于您的基本食品补助福利或托儿费补贴。

## 您应了解关于电子福利金转账卡(EBT)之以下事项

- **滥用福利：** 通过 EBT 卡使用的食品及现金福利可向 DSHS 提供您使用福利金的以往账户收支情况。本部将利用上述账户收支情况来调查滥用现金补助福利或者用食品补助福利来换取现金或其它有价值物品（交易）的行为。
- **EBT 卡补发：** 我们可能会收取 EBT 卡补发手续费。请妥善保存您的 EBT 卡及您的个人识别号码 PIN)。
- **EBT 卡结余额过高：** 如果您连续数月未使用您的福利金，或者数月之后累计的结余额过高，我们可能会与您联系，以便复审您的境况或者您福利需求。

## 您应了解以下事项（基本食品补助福利）

- **我们将**基本食品补助计划福利申请人的情况提交给其它联邦机构，藉以核实相关情况是否正确。若有任何不实情况，该申请人将不能获得基本食品补助计划福利。若某人明知情况不实但仍提供该虚假情况，则会受到刑事起诉。对蓄意违反基本食品补助计划规则之行为有不同的处罚办法，其中包括取消计划资格、罚款或监禁等。
- **如果您出售、企图出售、交换或捐赠您的食品补助金**，以图换取任何有价值的物品，例如现金、毒品、武器或者任何其它物品，而非从食品零售店购买的食品（交易），我们可能会取消您领取食品补助金的资格；对于初次违规者，资格取消为期最少一年，而最长可达终生。即使您离开华盛顿州并在其它州申请福利待遇，上述资格取消处罚仍将持续。
- **如果要求您参与基本食品补助计划就业要求活动**，而您未按要求参加，对于初次违规，您的资格取消期将为一个月，并直至您遵守就业要求为止；对于第二次违规，您的资格取消期将为三个月，并直至您遵守就业要求为止；对于第三次违规及随后每一次违规，您的资格取消期将为六个月，并直至您遵守就业要求为止。
- 若您违犯本页基本食品补助计划处罚条例警告中所列的基本食品补助计划规则，**您的基本食品补助计划福利资格可能会被取消**。
- **如果您希望本部在计算您的基本食品补助金时包括您的各项家庭开支，则您必须报告此类开支。**如果您不报告这些开支且不提供相关证据，则说明您不希望我们根据这些开支来决定您是否可以获得更多的基本食品补助。

## 您应了解以下事项（现金 - TANF）

**若您领取贫困家庭临时补助(TANF)**，则意味着您把自己对儿童赡养费和配偶赡养费的权利转让给儿童赡养处。这意味着，在您领取 TANF 福利期间产生的子女抚养费欠款，DCS 可予以扣回。在您领取 TANF 福利期间，DCS 会向您发放当期收取的子女抚养费。

- 在领取 TANF 福利期间，**若您收到对该名儿童的儿童赡养费付款或福利金，则您必须立即通知 DCS**。
- **若您停止领取 TANF 福利**，必须将影响子女抚养费的所有变更情况告知 DCS，例如子女不再与您同住或您的地址发生变更。
- **若您领取 TANF 福利，则可申请额外的福利金，用于**支付临时的紧急住房费用。

## 您应了解以下事项（现金 - RCA）

**若领取难民现金补助(RCA)，需满足以下要求：**

- **您必须是家庭中无子女的单身人士或已婚人士。**若您怀孕，或需承担子女照料责任，必须告知我们，因为您可能符合其他现金福利计划的资格。
- 根据您的移民身份，以及您首次符合联邦难民计划与服务资格的日期，**您最多可领取十二(12)个月的难民现金补助**。
- 领取补助后 30 天内，**您必须参与就业与培训服务**，其中可能包括助您求职或学习英语的相关活动。若您存在严重或慢性残疾、需居家照料其他残疾成年人、年龄在 60 岁及以上，或为家庭暴力受害者，则可免于参与上述服务。
- **作为就业与培训服务要求的一部分**，您必须参加所有求职面试、接受合理的工作邀约（除非该邀约与您所属工会的协议相悖，或该岗位因劳资纠纷空缺），且不得无正当理由辞职（正当理由需经我们认定）。
- **您有权获得适宜的工作及就业与培训服务。**所有工作及就业与培训服务必须满足以下条件：安全无歧视、包含的活动在您个人就业/教育服务计划范围内且您能常规参与、工作时长符合该岗位常规标准、通勤时间合理（不超过两小时，或符合当地可接受范围）。培训服务必须具备助您就业的可能性，且培训期间薪资需达到或超过最低工资标准，或不显著低于同类工作的常规薪资水平。
- **若您被要求接受工作邀约或参与 RCA 下的就业与培训服务**，却未按要求执行，您的补助将被暂停或削减。首次未参与的，援助削减期为三个月，此后每再发生一次未参与情况，援助削减期为六个月。
- **若您找到工作，则必须**在次月 10 日前**向我们申报所有收入**。
- **若您存在残障、失明或年龄在 65 岁及以上**，在向社会保障局(SSA)申请其他援助计划期间，仍可领取 RCA。我们将协助您申请这些计划。一旦您获得某一 SSA 援助计划的批准，您的 RCA 福利将停止发放。
- 若在申请前 30 天内，您无正当理由辞职或拒绝合理工作邀约，**则无法领取 RCA**。

## 民权与非歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)民权法规及政策，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。

若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”网页及所有 USDA 办公室获取，也可给 USDA 寄信并在信中提供表格中要求的所有信息。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：**USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314;或
2. **电子邮箱：** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

本机构提供平等机会。

本人签名如下，以此声明：已经向我解释了相关本人享受 DSHS 福利和计划服务的权利和责任。本人明白，拒绝签署此份文件不会影响我的福利资格；但是，本人仍有责任遵循计划要求，并且仍将受到适用的计划处罚或刑事处罚条例制约。

| 申请者签名 | 日期 | 联合申请人签名 | 日期 |
|---|---|---|---|
| | | | |

DSHS 工作人员 ACES ID：

☐ 拒绝签名。