

现金或食品补助申请

Application for Cash or Food Assistance

如果您在阅读或填写本申请表时需要帮助，可请本部协助。
请留下此页，以供您保存。

如何申请现金或食品补助福利？

您可前往社区服务办公室提交此申请表，即刻**启动**申请流程。申请表必须包含您的姓名、地址以及您本人或授权代表的签名。即使申请表仅填写上述三项信息，您仍可立即提交。

- 若您完整填写申请表（回答所有问题）、在第六页签名，并尽快提交申请表及我们要求的其它材料，您可能会获得更多福利或者更快获得福利。
- 您可将申请表提交至当地办公室。各地办公室地址详见www.dshs.wa.gov。
- 将您的申请表传真至 1-888-338-7410
- 将您的申请表格邮寄到以下地址：
DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- 您也可在网站上提出申请，网址为：www.washingtonconnection.org
- 若需申请医疗保险，您必须通过以下方式之一申请：登录 www.wahealthplanfinder.org 在线申请、致电 1-855-923-4633 申请，或者使用医疗保健计划管理部门(HCA)的健康保险福利申请表(HCA 18-001)提出申请。

最快需要多少时间可以获得食品与现金补助？

如果您亟需食品补助福利，请填写第 3 页上问题 1 至问题 14 栏的内容，并将此表格送交到您当地的办事处。

如果您可出示身份证明并符合下列条件之一，本部可在 7 天之内就您是否有资格领取食品补助做出决定：

- 本月内，您家的总收入额低于\$150，而且流动资产低于\$100。
- 您家的收入或财产资源低于您每月的房租及水电煤气与电话费用。
- 您家中有一位贫困的流动农工与农业季节工。

在确定您符合资格后，当日即可颁发福利。我们必须在您提交申请之日起 30 天内，判定您是否符合食品补助资格。食品补助福利通常在我们收到您申请书的当天开始。若您在机构内提交申请，资格起始日期以您离开或出院之日为准。现金补助通常在我们获得全部必要情况以确定您符合资格的当天开始。

民权与非歧视

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。

移民身份及社会安全号码

您也许能为与您居住在一起的某些人士申领补助，即使与您居住在一起的其他人因其移民身份而不能获得补助。您必须向本部讲明所有相关申请人的移民身份。申请人家庭成员的外籍身份可能需由 USCIS（前身为 INS）通过审核申请表中提交的信息进行核实。USCIS 基于提交的信息反馈的结果可能会影响申请人的资格认定及福利金额。

根据联邦法律（联邦条例法典(CFR)第 45 条第 205.52 节、第 7 条第 273.6 节），您必须向本部提交与您居住在一起且申请贫困家庭临时补助(TANF)或食品补助者的社会安全号码(SSN)。我们还需要与您居住在一起但未提出申请之家长及配偶的社会安全号码。

如果您申请食品补助和其它项目

我们必须依据SNAP规则处理您的申请。这包括在时限内处理申请、发出正式通知，并告知您享有的行政权利。我们不得仅因您的其它援助项目申请被拒绝，而拒绝您的食品补助申请。

隐私权及您的现金与食品补助福利

2008年通过的食品与营养法案之修订案允许本部收集我们在申请表格中要求提供的各项情况，其中包括每一位家庭成员的社会安全号码。我们利用社会安全号码来查验身份、核实资格条件、防止欺诈行为，并征收索偿款项。为了管理本部的计划并遵循法律规定，我们会与其它机构交换情况。提供所要求的情况纯属自愿。然而，若不提供社会安全号码或社会安全号码的申请凭证，而且无正当理由，则会导致我们拒绝批准每一位不提供社会安全号码者的基本食品补助福利。我们会利用计算机核对程序（包括联邦收入与资格核实系统(IEVS)）核实部分信息。

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。

我们利用此类情况：	我们可将此类情况提交给：										
<ul style="list-style-type: none"> • 决定谁有资格参加本部的计划。 • 收缴溢付款。 • 管理本部的计划。 • 确保本部遵循法律。 	<ul style="list-style-type: none"> • 联邦与州府机构，供官方使用。 • 执法机构，藉以追捕逃避法律制裁之逃犯。 • 私人征款机构，藉以征收食品补助金溢付款项。 										
食品补助计划处罚警告											
<p>我们会向其他机构核查您的信息是否准确无误。若有任何不实情况，该申请人将不能获得食品补助。</p> <p>如果有人蓄意违规，则会：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 受到其它适用的联邦和州法律的起诉。 • 禁止获得 SNAP，期限从一年到永久。 • 最高罚款\$250,000。 • 最高监禁 20 年。 • 法院可下令将禁止获得 SNAP 的期限延长 18 个月。 <p>如果法院发现您触犯：</p> <table border="0" data-bbox="181 1612 1518 1812"> <tr> <td>在涉及以下的交易中获得福利券：</td> <td>您可能会：</td> </tr> <tr> <td>• 售卖受管控物质</td> <td>丧失资格，期限从两年到永久。</td> </tr> <tr> <td>• 售卖枪支、火药或爆炸物</td> <td>永久丧失资格。</td> </tr> <tr> <td>• 贩卖福利券合计超过\$500</td> <td>永久丧失资格。</td> </tr> <tr> <td>• 住处或身份欺诈</td> <td>丧失资格10年。</td> </tr> </table>		在涉及以下的交易中获得福利券：	您可能会：	• 售卖受管控物质	丧失资格，期限从两年到永久。	• 售卖枪支、火药或爆炸物	永久丧失资格。	• 贩卖福利券合计超过\$500	永久丧失资格。	• 住处或身份欺诈	丧失资格10年。
在涉及以下的交易中获得福利券：	您可能会：										
• 售卖受管控物质	丧失资格，期限从两年到永久。										
• 售卖枪支、火药或爆炸物	永久丧失资格。										
• 贩卖福利券合计超过\$500	永久丧失资格。										
• 住处或身份欺诈	丧失资格10年。										



食品与现金补助申请

Application for Food and Cash Assistance

如果您在填写此表格时需要帮助，请告诉我们。

若您今日无法完成此表格，可先提交包含姓名、地址及签名的材料以启动申请流程。但福利获批前，您仍需完成整个申请表的填写。

申请表需在第六页签名，方可视为填写完成。

1.名字 中间名 缩写姓	申请人或授权代表签名	2. 个案当事人识别号码 (若知道则请填写)
3.您家所在的街道名称及门牌号码 城市 州 邮政编码	4.主要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 留言	
5.邮寄地址 (若与住址不同, 则需填写) 城市 州 邮政编码	6.次要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 留言	
8. 本人申请 (请勾选所有适用方框): <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 食品补助 <input type="checkbox"/> 托儿费救助	7.电子邮件地址	
9.我本人或我家中某一成员 (请勾选所有适用选项): <input type="checkbox"/> 遭受家庭暴 <input type="checkbox"/> 患有残障 <input type="checkbox"/> 由于健康问题而无法工作 <input type="checkbox"/> 目前怀孕; 姓名: _____ 预产期: _____		
10.根据您的预计, 本月您的家庭收入将是多少?	\$ _____	
11.您家的现金与存款金额是多少?	\$ _____	
12.您家的房租或房屋贷款支出是多少?	\$ _____	
13.您家的水电煤气与电话费用支出是多少? <input type="checkbox"/> 暖气/冷气费用 <input type="checkbox"/> 电话费用 <input type="checkbox"/> 其它开支: _____		
14.您家里是否有任何人是流动农工与农业季节工? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
15.若申请食品补助, 请问您家中有几人需要您为其购买食品和提供饭食? _____		
16.若申请托儿费补助, 您需要托儿服务的原因 (请勾选所有适用项)? <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 上学 <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> 基本食品就业和培训(BFET)		

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

17. 我需要口译员服务。我讲: _____ 或者 手势语; 请将寄给本人的信件翻译成: _____

18.请列出您家中的每一位成员, 即使您不为其申请补助也需列明 (请视需要加页填写)。

姓名 (名, 中间名, 姓)	性别	此人与您的关系?	出生日期	若您想为此人申请福利待遇, 请勾选方框	非申请人可自愿填写此栏			部落名称 (适用于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民)
					社保号	若是美国公民, 请勾选方框	种族 (请参阅以下范例)	
		我本人		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19.本人的族裔背景是西班牙裔或拉美裔: 是 否
种族及族裔背景信息为自愿提供项, 不会影响资格认定或福利金额。收集此信息旨在确保项目福利发放不受种族、肤色或国籍影响。对于食品补助福利申请, 如果您未提供任何情况, 美国农业部(USDA)则要求我们代您回答。若您不愿提供, 我们将标注为“未上报”。**种族类别示例:** 白人、黑人或非洲裔美国人、亚裔、夏威夷本土居民、太平洋群岛居民、美国印第安人、阿拉斯加本土居民, 或者任何其他混血族裔。



申请人姓名	社保号	个案当事人识别号码
-------	-----	-----------

I. 基本信息

- 在最近 30 天内，本人曾经从其它州、部落或其它来源获得现金或食品补助福利。 是 否
- 本人为其申请福利者居住在华盛顿州境外： 是 否 该人是： _____
- 我本人或我家中某一成员为受资助的外籍人士： 是 否 该人是： _____
- 我本人或我家中年龄 16 岁及以上某一成员（请勾选所有适用选项）： 高中
 高中同等学力课程 大学 职业学校 该人是： _____
- 我家中某一成员暂时迁出： 是 否 该人是： _____
- 本人或本人家中某位成员曾在美国军队、国民警卫队或预备役部队服过役，或曾是服过役人员的依亲者或配偶： 是 否 若是如此，请问是何人： _____
- 本人或本人为其申请福利者在犯重罪后潜逃，以图逃避法庭审判或被监禁：
 是 否
- 本人居住在： 自己的住宅或出租公寓 合住家庭 其它： _____
 机构设施（请列明类别）： _____ 入住日期： _____
- 本人： 单身 已婚 离异 分居 丧偶
 已登记的同居伴侣关系
- 本人或本人家中某位成员曾在 1996 年 9 月 22 日后，因用食品补助换取毒品而被定罪：
 是 否
- 本人或本人家中某位成员曾在 1996 年 9 月 22 日后，因买卖食品补助金额超过\$500 而被定罪：
 是 否
- 本人或本人家中某位成员曾在 1996 年 9 月 22 日后，因用食品补助换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪：
 是 否
- 本人或本人家中某位成员曾在 1996 年 9 月 22 日后，因在多个州骗取食品补助而被定罪： 是 否
- 本人或本人家中某位成员： a.正在罢工： 是 否 b.寄宿者： 是 否

II. 资产证明（请随附凭证；仅适用于现金补助）

财产资源系指您拥有或正在购置的任何可出售、换购或转换成现金的一切财产，或者由他人代管的资金。财产资源不包括家具或衣物之类的个人财产。财产资源示例：

- 现金
- 支票账户
- 储蓄账户
- 大学教育基金
- 信托基金
- 个人退休账户 (IRA)/401k
- 房产、地产或建筑物
- 定期存单
- Money Market 储蓄账户
- 债券
- 退休金
- 丧葬基金（预付计划）
- 商业设备
- 家畜
- 人寿保险

1. 请列明您本人、您的配偶或您为其提出申请人所拥有或正在购置的财产资源。

服务资源	拥有者	地点	价值
			\$
			\$
			\$
			\$

2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者拥有汽车、卡车、货车、船只、露营车或其它车辆。

年 (例如 1980 年)	制造商 (例如 FORD)	型号 (例如 ESCORT)	若为租赁车辆，请勾选 选方框	若该车辆用于医疗服务 目的，请勾选方框	尚欠金额
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者在过去两年曾售卖、交易、赠与或转让过财产资源（包括信托、车辆或终生产权产业）： 是 否 如果是，请说明资产类型： _____ 时间： _____

III. 年金（某一家庭成员之投资，且该投资可使其在目前或将来定期获得付款收入。）

此年金的拥有者是何人？	公司或机构？	价值金额	每月收入金额	购置日期
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

申请人姓名	社保号	个案当事人识别号码
-------	-----	-----------

IV.工资收入（请随附凭证）

1. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者的就业已经于最近 30 天内停止： 是 否
 2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者有工资收入： 是 否
 若选择是，请填写此部分：

此工资收入者是何人 _____ 雇主姓名或名称以及电话号码 _____ 开始日期 _____ 此工作是否属于自雇业？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每月自雇营业开支金额：\$ _____	所得工资之总金额（各项扣减前的金额，以美元计算） \$ _____ 每： <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 每周工作小时数： _____ 发薪日期（例如 1 号和 15 号，或每周五）：
此工资收入者是何人 _____ 雇主姓名或名称以及电话号码 _____ 开始日期 _____ 此工作是否属于自雇业？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每月自雇营业开支金额：\$ _____	所得工资之总金额（各项扣减前的金额，以美元计算） \$ _____ 每： <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 每周工作小时数： _____ 发薪日期（例如 1 号和 15 号，或每周五）：

V.其它收入（请随附凭证；需申报所有家庭成员收入）

- 失业救济金
- 社会安全保险金
- 来自部落的收入
- 赌博收入
- 教育福利金（学生贷款、补助金、勤工俭学）
- 安全收入津贴(SSI)
- 儿童赡养费及配偶赡养费
- 铁路工人福利金
- 租金收入
- 退休金或养老金
- 退伍军人行政管理局(VA)或军人福利金
- 劳工与工商保险 (L&I)
- 信托基金
- 利息/股息

非薪资收入类别	此工资收入者是何人？	每月总金额
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI.每月开支

房租	房屋抵押贷款	场所租金	屋主保险费	房地产税	其它费用
\$	\$	\$	\$	\$	\$

除租金或抵押贷款外，您家庭还单独支付哪些公用设施的费用？

- 加热（电/燃气） 电（非加热） 水 住宅电话/手机 下水管道 垃圾处理

其他人或机构（例如补贴住房服务机构等）协助我支付上述全部或部分费用：

是 否 若是如此，请问是何人或机构： _____ 哪些开支： _____ 由其他人或机构支付的金额：\$ _____

在过去 12 个月中，我收到了《低收入家庭能源资助法》(LIHEAA)款项。

本人、本人的配偶或我家中某位成员支付或应该支付下列费用（请勾选所有适用方框）：

<input type="checkbox"/> 托儿服务或者依亲成人照护服务（包括交通费用）	每月金额：\$	支付人：
<input type="checkbox"/> 残障人士或 60 岁以上者的医疗费用账单（包括交通费用及健康保险费）	每月金额：\$	支付人：
<input type="checkbox"/> 子女抚养费（请随附凭证）	每月金额：\$	支付人：

如果您不报告上列任何一项费用开支，我们将据此认为您的家庭已声明您不希望减除此项费用开支。

申请人姓名	社保号	个案当事人识别号码	
VII. 获授权代表			
<p>获授权的代表系指经您允许与 DSHS 讨论您的福利事宜之人士。您可以指派某人为获授权的代表，但并不要求您必须这样做。</p> <p>您是否有一位获授权的代表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>此人是否为您的法定监护人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>您可能需要填妥“授权代表声明书”表格(DSHS 14-532)。</p>			
姓名	与您的关系	电话号码	
邮寄地址	城市	州 邮政编码	
选民登记			
<p>该署提供选民登记服务，包括自动选民登记。 申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供服务或者福利金额。您在填写选民登记表格时若需要帮助，我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权利，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。</p> <p>您是否想登记投票或更新您的选民登记？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您不勾选任何核选框，我们将认为您已决定目前不办理选民登记手续，除非您有资格，并且不拒绝自动选民登记。</p> <p>除非您勾选上方的“否”，否则您可能有资格享有自动选民登记服务。如果您在下次选举前将达到至少18岁，您是美国公民，且DSHS有您的姓名、居住和邮寄地址、生日、公民证明信息，以及您证明于此申请上所提供的信息都属实的签名，则您有资格享有自动选民登记服务。</p> <p>您是否想进行自动选民登记？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您勾选了方框“是”，或没有勾选任一方框，且您符合自动选民登记资格要求，DSHS 会将您的信息发送给州务卿办公厅，而您将进行自动选民登记。</p>			
声明与签名（签署下方内容即完成申请）			
<p>本人明白，我必须：</p> <ul style="list-style-type: none"> 提供正确的情况，并遵循情况报告要求。 提供证实本人符合资格的证明文件。 在我领取贫困家庭临时辅助计划(TANF)补助期间，把我对儿童赡养费支付款的特定权利转让给华盛顿州府。然而，本人明白，如果征收儿童赡养费会使我本人或我的子女受到危害，我可以请DSHS停止征收儿童赡养费。 遵守食品补助计划有关就业的规定要求。 <p>如果本人不遵守上述规定，我将得不到福利或者须偿还为我支付的款项。</p> <p>本人明白，如果我蓄意编造虚假陈述或者不报告明知本应报告的情况，则会受到刑事起诉。</p> <p>本人授权DSHS在必要情况下与其他人员或机构联系，以便代我获取证明本人符合资格的凭证。</p> <p>本人已经阅读或者已由他人向我说明本人的相关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，DSHS 14-113。本人特此证实或声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况（包括涉及申请福利之家庭成员的公民身份和外籍人士身份相关情况）属实且正确。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。</p> <p>若为成人申请现金补助，则您家中的所有成人（或者授权代表）均须签名。</p> <p>申请食品补助时，申请人及授权代表均须签名，除非档案中存有现行授权代表文件。</p>			
申请人签名（必填）	日期	申请人姓名（请工整填写）	签署地点（城市和州）
其他成年申请人签名	日期	其它成人之姓名（请工整填写）	签署地点（城市和州）
协助填写者或代表签名	日期	代表之姓名（请工整填写）	签署地点（城市和州）
见证人之签名（若以“X”代签则须见证人签名）	日期	见证人之姓名（请工整填写）	