

资格复审

Eligibility Review

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？

- 您可将此审核表提交至社区服务办公室，即刻**启动**申请流程。审核表必须包含您的姓名、地址，以及您本人或授权代表的签名。即使审核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）、在第七页签名，并尽快提交审核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。
- 您可将审核表提交至当地办公室，或传真至1-888-338-7410。各地办公室地址详见www.dshs.wa.gov。
- 将您的复审表格邮寄到以下地址之一：

DSHS

CSD-Customer Service Center

PO Box 11699

Tacoma, WA 98411-6699

DSHS

Home and Community Services – Long Term Care Services

PO Box 45826

Olympia, WA 98504-5826

- 您也可以在网上填写此表格，网址为：www.washingtonconnection.org
- 此资格复审表格仅可用于涉及此表格中所列的Washington Apple Health计划保险福利重新续约之资格复审。若需申请其它医疗保险，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格(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资格规定，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。
- 在确定您符合资格后，福利将在次日发放。
- 食品补助福利通常在我们收到您申请书的当天开始。
- 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。
- 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。
- 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。

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。

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

即使您同住的部分家庭成员因移民身份无法获得补助，您仍可为同住的其他符合条件者申请补助。您必须向本部讲明所有相关申请人的移民身份。家庭成员的移民身份可能需由 USCIS（前身为 INS）核实。USCIS 反馈的信息可能会影响资格认定及福利金额。我们提供的健康保险福利可能覆盖部分外籍人士。

根据联邦法律（42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6），您必须向本部提交与您居住在一起且申请Washington Apple Health、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。我们为某些无社会安全号码的人士提供健康保险福利。

用于申请Washington Apple Health计划的公民身份证明及身份证明

美国公民必须提供公民身份证明及身份证明文件，才能获得Washington Apple Health计划服务。我们可以协助您获取相关证明文件。如果我们需要一份需您付费才能获取的文件，本处将出面接洽并支付所需的费用。对于您家中获得Medicare联邦医疗保险方案福利、因其残障而领取社会安全残障保险(SSDI)福利或领取社会安全收入津贴 (SSI)者，不需要提供证明文件。

偿还州府支付的医疗和长期照护服务费用

根据华盛顿州遗产追偿法（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080），您的遗产可能需要偿还本州为您在 55 岁之后提供的特定类型医疗服务及长期照护支持所支付的费用。若您接受的是仅由本州资助的服务，则无年龄限制。遗产追偿将在您去世后启动；支付义务将在您的在世配偶去世后，或在您的子女年满 21 岁后生效，但若您去世时子女为盲障/残障人士，则不受此限。若您入住疗养院且预计无法返家，无论您年龄大小，本州均可对您的不动产设立生前留置权。若您出售或转让该不动产，或在您去世后，本州可通过该留置权追偿相关费用。若您返家居住，本州将解除该留置权。如需了解更多信息（包括需进行遗产追偿的服务清单），请参阅 WAC 第 182-527 章。

隐私权及您的现金与食品补助福利

根据《2008 年食品与营养法案》，我们有权收集申请表中要求提供的信息。提供所需信息属自愿行为，但无正当理由不提供信息可能导致基本食品补助福利申请被拒绝。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。

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。• 征收食品补助金溢付款项。• 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。
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。	
食品补助计划处罚警告	
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。	
如果有人蓄意违规，则会：	
<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。	
如果法院发现您触犯：	
在涉及以下的交易中获得福利券：	您可能会：
<ul style="list-style-type: none">• 售卖受管控物质.....• 售卖枪支、火药或爆炸物.....• 贩卖福利券合计超过\$500.....• 住处或身份欺诈.....	<ul style="list-style-type: none">• 丧失资格，期限从两年到永久。• 永久丧失资格。• 永久丧失资格。• 丧失资格10年。



资格复审

Eligibility Review

如果您在填写此表格时需要帮助，请告诉我们。

仅针对食品福利申请，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。资格审核表需在第7页签名，方可视为填写完成。我们可能需要您提供额外信息，并通过面谈完成您的个案审核。

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"/> 辅助生活机构/成人之家
<input type="checkbox"/> 食品	<input type="checkbox"/> 居家长期照护服务
<input type="checkbox"/> Medicare 联邦医疗保险方案节省计划	<input type="checkbox"/> 护养院
<input type="checkbox"/> 临终关怀	<input type="checkbox"/> 残障雇员/医疗保健(HWD)
<input type="checkbox"/> 为年老、失明或残障人士提供的健康保险	
<input type="checkbox"/> 老人定制支持计划服务	

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): 遭受家庭暴力
 患有残障 由于健康问题而无法工作
 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? 暖气/冷气费用 电话费用 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? 是 否

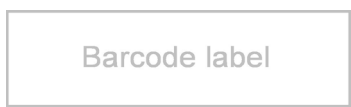
15. 若申请食品补助, 请问您家中有几人需要您为其购买食品和提供饭食? _____

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

16. 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: _____

17. 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			
					社保号	若是美国公民, 请勾选方框	种族 (请参阅以下范例)	部落名称 (适用于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民)
		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"/>		



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

18. 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。若您未作答, 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。

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
- 本人或本人家庭成员是否曾获得 \$4,500 及以上的彩票或赌博奖金: 是 否
若是如此, 获奖人: _____ 收到日期: _____
金额 (扣税前的金额): _____

II. 健康保险情况 (基本食品补助福利申请者不需要提供此情况)

本人、本人的配偶或我家中某位成员:

- 准备入住或目前正在某个医疗服务设施接受服务, 或者最近离开某个医疗服务设施 (例如医院或护养院等) 是 否
- 过去三个月内是否有未支付的医疗费用账单需要协助 是 否
- 有健康保险: 是 否 (请勾选所有适用项): Medicare (非 Washington Apple Health)
 Tricare 长期照护服务保险 印第安人医疗保健服务 其它健康保险:

III. 资产证明 (请随附凭证; HWD 或基本食品补助申请无需提供)

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

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

III. 资产证明 (请随附凭证; HWD 或基本食品补助申请无需提供) (续)

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"/>	\$

3. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者在过去五年曾售卖、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: _____

IV. 年金 (某一家庭成员之投资, 且该投资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
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

如果您或您的配偶获取年金利息, 而且您接受 Washington Apple Health 计划长期照护服务福利、与安全收入津贴 (SSI) 相关的福利或绝对贫困补助计划 (CN) 保险服务, 则您必须指定华盛顿州作为年金之剩余财产受益人。

V. 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:

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

申请人姓名		社保号		个案当事人识别号码	
VI.其它收入（请随附凭证；需申报所有家庭成员收入）					
<ul style="list-style-type: none"> • 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） 		<ul style="list-style-type: none"> • 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 		<ul style="list-style-type: none"> • 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	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII.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？					
<input type="checkbox"/> 加热（电/燃气） <input type="checkbox"/> 电（非加热） <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 住宅电话/手机 <input type="checkbox"/> 下水管道 <input type="checkbox"/> 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：					
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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：\$ _____					
<input type="checkbox"/> 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"/> 托儿服务或依亲成人之照看服务（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。					
VIII.获授权代表					
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。					
您是否有一位获授权的代表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
此人是否为您的法定监护人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
此人是否有委托代理权？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果您申请健康保险福利重新续约，则可能需要填妥“授权代表声明书”表格(DSHS 14-532)。对于基本食品补助福利，授权代表的有效期限仅为认证周期内。					
姓名		与您的关系		电话号码	
邮寄地址		城市		州 邮政编码	
资产核实授权					
仅适用于Washington Apple Health中的老年人、盲人或残障人士现金补助计划。					
本人明白，本人提供用于申请或接续补助的信息将由联邦和州官员进行核实并确定它们是否正确。本人授权华盛顿州医疗保健计划管理部(HCA)和社会福利服务部(DSHS)开展资产核实来确定本人资格并确认本人财务信息的准确性。本人明白，HCA 和 DSHS 可能会在资产核实过程中调查和联络任何金融机构、州或联邦机构，或私有数据库。本人明白，当对本人的申请做出最终不利决定时，或者如果本人随时通过向 HCA 或 DSHS 提供书面通知来撤销此授权，此授权即终止。如果本人撤销授权或拒绝提供授权，本人明白，本人将没有资格参加任何 Washington Apple Health 老年人、盲人或残障人士联邦医疗保险方案计划。					

申请人姓名	社保号	个案当事人识别号码	
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（请在下方签名以完成资格审定。）			
<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>对于现金与食品补助：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。对于健康保险福利，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，HCA 18-003。</p> <p>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>若申请健康保险福利，则申请人（或者授权代表须签名）。</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）	