

TTY / TDD 编号: 800-209-5446
免费电话: 877-501-2233

客户 ID 编号:

尊敬的

:

我们已经收到您对 的申请。您必须在 之前完成面谈。

我们的面谈时间是周一至周五上午 8:00 到下午 3:00, 国家法定节假日除外。

请致电我们 1-877-501-2233 预约面谈时间, 或是查看您当地办事处的个人面谈营业时间。

你也可以访问 <https://www.dshs.wa.gov/> 并遵照链接“查找当地办事处”当面了解最新服务内容。

如果您在 前仍未进行面谈, 则您的 基本食品 现金援助申请将被驳回。

若不参与面谈, 则您的补助申请也将被拒绝。

以下是您需要为面谈所准备的东西:

- 申请人的社保编号
- 美国公民身份证明或拥有合法身份的外籍人士身份证明, 比如美国护照、出生证、移民文件。
- 身份证明, 比如身份证照片 ID
- 收入证明, 比如支票复印件、支票存根、为您提供生活费的人员给予的证明信或声明
- 可能拥有的经济担保, 比如车辆登记、银行对账单、股票、债券、人寿保险单
- 抚养子女或照料无自理能力成人的费用证明, 比如服务商提供的收据
- 住房成本证明, 比如房屋贷款、房产税款、房主保险、租金收据、租契副本、物业账单、房东证明信
- 其他证明, 比如未支付的医疗账单、健康保险费、移民或公民身份变更、预产期、领养或看护费用

您可以:

- 在 www.washingtonconnection.org 网站申请福利、提交审核或申报变更
- 请将您的信息传真给我们: 888-338-7410

在您发送给我们的所有副本上注明您的客户 ID。您的客户 ID 是 。

如需联系 WorkFirst 个案经理或社工, 请拨打电话 1-877-501-2233。

若要发送申请或审核、申报变更或咨询问题, 请拨打电话 877-501-2233。

如果您对本函有疑问, 请与我联系。

附件: DSHS 14-113 客户权利与责任

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（根据情况必要）确立父子关系。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，于 30 天之内就您的请求做出书面决定。
- 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。这样做不会影响您获得补助金的资格。
- 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。
- 我们必须告诉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物（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。
- 如果您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（现金补助）

- 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，DCS 可以扣留尚欠您的赡养费，金额最高可达您所领取的公共补助金之金额。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。
- 如果您停止领取 TANF 福利，若发生任何影响儿童赡养服务的情况（例如子女迁居或地址变更等），则您必须通知 DCS。
- 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。

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规和政策，禁止美国农业部及其机构、办事处和员工以及参与或美国农业部计划的机构在美国农业部开展或资助的任何计划或活动中以种族、肤色、原国籍、宗教、性别、性别认同（包括性别表达）、性倾向、身体残障、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、或任何公共援助计划的收入、政治信仰或针对民权活动前的打击或报复为由而存在歧视行为。（并非所有禁止情况将适用于所有计划。）补救措施和投诉提交期限因计划而异。

如果残障人士需要通过替代的通信手段获得计划信息（例如盲文、大字本、录音带、美国手语等），应与主管当局或美国农业部的目标中心联系，电话：(202) 720-2600（语音和 TTY），或者拨打 (800) 877-8339，通过联邦中继服务与美国农业部联系。此外，还可能提供英语之外的其他语言的计划信息。

如果您想要针对计划中存在的歧视行为提出投诉，请填写美国农业部计划歧视申请表 AD-3027（在线下载 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html），以及随时联系美国农业部办公室领取表格，或向美国农业部写信，并在信函中提供表格所需的所有信息。若要申请投诉表格的副本，请致电（866）632-9992。并通过以下方式向美国农业部提交填写完整的投诉表或信件：

1. 邮寄：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. 传真：(202) 690-7442; 或
3. 电子邮件：program.intake@usda.gov

美国农业部是机会均等的提供者、雇主和贷款人。

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。

申请人签名	日期	联合申请人签名	日期
-------	----	---------	----

DSHS 工作人员之当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码：

拒绝签署。