



補充營養援助計畫 (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) 申請／認證表



本申請表只可用於補充營養援助計畫申請或再認證

若您為失明或嚴重視力障礙人士，且需要此申請表的替代格式，則可向社會服務區索取。如需瞭解可索取的格式類型及替代格式申請表的更多資訊，請參閱本申請表的說明手冊 (LDSS-4826A)，或造訪 www.otda.ny.gov。

若您為失明或嚴重視力障礙人士，您願意收到替代格式的書面通知嗎？ ___ 是 ___ 否
 如果是，請勾選您需要的格式： ___ 大字印刷版 ___ 數據光盤 ___ 音訊光盤 ___ 布拉耶盲文，如您確信任何其他替代格式皆無法對您同樣有效。

如果您需要其他便利條件，請聯絡您的社會服務區。

如果您只申請或再認證補充營養援助計畫，則可使用此申請表。如果您希望申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或 Medicaid，請索取不同的申請表。

申請補充營養援助計畫

- 您可在收到的當天提交申請。您至少要提交含有您的姓名、地址（如果您有）和簽名我們才會接受申請。這些訊息會生成您的申請建檔日期。
- 您必須完成包括面談在內的申請流程，並在申請表/再認證表第 7 頁認證陳述處簽名，以決定您是否具備資格。如果您符合要求，福利將追溯到您提交申請的當天起提供。
- 即使您本人或您家中的其他成員因移民狀態不符合獲得福利的要求，您還是可以為符合要求的家庭成員申請並獲得補充營養援助計畫福利。例如，不符合要求的外籍父母可為其子女申請補充營養援助計畫，其子女可獲得福利。
- 即使已經達到臨時援助 (Temporary Assistance) 時限，您依然可以申請並獲得補充營養援助計畫資格。

再認證補充營養援助計畫

- 您必須在面談之前提交填寫完整，且已署名的再認證申請表。
- 如果您錯過了面試，則有責任聯絡社會服務區重新安排面談。

立刻需要補充營養援助計畫？您可能符合加急審理補充營養援助計畫申請的要求：

如果您的家庭幾乎沒有收入或流動資源，**或**您的租金和公用事業開銷超過您的收入和流動資源，**或**您在提交申請時是僅有少量或無收入資源的移民或季節性農場工，您可能符合資格在申請之日起 7 日內獲得補充營養援助計畫。一所機構的居民在離開該機構前同時申請補充安全收入 (Supplemental Security Income, SSI) 和補充營養援助計畫時，記錄在案的申請日期是申請人離開該機構的日期。

您在哪裡可申請補充營養援助計畫

如果您住在紐約市以外，您可以在 myBenefits.ny.gov 上在線申請，也可以致電或到訪您居住縣的社會服務區索要申請計畫，該申請計畫可郵寄或送至這間方便的辦公室。您可撥打免費電話 **1-800-342-3009** 獲得您所在縣的社會服務區地址和電話。

如果您住在紐約市且不會同時申請臨時援助，則您可以造訪 <https://www.nyc.gov/hra> 在線申請，也可以致電或到訪任何一間補充營養援助計畫辦公室獲取申請材料。您可撥打 **1-718-557-1399** 或免費電話 **1-800-342-3009** 獲得地址和電話。

對補充營養援助計畫的面談通常透過電話進行。如果您偏好在辦公室進行面談，則您必須向所在社會服務區申請。

非歧視通知 - 依照聯邦公民權利法和美國農業廳 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 公民權利法規和政策，禁止該部門因種族、膚色、原國籍、性別（包括性別認同和性取向）、宗教信仰、殘障、年齡、政治信仰而歧視，或因此前參與民權活動而進行打擊報復。

計畫資訊可以英語以外的其他語言提供。需要以其他溝通方式獲得計畫資訊（如布拉耶盲文、大字印刷、錄音帶、美國手語）的殘障人士應聯絡申請福利的（州或當地）部門。失聰、有聽力或語言障礙的人士可致電聯邦轉接服務 (Federal Relay Service)：(800) 877-8339 聯絡美國農業廳 (USDA)。

如需提交計畫歧視投訴，投訴人應填寫 USDA 計畫歧視投訴表格 AD-3027，可前往 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 線上獲取表格，也可致電 (833) 620-1071 或致函向任何一間 USDA 索取。該信函必須包含投訴人姓名、地址、電話號碼，並以書面形式具體描述投訴的歧視行為細節，向民權助理秘書 (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) 告知侵害民權行為的性質和日期。填寫完成後的 AD-3027 表格或信件必須寄送至：

- (1) 致函：Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314；或
- (2) 傳真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442；或
- (3) 電子郵件：FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

本機構是提供平等機會的提供方。

紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室
補充營養援助計畫申請/再認證

申請日期	面談日期	中心/辦事處	單位	勞工	個案類型	個案號碼	登記號碼	版本	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 再認證	語言
------	------	--------	----	----	------	------	------	----	--	----

法定姓名：_____ 電話號碼：_____ 您的其他聯絡電話：_____

住址：_____ 公寓號 _____ 城鎮 _____，NY 郵政編碼 _____

郵寄地址（如與住址不同）_____ 公寓號 _____ 城鎮 _____，NY 郵政編碼 _____

是否曾使用任何其他姓名：_____ 您屬於： 申請 或 再認證 希望用何種語言收到通知： 西班牙語和英語 或 僅英語

您提交的申請表至少要包含您的姓名、地址（如果您有）
 和簽名我們才會接受申請。 → 申請人代表簽名 _____ 簽署日期 _____

請填寫所有與您同住的人的名字，即便他們沒有與您一起申請。首先填寫您本人的訊息。

序號	名字	中間名首字母	姓氏	申請人的社會保險號 (Social Security Number, SSN) (如沒有，填寫「無」)	出生日期	婚姻狀況	性別 M—男性， F—女性 或 X	此人是否申請？		與您的關係：	您是否與此人一同購買和/或準備食物？		西班牙裔或拉丁裔		在各族裔下方填寫 Y (是) 或 N (否)*。(以下有編碼說明)					
								是	否		是	否	是	否	I	A	B	P	W	
1								✓		本人	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*種族/族裔代碼：I—美洲原住民或阿拉斯加原住民、 A—亞裔、 B—美國黑人或非裔美國人、 P—夏威夷原住民或太平洋島民、 W—白人
 此資訊為自願填寫。這不會影響此人的申請資格或獲得福利等級。要求提供這些資訊的原因是，確保福利計畫的發放不受種族、膚色或原國籍干擾。

您或任何同住人是否為美國公民？ 是 否 如回答否，填寫何人並非公民？ _____

您或任何同住人是否正在其他地方申請或領取補充營養援助計畫或臨時援助？ 是 否

您或任何同住人是否為退伍老兵？ 是 否 如回答是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否住在毒品或酒精中心、州頒發執照居住機構或州頒發執照監管/支持公寓？ 是 否

如果您需要再認證補充營養援助計畫，請於第 9 頁列舉自上次申請或再認證以來發生的變化（如搬遷、新生兒、有人搬走或搬進您的家庭）。

收入

請列出您本人的**所有**收入，以及所有同住人的收入。這包括但不僅限於，**薪酬、自雇收入減去自雇成本**（例如：兒童看護、打掃衛生、來自室友或寄宿生的收入）、**兒童撫養費、退休金、退伍軍人福利、殘障福利、社會安全金或 SSI、用於支付租金或食物的獎學及助學金、臨時援助、以及來自親友的收入。**

收入領取人姓名	收入來源	每月工作小時數	收入頻率？ (如，每週、每兩週、每月)	扣除前收到的總金額

您或任何同住家人是否因為參加工作或培訓，而支付兒童/照護人看護費用？ 是 否 如果是，此人是誰？_____

支付金額 \$_____。支付頻率 (如，每週、每月)_____。

您或任何同住人是否在過去的 30 天內換工作或辭職或減少任何形式的收入——包括減少工作小時數或收入？ 是 否

您或任何同住人是否有尚未收到的潛在收入？ 是 否 如果是，請於第 9 頁說明。

您或任何同住人是否正在參加罷工？ 是 否 如果是，此人是誰？_____。

您 18 歲生日當天，您或任何同住人是否被寄養？ 是 否

您或任何同住人是否為寄宿生、寄養兒童或寄養成人？ 是 否

如果是，請為寄宿者勾選「B」並為寄養者勾選「F」同時填寫他們的姓名 B F 姓名：_____

5

資產

資產不會影響大多數家庭申請補充營養援助計畫的資格。但是，會將某些資產情況用於判定您是否具備加快處理申請的資格。

您家中每位成員擁有的財產金額是？（例如，持有現金、家中儲蓄、支票與儲蓄帳戶、或其他地方、包括聯合帳戶）

\$_____ 持有人_____。

其他經濟資產？（例如，股票、債券、退休帳戶、儲蓄債券、共同基金，個人退休帳戶 (IRA)、信託基金、貨幣市場證券） 是 否

如果是，金額為 \$_____ 類型_____ 持有人_____。

您或任何同住人擁有幾輛汽車、卡車或其他機動車？

___ #1 年份___ 製造商_____ 型號_____ 車主_____

___ #2 年份___ 製造商_____ 型號_____ 車主_____

您或任何申請人是否擁有物業資產，包括您的住房？ 是 否 如果有，請列出物業_____ 業主_____

任何申請人是否為了符合補充營養援助計畫的資格而在過去三個月內出售、贈送或轉移現金或地產？ 是 否

6

教育／培訓及語言

請輸入家中所有年滿 16 歲之申請人的姓名，包括您本人。使用「X」及下方顯示的教育和培訓代碼，為所有人勾選「最高受教育程度」方格。每人僅勾選一個方格。如果您使用「X」為某及家庭成員勾選「0」欄目，（表示他們沒有高中畢業或不具有高中同等學歷證書），請在「已完成的最高學歷」欄輸入其最高上學年級（例如——如果某人正上 10 年級，於「已完成的最高學歷」欄輸入「9」）。如果在獲取高中畢業或高中同等學歷證書欄目沒有為家人勾選「0」，請將「已完成的最高學歷」欄目留作空白。

此外，請為補充營養援助計畫家庭中所有年滿 16 歲家人注明每人使用的主要語言。主要語言是一個人最經常使用的語言。

姓名（名字和姓氏）	最高受教育程度* （以下有編碼說明）							已完成的最高學歷 （年級） （參閱以下資訊）	該人士使用的主要語言為何？
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* 教育與培訓編碼：0——無高中或同等文憑、1——高中畢業文憑或同等文憑、2——大專文憑（2 年大學學位）、3——本科文憑（4 年大學文憑）、4——研究生文憑（碩士學位以上）、5——個人教育計畫結業（Individualized Education Plan, IEP）、8——未知

注意： 自願提供有關最高受教育程度、已完成的最高學年及主要使用語言的資訊。這不會影響此人的申請資格或獲得福利等級。索求資訊是為了遵循聯邦要求。

生活安排及開銷

勾選所有適用您家的情況：

擁有住房或正在購買住房 租房 移民/季節性農場工 未取得永久居留權 與親戚朋友同住

請列明開支：

每月房租或房貸付款 \$ _____ 每年房屋稅款 \$ _____ 每年房屋保險 \$ _____。

是否另行支付取暖費用？ 是 否 如果是，請列明取暖類型： 天然氣 電 油 木材 煤 丁烷氣 其他（請列明）_____

供暖公司名稱 _____ 供暖公司帳戶號碼 _____

是否支付空調費用，無論其包含在電費帳單中或是單獨支付？ 是 否

是否另外支付公共事業費（取暖／空調除外）？ 是 否（例如，照明、烹調用天然氣、垃圾/廢物費、水費、公用事業初裝費）。

是否有任何其他人替您支付任意上述費用（例如第 8 條補貼或其他補貼計畫）？

是 否 如果是，此人是誰，他支付了何種費用？_____。

您或任何同住人是否支付法定兒童撫養費？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

向您領取撫養費的兒童姓名 _____

支付金額 \$ _____ 支付頻率（如，每週、每兩周、每月） _____

您本人和/或任何同住人是否為失明/殘障、或年滿 60 之人士？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

如果是，此人是否有醫療帳單？ 是 否 如果是，請於第 9 頁列明帳單內容、數額及付款人。

生活安排及開銷 (續)

您本人和/或任何同住人是否有 Medicaid 計畫支出抵降保費？ 有 沒有 如果有，此人姓名 _____ 金額為 \$ _____

您或任何同住人（16 或 17 歲）是否正在學校就讀或接受培訓？ 是 否 如果是，此人姓名 _____ 學校/培訓計畫名稱 _____

您或任何年齡在 18 至 49 歲之間的同住人，是否正在學校就讀或接受培訓（高中以上）？ 是 否 如果是，此人姓名？ _____

學校/培訓計畫名稱 _____ 全日制(Full Time, FT) 是 否 收入 是 否 支出 是 否

家中是否有 16 歲及以上的成年人（包括申請人）：

懷孕？ 是 否 如果有，此人姓名 _____

是否有任何醫療狀況限制了他們的工作能力或他們可以從事的工作類型？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

8

回答以下問題：

您或任何同住人是否違反緩刑或假釋條件，或因犯罪而潛逃以逃避起訴、拘役或監禁，被執法機構積極追捕？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否違反法院緩刑或假釋條例？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否曾因欺詐或觸犯計畫蓄意規定被取消補充營養援助計畫資格？ 是 否 如果是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否在 1996 年 9 月 22 日之後曾因濫用補充營養援助計畫福利買賣槍支、彈藥、或炸藥被定罪？ 是 否
如果是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否在 1996 年 9 月 22 日之後曾因買賣補充營養援助計畫福利，且數額超過 \$500 而被定罪？ 是 否
如果是，此人姓名 _____

您或任何同住人是否曾在 1996 年 9 月 22 日之後在任何州因詐領多份補充營養援助計畫福利被定罪？ 是 否
如果是，此人姓名 _____

如果需要更多填寫空間或有您認為我們會需要的資訊，可以使用第 9 頁。

閱讀以下重要資訊

補充營養援助計畫處罰警告——您在申請中提供的與補充營養援助計畫有關的任何訊息都將受到聯邦、州和當地官員的驗證。如果任何訊息有誤，則您可能會被拒絕獲得補充營養援助計畫。如果您故意提供不實訊息，此訊息可影響資格或福利金額，則您可能會受到刑事起訴。違反緩刑或假釋條款，或逃避重罪起訴、拘留或監禁，且正在接受執法部門調查的任何人均不符合獲得補充營養援助計畫福利的條件。

如果獲得補充營養援助計畫的家庭成員犯蓄意違反程序罪 (Intentional Program Violation, IPV)，則該成員在以下時限內不能獲得補充營養援助計畫福利：

- 首次犯補充營養援助計畫蓄意違反程序罪後的 12 個月；
 - 第二次犯補充營養援助計畫蓄意違反程序罪後的 24 個月；
 - 首次犯補充營養援助計畫蓄意違反程序罪後的 24 個月，此決定基於法庭調查發現此人在與銷售管控制物質有關的交易中使用或獲得補充營養援助計畫福利。（非法藥物或需醫生處方的特定藥物。）
 - 如果發現您對身份或居住地做出虛假陳述以同時獲得補充營養援助計畫多種福利，則為 120 個月，第三次犯蓄意違反程序罪後被永久取消資格的情況除外。
- 此外，法庭可能會在禁止人員參加補充營養援助計畫上再加 18 個月。

9

閱讀以下重要資訊（續）

永久取消人員資格的情況有：

- 法庭調查發現在與銷售武器、彈藥或炸藥有關的交易中使用或獲得補充營養援助計畫福利的補充營養援助計畫蓄意違反程序罪初犯。
- 首次犯補充營養援助計畫蓄意違反程序罪，依據是法院判決交易補充營養援助計畫福利金額達 500 美元及以上（交易包括非法使用、轉移、獲得、改造或持有補充營養援助計畫授權卡或存取裝置）；
- 法庭調查發現人員在與銷售管制物質有關的交易中使用或獲得補充營養援助計畫福利的補充營養援助計畫蓄意違反程序罪第二次犯罪。（非法藥物或需醫生處方的特定藥物。）
- 所有第三次犯補充營養援助計畫蓄意違反程序罪的人員。

故意使用、轉移、獲得、改造或持有補充營養援助計畫授權卡或准入設備的任何人員可能面臨 25 萬美元或 20 年監禁處罰，或同時面臨兩種處罰。個人還可能依據使用的聯邦和州法律受到起訴。

如果出現以下情況，您可能不符合獲補充營養援助計畫的資格，或犯蓄意違反程序罪：

- 為符合獲得福利自核或獲得更多福利而遞交虛假或誤導性陳述，歪曲、隱瞞或拒絕提供事實；或
- 故意丟棄產品，並交回容器以獲得儲蓄金額，以此為目的而獲得現金使用補充營養援助計畫福利購買產品；或
- 從事或試圖從事違反聯邦或州法律行為，以使用、贈送、轉移、獲取、收到、持有或非法交易補充營養援助計畫福利，以及電子福利轉賬卡系統中的授權卡或可重複使用的文件為目的。

此外，禁止從事以下行為，您可能失去獲得補充營養援助計畫福利的資格，且/或會因以下行為受到處罰：

- 未經卡所有人同意而使用或持有不屬於您的電子福利轉賬卡；或
- 使用補充營養援助計畫福利購買非食品用品，如酒精或香煙，或提前用信用卡購買食品；或
- 允許他人使用您的電子福利轉賬卡以交換先進、火器、彈藥、炸藥或藥物，或為非補充營養援助計畫家庭成員的人員購買食品。

如果您獲得的補充營養援助計畫福利多於您應獲得的金額（多付金額），您必須退還。如果您的個案有效，則我們將從您未來獲得的補充營養援助計畫福利中扣除多付金額。如果您已結案，則您需透過您賬戶中補充營養援助計畫任何未使用的福利餘額退還多付金額，或您可使用現金退還。

如果您有一筆未退還的多付金額，則會移交至征收款，包括聯邦政府的自動征收款。您可領取的聯邦福利（如社會安全）和退稅可能會被作為多付金額被收回。債務還會被收取手續費。

從您的電子福利轉賬賬戶中刪除的任何補充營養援助計畫將用於減少當前的多付金額。如果您再次申請補充營養援助計畫，且未償還您拖欠的金額，則您的補充營養援助計畫福利會在再次獲得福利時減少。屆時您會被告知您將獲得的減少福利金額。

同意——我了解簽署此申請表代表著我同意接受紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance OTDA) 或當地服務區所做的任何有關驗證或確認我所提供訊息的調查，或他們對有關我申請補充營養援助計畫福利所做的任何其他調查。我將在收到要求時提供補充訊息。我還會配合州和聯邦人員開展補充營養援助計畫資質控制審查 (SNAP Quality Control Review)。

我了解簽署此申請/認證後，我將同意接受有關驗證或證實我所提供訊息的調查，以及其他由任何政府授權部門對我開展的有關《家庭能源協助項目 (Home Energy Assistance Program, HEAP)》的其他調查。我還同意允許此申請中提供的資訊用於推薦參加可用的房屋節能改造協助項目和我所使用公共事業公司的低收入項目。我瞭解本州將使用我的社會安全號向我的家庭能源商驗證參加家庭能源協助計畫情況。此授權還包括允許我的家庭能源商（包括我的公共事業）公開特定的統計訊息，其中包括但不僅限於我的電力年使用量、電費、能源消耗、燃料類型、燃料年開銷，以及以參加《低收入家庭能源協助項目 (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)》效能測量為目的而向臨時救濟及殘障補助辦公室、當地社會服務區和美國衛生廳和人力服務部 (Department of Health and Human Services) 提供的支付歷史。

同意公開失業保險 (Unemployment Insurance) 保密訊息——我授權紐約州勞工廳 (Department of Labor, DOL) 以調查失業保險為目的，向紐約州臨時與殘障援助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) 公開由勞工廳保管的所有失業保險 (Unemployment Insurance, UI) 保密訊息。此訊息包括失業保險福利索賠和工資記錄。我了解臨時救濟及殘障補助辦公室，聯合州與在當地社會服務區辦公室工作的當地部門員工會使用失業保險訊息確定或驗證此申請中申請的補充營養援助計畫金額資質，以及開展關於我是否獲得了我無資格獲得的福利。

閱讀以下重要資訊 (續)

紐約市住房管理局住戶資訊共用同意書——如果您是在紐約市申請補助，則本同意書將允許紐約市住房管理局 (New York City Housing Authority, NYCHA) 與紐約市人力資源管理局/社會服務區 (Human Resources Administration/Department of Social Services, HRA) 共用您的資訊，以幫助您和您的家庭申請補充營養援助計畫 (SNAP) 的補助和/或社會服務區的現金補助，其中可能包括支付拖欠的房租。

如果您在下方的申請表上簽字，則紐約市住房管理局可能會與社會服務區共用與您的補充營養援助計畫和/或現金補助資格或水平相關的資訊，包括您的姓名、地址、出生日期以及房租和水電費支付資訊（如月租金額、房租支付歷史記錄、房租餘額和家電費用）。此外，在本申請表下方簽名，即說明您表示有權代表本申請表中所列的未成年子女表示同意，並授權紐約市住房管理局與社會服務區共用該子女的姓名、位址和出生日期。

社會服務部將對紐約市住房管理局與之共用的任何資訊保密，也僅會與負責監督社會服務部的補充營養援助計畫和現金援助福利計畫的地方、州和聯邦機構共用此等資訊。

披露教育記錄的披露——本人允許紐約市社會服務區出於以下目的獲取有關本人和/或未成年子女教育記錄的任何資訊：1) 核實本人申請公共援助、補充營養援助計畫和/或醫療補助的資格；2) 對資格審查過程中提供的有衝突的資訊進行審查或調查以及 3) 僅出於審計目的向適當的聯邦政府機構提供此等資訊。

向服務提供方公開訊息——我允許社會服務區和紐約州以驗證我獲得州或當地承包商管理項目提供的服務和款項資質為目的，而分享關於補充營養援助計畫福利的訊息，此福利由我本人或我家中我可合法授權的任何成員獲得。此類服務包括，但不局限於幫助我本人或我的家庭成員為獲得和留住工作而提供的就業實習或培訓服務。

公用事業標準補貼 (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA) 訊息——我瞭解補充營養援助計畫獲得者符合家庭能源援助計畫的收入資格。如果我當月或先前的 12 個月中未獲得家庭能源協助項目超過 20 美元的福利或其他類似能源協助項目的福利，則我必須分別支付取暖、空調或公用事業開銷以獲得公用事業標準補貼。

變動——我同意在我的需求、收入、財產、居住安排，以及身體健康且無被撫養者 (able-bodied adult without dependents, ABAWD) 狀態變更時會根據上報要求立刻全部告知部門，其中包括我的工作時間降到每月 80 小時以下、懷孕狀態或地址。

上報/驗證家庭開銷要求——我了解我的家庭必須上報子女撫養費和公用事業開銷，從而獲得這些開銷的補充營養援助計畫減免。同時我還瞭解我的家庭必須上報和驗證租金/按揭貸款付款、物產稅、保險、醫療開銷和向非家庭成員支付的子女撫養費，從而因這些開銷而獲得補充營養援助計畫減免。我理解無法上報/驗證以上開銷會被視作我的家庭提供的陳述，即我本人/我們不想因這些未上報/未驗證的開銷而獲得減免。對於這些開銷的減免可能會讓我符合補充營養援助計畫的資質或可能增加我的補充營養援助計畫福利。我瞭解我未來任何時候都可能要上報/驗證這些開銷。依照變更上報和審理變更規定，這一減免會在未來數月計算入補充營養援助計畫。

為申請補充營養援助計畫，我理解社會服務區將透過收入和資質驗證系要求和使用訊息以調查我的申請，並可能會在發現差異時透過旁系聯繫來驗證此訊息。我還了瞭解此類訊息可能會影響我獲得補充營養援助計畫的資質和/或獲得補充營養援助計畫福利的等級。

隱私法聲明——收集和使用的社會安全號 (Social Security Number, SSN)——依據 2008 年《食品與營養法 (Food and Nutrition Act)》，授權收集每位家庭成員的社會安全號，用於補充營養援助計畫。我們收集的資訊將用於決定您的家庭是否具有資質或是否繼續具有獲得協助或福利的資質。我們將透過計算機匹配項目來驗證這一訊息。此訊息還將用於監測項目法規合規情況和項目的管理狀況。此訊息可能會向州和聯邦其他部門公開，用於正式審查和執法官員作逮捕逃避法律人員之用。此訊息將用於檢查身份，驗證勞動和非勞動收入。

如果補充營養援助計畫對您的家庭提出索賠，則本申請中包括所有社會安全號在內的訊息可能會轉交至聯邦和州部門，以及索賠收集私營部門以作索賠收集之用。申請補充營養援助計畫的任何人都須提供社會安全號。不符合要求人員的社會安全號也會因以上行為而被使用和公開。如果申請/再認證的您本人或任何人沒有社會安全號，則必須從社會安全局 (SSA.gov) 申請社會安全號。

除以這種方式使用您為我們提供的訊息外，本州還會使用此訊息為所有獲得《家庭能源協助項目》福利的人員準備統計數據。本州將使用此訊息進行質量管理，以確保當地地區各司其職。其用於驗證您的能源提供商，並向此提供商支付特定金額。

閱讀以下重要資訊 (續)

公民/移民身份——我發誓並/和肯定我提供的關於我本人和所有同住人的公民和移民身份訊息是真實準確的。我了解我提供的用於驗證申請補充營養援助計畫人員移民身份訊息可能會由美國公民與移民服務部 (United States Citizenship and Immigration Services) 查驗真實性。

對補充營養援助計畫而言，僅在存疑時才必須記錄公民身份。

授權代表——您可授權了解您家中情況的人為您申請補充營養援助計畫。您還可授權家庭以外的人持授權代表電子福利轉賬卡 (Electronic Benefit Transfer, EBT) 為您購買食物。如果您想要為某人授權，您必須以書面形式授權。您可以在下面用印刷字體寫下此人的姓名、地址和電話號碼來授權。當授權代表為不在機構居住的補充營養援助計畫家庭申請時，授權代表及補充營養援助計畫家庭主要戶主雙方均須於本頁末的簽名欄簽署並注明日期，除非授權代表已經透過其他方式獲得家庭書面授權。

如果您想要為某人授權，請在下面用印刷字體寫下此人姓名、地址和電話號碼，並簽名。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

如果您想要授權代表持電子福利轉賬卡為您購買食物，請勾選此框。

確認：本人已閱讀並理解以上同意書內容。本人理解且同意上述條款、授權和同意內容。本人宣誓和/或確認，本人已經或將要向社會服務區提供的資訊是完整正確的內容，否則願受刑法處分。為完成申請流程，要求您在下方簽名。

申請人簽名 (或家庭主要負責成人) X	簽署日期 11
授權代表簽名 X	簽署日期

如果您協助他人完成本申請／認證，請於此填寫您的姓名和地址。也可自願提供您的電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

此欄用於填寫其他資訊：

姓名：_____ 說明：

姓名：_____ 說明：

姓名：_____ 說明：

12

本人同意撤回我的申請/再認證。本人明白本人可以隨時重新申請。

簽字

13

日期

此欄僅限代理機構填寫

資格審定人 _____ 日期 _____

資格獲得人的簽名資訊： _____ 日期 _____

原因 ____/____/____ 撤回 拒絕 再認證關閉

資格審定人 _____ 日期 _____

補充營養援助計畫授權時間：從 _____ 至 _____

本人面談 電話面談

說明：



紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 是** 如果您勾選是，請填寫以下選民登記申請表
- 否**，因為本人決定不登記，或
- 本人已在目前居住地登記或
- 本人已索取並收到郵寄登記表

如果您不勾選任何一項，則被視為已決定這次不登記投票。

簽名 _____ 日期 _____ / _____ / _____

請以正楷填寫姓名

重要資訊！

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。
 如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি সংগ্রহ করতে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ নম্বরে ফোন করুন

選民登記申請表 (說明請參閱背面)

我需要申請一份郵寄選票。

我希望擔任選舉日當天的工作人員。

1	您是否為美國公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，請勿填寫本表	2	A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會被記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。	For Board Use Only
3	姓氏 _____ 名字 _____	中間名首字母縮寫 _____ 後置稱謂 _____		
4	現居地址 (請勿填寫郵政信箱) _____	市/鎮/村 _____	郵遞區號 _____	郡 _____
5	收件地址 (若與上列不同) _____ 郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等 _____			
6	出生日期 _____	性別 (選擇) _____	電話 (選擇) _____	電子郵件 (選擇) _____
10	上次投票的年份 _____	當時的地址為 (請提供門牌號碼、街道及城市名) _____		
11	政黨 _____	身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼) <input type="checkbox"/> 紐約州 DMV 號碼 _____ <input type="checkbox"/> 社會安全號碼的最後四位數字 _____ <input type="checkbox"/> 本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼 _____		
12	宣誓書：本人發誓或證明 <ul style="list-style-type: none"> • 本人是美國公民。 • 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。 • 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。 • 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。 • 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。 			
簽名或畫押 _____		日期 _____		日期 _____ / _____ / _____

(選擇) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓氏 _____	中間名首字母縮寫 _____	後置稱謂 _____
地址 _____	市/鎮/村 _____	郵遞區號 _____
出生日期 _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
眼睛顏色 _____	身高 _____ 吋	
電子郵件 _____	DMV 或 ID NYC 號碼 _____	

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲 (含)
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。



簽名 _____

日期 _____ / _____ / _____

登記資格

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
 - 變更姓名和/或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；
 - 加入政黨或變更登記；
 - 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。
- 您必須符合以下條件才能登記：
- 是美國公民；
 - 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
 - 在選舉當日之前居住在該郡或紐約市至少 30 天以上；
 - 未因重罪入獄；
 - 未在其他地方主張投票權；且
 - 未被法院認定無行為能力。

重要資訊！

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
電話：1-800-469-6872；
TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；
或造訪網站 - www.elections.ny.gov

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

查證身分

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在有效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

填表說明：

虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

第 9 欄：您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號 (?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。