



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

宾夕法尼亚州福利申请

This is an application for cash, health care and SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia monetaria. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La ayuda bilingüe será gratuita.

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员，请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

如果您患有残障，需要此申请书的大字版本或其他格式，请致电我们的帮助热线 **1-800-692-7462**。

聋人、患有听力障碍或语言障碍并希望联络帮助热线的个人可以通过拨打 **711** 呼叫宾夕法尼亚州中继服务。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在网上申请：www.compass.state.pa.us。



家庭安全：关于您的福利和家庭暴力的信息

当您的家庭成员伤害到您时，则家庭暴力发生。虐待可以是身体虐待、性虐待或精神虐待。这包括：

- 对您或您的孩子进行身体伤害
- 威胁或试图要伤害您、您的孩子或您的财产
- 强迫您进行性行为
- 对您的孩子进行性虐待
- 对您去的地方和您见的人进行限制
- 不允许您或您的孩子吃东西、穿衣服或接受医疗护理
- 阻止您去上班或上学
- 跟随或跟踪您

如果您是或曾经是家庭暴力的受害者或面临进一步暴力的风险，您的个案工作者可以同意您无需满足现金援助的要求，如果家庭暴力妨碍您满足该要求。有时，人们无法安全地遵循福利要求，因为他们担心如果他们这样做，他们或他们的孩子会遭到虐待。这些包括：

- 支持合作
- 时间限制
- 工作 (RESET)
- 青少年父母住在家里的要求
- 视具体情况而定的其他要求
- 核实

如果您因家庭暴力而需要免于遵守福利要求，请告诉您的个案工作者。

如果您或您的孩子是或曾经是家庭暴力的受害者，或面临进一步暴力的风险，您的个案工作者可以：

- **跟您谈话**，如果您想谈话。您可以要求私下交谈。您的个案工作者和工作人员将会对您的个人信息保密。但是，法律规定，公众服务部 (Department of Human Services) 必须向儿童和青年服务机构 (Children and Youth Agency) 报告虐待儿童的情况。
- **帮助您找到当地计划**，您可通过该计划获得**咨询、安全规划、住所、法律服务**和其他帮助。
- **帮助您了解申请现金援助的规则**，以及申请会对您产生什么影响。由于存在家庭暴力，则可能会免除某些 TANF 要求。

有关危机干预、咨询、警察陪同、医疗和法院设施、临时紧急避难所以及预防和教育计划的更多信息，请致电：

宾夕法尼亚州反家庭暴力联盟 (The Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence)
1-800-932-4632 (宾夕法尼亚州) 303-839-1852 (全国)

JobGateway - 重要信息

JobGateway 是宾夕法尼亚州劳动和工业部 (Pennsylvania Department of Labor and Industry) 帮助求职者找到工作的一项计划。劳动和工业部工作人员了解当前的劳动力市场状况，并可以为您提供信息和资源，帮助您寻找工作。

所有客户都可以使用 JobGateway。请注意，如果您正在申请贫困家庭临时救助 (TANF) 现金福利，并且您已年满 18 周岁，则在我们对您的申请作出决定期间，您必须每周至少申请三份工作。

如果您已经每周工作 20 小时，患有肢体或精神残障，您有一个未满一岁和一个未满六岁的孩子且未获得儿童保育，您需要在家里照顾一个残障人士，您是家庭暴力的受害者，您缺乏交通工具，您无家可归或您有另一个很好的理由，我们则可以为您免除这项要求。您将需要竭尽所能地证明这些理由的存在。携带您持有的所有证明来参加现金面谈。

更多关于如何证明申请人求职是否符合规定或如何证明您应该被免除要求的详细信息将被包含在个案工作者提供给您或邮寄给您的信息包中。强烈建议您使用 JobGateway 注册以开始申请。您可以通过 www.jobgateway.pa.gov/ 注册 JobGateway。





宾夕法尼亚州接收来自其他州和联邦机构的信息，以验证您提供给我们信息。如果您错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响您获得福利资格的事实，您则需要偿还您的福利，以及您可能被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在网上申请：www.compass.state.pa.us。

申请很容易！

1. 填写这个表格。
2. 在第 1 页和第 15 页上签名并注明日期。
3. 将您的表格携带、传真或邮寄到您的县援助办公室 (CAO)。

您对其他任何服务感兴趣吗？

如果您对以下任何其他服务的信息感兴趣，请在方框中打钩：

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 社会安全生活补助金 (SSI) | <input type="checkbox"/> 健儿门诊 (Well Baby Clinic) | <input type="checkbox"/> 儿童保育 |
| <input type="checkbox"/> 智能障碍服务 | <input type="checkbox"/> 免疫 (注射) | <input type="checkbox"/> 提前教育 (适用于 3 至 6 岁的儿童) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (能源补助) | <input type="checkbox"/> 退伍军人的服务 | <input type="checkbox"/> 儿童支持服务 |
| <input type="checkbox"/> 食物银行 | <input type="checkbox"/> 就业和培训 | <input type="checkbox"/> 计划生育/避孕 |
| <input type="checkbox"/> 学校供餐 (免费或降低费用) | <input type="checkbox"/> 职业康复 | <input type="checkbox"/> 生命线 (降低成本的电话服务) |
| <input type="checkbox"/> 长期护理 (养老院护理) | <input type="checkbox"/> 住房援助 | <input type="checkbox"/> WIC (妇女、婴儿和儿童) |
| <input type="checkbox"/> 基于家庭和社区的服务 (豁免服务) | | |
| <input type="checkbox"/> 就业和培训 (如工具) 特别津贴 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

有问题吗？

请致电您的县援助办公室或我们的客户服务中心，电话：
1-877-395-8930。如果在费城，请致电 1-215-560-7226。

让我们来帮助您。请于星期一至星期五上午 8 点半至下午 5 点拨打
TTY/TDD (听力语言残障服务专线) 711。

仅供医疗提供者使用 Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

仅供 CAO 使用 CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



快速获得 SNAP !

立即获得 SNAP 福利 !

(SNAP 以前称为食品券计划。)

- 您家庭的现金和银行帐户只有 \$100 或更少的金额可用且预计本月的收入低于 \$150 吗 ?
- 您是移民还是季节性农场工人 ?
- 您的每月总收入、现金和银行帐户是否低于本月的租金/抵押贷款和公用设施费用 ?

如果任何这些问题的答案是肯定的，您可能有权获得快速的 SNAP 福利。

这意味着您可以在申请之日起的五个日历日内获得 SNAP 福利。
通过联系当地县援助办公室了解更多信息。

立即提交您的 SNAP 福利申请 !

您有权在今天下午 5 点之前随时提交申请。县援助办公室的工作人员应在您在一旁观看的情况下在您的申请书上加盖日期戳。

如果您的快速的 SNAP 福利申请被拒绝，您有权在两个工作日内与主管在县援助办公室召开服务机构会议。如果您认为您的权利或服务被拒绝，或如果县援助办公室在您提交申请时不接受您的申请，且未于您在一旁观看的情况下在您的申请书上加盖日期戳，请告知主管或拨打免费热线电话 1 -800-692-7462

您可以在当地法律服务办公室获得免费法律援助。



开始申请

您打算申请什么福利？

现金援助 医疗保险 SNAP (补充营养援助计划)

您希望使用哪种语言
¿Qué idioma prefiere usted?
 英语 西班牙语 其他(请说明) _____
 Inglés Español Otro (especifique) _____

无纸化！您要在线接收您的通知吗？
前往 www.compass.state.pa.us 并注册您的 My COMPASS Account.

- 我们可以在您填写您的姓名和地址，然后签名并发回此申请书后立即启动申请。
 - 我们鼓励您回答尽可能多的问题，除非有指示说明，您可以选择不回答。我们拥有的信息越完整，我们就可以越快处理您的申请。
 - 如果您符合资格，SNAP 福利将从我们收到您的申请之日开始计算。无论您是否符合资格，我们都会在 30 日内告知您。
- ▶ **重要：**所有申请人必须提供或申请一个社会保险号码 (SSN) 并回答公民问题。提供 SSN 对于不申请福利的人是非强制性的，但是提供 SSN 可以加速申请过程。我们使用 SSN 核对收入和其他信息，以了解有资格获得医疗保险费用帮助的人士。如果想获得与获得 SSN 有关的帮助，请致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。
- 注意：**如果您是一名仅申请紧急医疗服务的非公民，您不需要提供有关您移民身份的信息或申请或提供 SSN。

将您（即申请人）的情况告诉我们：我们需要联系一名成人/家长/看护人。

姓名（包括姓氏、中间名首字母、名字，后缀 - 小 (Jr.) / 老 (Sr.) / 等）：

家庭住址（包括街道、门牌号、城市、州及邮编+4）：

学区：	乡镇或市：	您在这个地址住了多长时间？	
电话号码： ()	电话类型： <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 手机	第二个电话号码： ()	电话类型： <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 手机
<input type="checkbox"/> 如果您没有家庭住址，请勾选这里。 您仍然需要提供邮寄地址。	邮寄地址（如与家庭住址不同）：		

快速获得 SNAP：您可以在 5 天内获得 SNAP！回答这些问题，然后签署本申请书，并在今天下午 5 点之前将它提交给您的县援助办公室！您的县援助办公室将安排与您面谈。

您和任何申请人的每月总收入（税前）： \$	您或由您代为申请的人现在是否获得 SNAP？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否需要支付除电话以外的公用事业费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，哪些公用事业费用？
总资源（资源为现金、支票和储蓄账户中的金钱）： \$	您需要支付电话服务费用吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您或由您代为申请的人是季节性或移民农场工人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您和任何申请人的每月总租金或抵押贷款： \$	您需要支付暖气费或运行空调的费用吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您或由您代为申请的人住在受虐妇女和儿童庇护所吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

在这里签名：

X _____	_____	_____
您的签名或您的代表的签名		日期



将您家庭成员的情况告诉我们：

我们需要收集关于住在您地址的每个人的信息，即使他们没有申请福利。**对于医疗保健申请人，请确保将所有人都列载于您的联邦所得税申报表上，即使他们不与您同住。**

注意：您不需要提交纳税申报表来获得福利。

第 1 申请人（从您自己开始申请）

CAO Use Only Line #:

姓名（包括姓氏、中间名首字母、名字，后缀 - 小 (Jr.) / 老 (Sr.) / 等）：		您是为您自己申请吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码：	
出生日期（月/日/年）：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码（如有）：	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
您在上学吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，上几年级？	学校名称：		是否为全日制学生？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您怀孕了吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，预产期是什么时候？		预计有几个孩子？		

如果您正为您自己申请，请回答以下问题。

如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶	如果没有资格获得全面医疗保险，您是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核？
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶	如果您未满 21 岁，我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑您的收入情况。如果您希望接受全面的医疗保险审核，那么我们将需要评估您的家庭收入情况（包括您父母的收入）。您是否仅希望接受计划生育服务计划的审查，而不是全面医疗保险？
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶	无论年龄，您是否害怕您的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致您遭到您配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民还是国民 是 否

如果您不是美国公民或国民，请回答以下问题：	您是否拥有有效的移民身份？ <input type="checkbox"/> 是	如果是，请填写文件类型和身份证号码：	文件类型：	文件编号：
	您有担保人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您自 1996 年以来就住在美国吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

种族（选填） （勾选所有适用项）	<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民
	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录 A）	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____
种族划分（选填）	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔		



第 2 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:	是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?	预计有几个孩子?			
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?			
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?			
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?			
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 3 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:	是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?	预计有几个孩子?			
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?			
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?			
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?			
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



第 4 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计有几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 5 申请人				CAO Use Only Line #:	
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计有几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



第 6 申请人			CAO Use Only Line #:		
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计有几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			

第 7 申请人			CAO Use Only Line #:		
姓名 (包括姓氏、中间名首字母、名字, 后缀 - 小 (Jr.)/老 (Sr.)/等) :		您是否代表此人申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会保险号码:	
出生日期 (月/日/年) :	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	驾驶执照或州身份证号码 (如果此人持有):	婚姻状况 ▶ <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶
此人与您是什么关系? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 没有关系 <input type="checkbox"/> 其他 _____			此人和您同住在一起吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
此人在上学吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 上几年级?	学校名称:		是否为全日制学生? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
此人怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预产期是什么时候?		预计有几个孩子?		
如果您正代表此人申请, 请回答以下问题。					
如果您仅申请 SNAP, 则不需要回答这些问题。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果没有资格获得全面医疗保险, 此人是否希望仅接受计划生育服务计划保险的审核?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 如果此人未满 21 岁, 我们对计划生育服务计划作出决定时将只考虑他/她的收入情况。如果他/她希望接受全面的医疗保险审核, 那么我们将需要评估他/她的家庭收入情况 (包括其父母的收入)。此人是否仅希望接受计划生育服务计划的审查, 而不是全面医疗保险?				
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 无论年龄, 此人是否害怕他/她的住址可能收到的关于计划生育服务的信息会导致他/她遭到其配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害?				
此人是美国公民还是国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果此人不是美国公民或国民, 请回答以下问题:	此人是否拥有有效的移民身份? <input type="checkbox"/> 是		如果是, 请填写文件类型和身份证号码:	文件类型:	文件编号:
	此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			此人自 1996 年以来就住在美国吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族 (选填) (勾选所有适用项)		<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	
		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 (见附录 A)	<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
种族划分 (选填)		<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉美裔			



关于您家庭成员的其他问题：

请回答关于您或您家中正在申请福利之人的问题。

当前是否有人在另一个州获得现金援助、医疗保健或 SNAP？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，在哪个州和县？	
您或您家中的任何人是否在另一个州被取消或同意取消食品券或 SNAP 福利的资格？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，请告诉我们是谁：	
有没有人曾使用不同的名字或社会保险号码申请任何福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，请告诉我们姓名和社会保险号码：	
是否有人是美国军队的现役军人或退役军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人是美国军队的现役军人或退役军人的遗孀、配偶或子女（18 岁以下）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有任何年满 18 岁的寄养人员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	州：
是否有人患有残障、重病或需要医疗护理？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么是残障？
是否有任何人的身体状况需要健康维持药物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	
是否有人居住在医疗或长期护理设施中，或患有导致活动（如洗澡、穿衣、日常家务等）受限的身体、精神或情绪健康状况？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否有人在本月或过去三个月已支付或未支付的医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人是家庭暴力的受害者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有人正在接受吸毒与酗酒治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	

不在场的亲属：本部分适用于现金申请人。

如果任何人代表父母未住在您家中的孩子申请，或如果任何申请人的配偶没有住在您家中，请回答这些问题，以便我们可以尽力获得支持。

如果提供此信息或寻求赡养会使您或家人面临家庭暴力风险，或使其更难摆脱家庭暴力，或您的孩子是因强奸或乱伦而出生，或如果您正在考虑收养孩子，则您不需要填写此部分。

由于家庭暴力、强奸或乱伦，或者因为您正在考虑将孩子给人收养，因此，提供此信息或寻求赡养将会给您带来困扰，则勾选这个方框：

亲属不在场之人的姓名：	不在场亲属的姓名：	不在场亲属是：
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 配偶

- ▶ 如果您正在申请现金援助，您必须正确说出任何未成年孩子父母的姓名，并帮助家庭关系科 (DRS) 募集赡养费，提供他们需要的信息，除非您有正当理由。如果您没有提供所需的信息来帮助 DRS，且没有不提供帮助的正当理由，您经批准的任何现金援助金额将会至少降低百分之 25。

如果现金援助获得批准，您必须授权该部门和 DRS 为您和您代为申请的其他人募集现金。法律规定，如果您接受现金援助，赡养权将归属于州。

如果为获得现金援助的儿童支付赡养费，除现金援助补助金外，家庭还可以获得一些赡养费。



税务信息： 如果您正在申请医疗保健，请填写此部分。如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

与您同住的您的配偶/伴侣和孩子和/或您的同一联邦所得税申报表（如您提交了一份）上的任何其他填写此信息。

申请书上所列人员是否都计划在明年提交联邦所得税申报表？ 是 否
如果是， 列出纳税申报人并列出纳税申报人的配偶（如提交联合申报表）。

纳税申报人姓名：	如果联合提交，配偶姓名：

申请书上所列的任何人士是否在他们的纳税申报表上申报受抚养人？ 是 否
如果是， 列出纳税申报人和受抚养人。
 每一位纳税申报人仅可申报一名受抚养人。对于联合申报人，您只需列出签署纳税申报表的纳税申报人的受抚养人。

纳税申报人姓名：	受抚养人：

申请书上所列的任何人士是否作为受抚养人列于其他人的纳税申报表中？ 是 否
如果是， 列出受抚养人和列出为该受抚养人申报的纳税申报人。
如果受抚养人已在上面列出，则不需要填写此表中的信息。

受抚养人姓名：	纳税申报人姓名：	与纳税申报人的关系：

减税： 如果您正在申请医疗保健，请填写此部分。如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

如果任何人支付某些可在联邦所得税申报表上扣减的费用，将这些费用告诉我们可能会使医疗保险费用降低一点。
注意： 如果是个体经营者，不要列入您在附表 C 的纳税申报表上列为支出的成本（例如：汽车和卡车费用，折旧费，员工工资和附加福利等）。

是否有人有以下支出： (√) (打钩)	是	这是谁的支出？	费用多久时间支付一次？ (一次性、每月一次、每季度一次、每年两次、每年一次)	金额是多少？
学生贷款利息扣减额：				
个体经营者健康保险扣减额：				
自雇税可扣减部分：				
健康储蓄账户扣减额：				
其他（请说明）：				



资源： 如果您仅申请 SNAP 福利，或如果您正在申请医疗保健且您符合以下任一例外情况：怀孕；未满 21 岁的子女；有一个 21 岁以下的受抚养子女与您同住；您未患有残障且未满 65 岁，则您不需要回答这些问题。

请告诉我们关于如下资源的信息：

- 现金
- 个人帐户或储蓄帐户
- 支票帐户
- 存款证明
- IRA/401k/ 利润分享
- 美国储蓄债券
- 圣诞或假期俱乐部
- 股票和债券
- 信托基金
- 船、雪地车、露营车
- 摩托车、全地形车 (ATV)
- 汽车 (小汽车、厢式货车、卡车)

分别列出每个资源：

资源所有人的姓名：	资源种类：	金额是多少？	这个资源的位置在哪里/帐号是什么？

关于资源的其他问题： 如果您仅申请 SNAP 福利，或如果您正在申请医疗保健且您符合以下任一例外情况：怀孕；未满 21 岁的子女；有一个 21 岁以下的受抚养子女与您同住；您未患有残障且未满 65 岁，则您不需要回答这些问题。

您家中是否有人期望获得金钱，包括就业、事故和解金、遗产或信托基金？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么类型？	期望于何时获得？	期望获得的金额是多少？
是否有人在过去的五年里出售、赠送或转让住房、土地、个人财产或任何其他资源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	什么类型？	什么时候？	其价值是多少？
是否有人拥有他们不住的任何住房或房地产？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？		您家人拥有几辆汽车？	▶
是否有人与银行或殡仪馆签订了安葬协议？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？		您家人拥有几块墓地？	▶
是否有人持有人寿保险保单？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？			



收入：

请告诉我们您在本申请书中所列任何儿童或成人的收入。

我们需要知道如下任何收入：

- 工资（雇主名单）
- 自雇所得
- 婴儿看护所得
- 工伤赔偿金
- 佣金
- 联盟薪酬 (Union pay)
- 养老金
- 您的租金所得
- 您的食宿所得
- 您的贷款所得
- 监护人费
- 社会保险
- 退役福利金
- 赡养费
- 病假补助津贴
- 失业津贴
- 培训费用
- 股利
- 社会安全生活补助金 (SSI)
- 博彩所得

您的家人是否有任何收入？ 是 否

如果是，请列出您今年已经收到或预期收到的收入。

分别列出每个来源的收入：

收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：
收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：
收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：
收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：
收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：
收入人姓名：	收入类型/来源：	金额是多少？	多长时间获得一次收入？	最近付款的日期：

关于收入的其他问题：

是否有人在过去 90 天里工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	是否有任何人的工作时间在过去 60 天里减少了？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人在过去 30 天里停止了一份或多份工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	是否有人在罢工？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人在此之前领取社会保障？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？	是否有人在此之前领取社会安全生活补助金？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人申请过这些福利？ (勾选所有适用项)	<input type="checkbox"/> 工伤赔偿	是谁？	
	<input type="checkbox"/> 社会保险	是谁？	
	<input type="checkbox"/> 失业补偿金	是谁？	
	<input type="checkbox"/> 退役福利金	是谁？	
	<input type="checkbox"/> 社会安全生活补助金 (SSI)	是谁？	
是否有人支付儿童保育或照顾残疾成人的费用，以便他或她可以去上班、上学或接受培训？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，每月金额是多少？ 每月金额：\$	接受照护的是谁？	
获得上述收入是否需要任何成本（如交通费、诉讼费、银行或监护人费用等）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			



健康保险： 如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

由您代为申请的人是否有健康保险？ 是 否
 由您代为申请的人是否在过去 90 天内获得健康保险？ 是 否

如果您有（或在过去 90 天内有过）多种类型的医疗保险，请在方框内填写每份保单。
注意： 如果您有多份保单，则需要复印本页面并将它们附在后面。

医疗保险的类型 雇主保险 Medicare TRICARE*
 Peace Corps 个人计划 其他 _____

参保人名单：

保单持有人姓名：	名字：	姓氏：
保险公司名称：	名字：	姓氏：
保单号码：	名字：	姓氏：
团体名称/编号：	名字：	姓氏：

承保范围是什么？ 医院护理 处方 眼睛护理 医生出诊 牙科 这是（或曾是）一个受限制福利计划（如学校意外险保单）吗？
 是 否

这项保险是从什么时候开始？ **这项保险是到（将于）什么时候结束？**
 （如果您仍然没有保险，请留空。）

这项健康保险是否由于（或将由于）保单持有人失去工作（下岗、解雇、辞职）或工作变更而结束？ 是 否 **如果是，谁失去了保险？**

是否有任何儿童由于（或将由于）雇主停止提供保险而失去健康保险？ 是 否

*如果您有直接医疗或 Line of Duty，请不要勾选。

来自您雇主的健康保险： 如果您仅申请 SNAP，则不需要回答这些问题。

由您代为申请的人是否从工作中获得健康保险？ 是 否
 回答是，即使保险来自于其他人（例如父母或配偶）的工作。

如果是，请填写此部分和附录 B 中尽可能多的信息：来自工作的健康保险。

这是一项州员工福利计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这是 COBRA 保险吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	这是一项退休人员健康计划吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您从您的工作中获得健康保险，您是否需要（将需要）支付保险费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您需要（或将需要）为您的孩子支付保险费吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
通过您雇主的团体健康计划，家庭保险的费用是多少？ <input type="checkbox"/>	通过您雇主的健康计划，您孩子的保险费用是多少？ <input type="checkbox"/>	



支出：本部分适用于 SNAP 申请人。

请告诉我们您的支出情况，以便您可以获得尽可能多的福利。如果需要，您必须提供您的支出证明。

▶ 您可以在任何时候向我们报告家庭开支，我们可能会要求您向我们提供支出证明。

您家中是否有人向不与您同住的人员支付孩子赡养费？ 如果是，是法院命令的赡养费吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您家中有人获得住房补助吗？ 如果是，什么类型？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的租金中是否包含餐费？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否获得公用事业津贴？ 如果是，您是否获得公用事业津贴？ 是否有您家人之外的人向您支付任何费用？ 如果是，什么费用？ _____ 金额是多少？ _____ 多长时间获得一次收入？ _____ 收款人是谁？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您需要支付暖气费用吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您需要支付中央空调费或房间空调的运行费用吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

勾选您或您家人每月支付的任何费用。请勾选，即使您只支付了账单的一部分费用。

电话 水 垃圾 公用事业设备安装 电
 石油、煤、木材、煤油 下水道 煤气 丙烷 其他 _____

如果您需要支付这些费用，您每月支付多少钱？

租金：\$ _____ 公寓管理费：\$ _____
按揭：\$ _____ 物业税：\$ _____ 房主保险：\$ _____

医疗费：本部分适用于 SNAP 申请人。

如果您有家人年满 60 岁或患有残障，您可以获得更多 SNAP 福利，且您可以提供医疗费用证明。

勾选您或您家人支付的任何医疗费用。

<input type="checkbox"/> 牙医账单	<input type="checkbox"/> 获得医疗约诊、医学治疗或处方费用。这些费用可以是出租车和公共交通费用。
<input type="checkbox"/> 医生账单	<input type="checkbox"/> 健康护理（在您家里帮助医学治疗的人士）。
<input type="checkbox"/> 医院账单	<input type="checkbox"/> 与健康相关的用品（如眼镜、助听器、成人纸尿裤）
<input type="checkbox"/> 健康保险或 Medicare 保险费	<input type="checkbox"/> 处方药
<input type="checkbox"/> 医疗器械	
<input type="checkbox"/> 其他	

▶ 未能报告或核实上述任何费用将被视为您的家庭作出声明，即您不希望收到未报告费用的扣除额。



犯罪记录查询：如果您仅申请医疗保健，则不需要回答这些问题。

请您自己和您代为申请的任何其他人回答以下问题：

是否有人收到传票或逮捕证以作为被告在刑事法院诉讼中出庭？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人因重罪或轻罪而需要支付罚款、败诉诉讼费或赔偿金？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人有罚款和败诉讼费的付款计划？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人在服缓刑或处于假释期间？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人被宣判犯有福利欺诈罪？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？
是否有人逃避法律执行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有，是谁？

选民登记（可选）

如果您现在还没有登记您居住地的投票，您是否愿意在这里立即申请登记投票？ 是 否
如果您不勾选任何选框，您将被视为已决定不在此时注册投票。

欲注册，您必须：1) 在下一届选举的当天至少年满 18 岁；2) 在下一届选举前已成为美国公民至少一个月；3) 在下一届选举前已在宾夕法尼亚州和选区居住了至少 30 天。

申请注册或拒绝注册投票不会影响本机构将向您提供的援助金额。

如果您希望有人帮助填写选民登记申请表，我们将帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以在私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系县援助办公室。如果您认为有人干涉了您注册或拒绝注册投票的权利，您在决定是否注册或申请注册投票中的隐私权，或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可以向宾夕法尼亚州州务院州务卿（地址：Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120）提出投诉。（免费电话号码 1-877-VOTESPA。）

县援助办公室工作人员将根据您的上述回复填写此方框 - COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

仅供 CAO 使用 CAO Use Only

<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children? 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide? 3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100? 4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150? 5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household? 6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute? 7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses? 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">EXPEDITED REVIEW</td> <td style="font-size: small;">Initials: _____</td> <td style="font-size: small;">Date: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Reason for denial:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-weight: bold;">REGISTERED FOR CATEGORIES ▶</td> </tr> </table>	EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED			Reason for denial:			REGISTERED FOR CATEGORIES ▶		
EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____											
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED													
Reason for denial:													
REGISTERED FOR CATEGORIES ▶													



您的权利和责任 阅读您的权利和责任：

不受歧视的权利

该机构禁止因种族、肤色、原国籍、残障、年龄、性别以及在某些情况下宗教或政治信仰而产生歧视。

美国农业部还禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视，或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中，因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式（例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语等）来了解计划资料的残障人士，可以联系他们申请福利的机构（本州或当地）。聋人、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务 (800) 877-8339 与 USDA 联系。此外，计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题，请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格，该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到，或在任何 USDA 办事处索取，或者给 USDA 写信投诉，信中需提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本，请拨打 (866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 USDA：

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

需了解关于补充营养援助计划 (SNAP) 问题的其他信息，可以联系 USDA SNAP 热线电话 (800) 221-5689 (也支持西班牙语) 或拨打 State Information/Hotline Numbers (点击链接获取各州热线号码清单)；该清单可通过以下链接获取：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

若需投诉一个关于通过美国卫生与公共服务部 (HHS) 获得联邦财务援助的计划的歧视问题，请写信寄往 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201；或拨打 (202) 619-0403 (语音服务) 或 (800) 537-7697 (TTY)。

这是一所提供均等机会的机构。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有权享受的计划。一经请求，县援助办公室 (CAO) 必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会保险号码 (SSN) 和照片 (如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定，即属犯有轻罪，一经定罪，应判处一百美元 (\$100) 以下罚款，或六个月以下的监禁，或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知，说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将给您发送一份书面解释。从通知的邮寄日期起，您可以在 30 天 (补充营养援助计划 (SNAP) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为不公平或不正确，或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动，您有权要求公众服务部 (DHS) 举行听证会对决定提出申诉。您可以向 CAO 提出申诉。如果您提出申诉，您也可以听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利，您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上，您可以代表您自己或让其他人 (例如律师、朋友或亲戚) 作为您的代表。

要求正当理由的权利

如果您申请现金或医疗援助福利，法律要求您在确定父子关系和寻求赡养费时提供配合。如果您证明这样做可能会对您和/或您的孩子带来危险，您可以被免除这些要求。这被称为正当理由。除非确定了正当理由豁免，否则您将需要满足就业和培训要求。除非给出正当理由，否则您还需要满足一年两次的报告要求。

抵免保险证书的权利

当健康保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果您参加了一个团体健康计划，其不包括对您已有医疗状况的治疗，您可以在您获得医疗援助保险的期间获得抵免。这可以帮助您获得保险。联系您的个案工作者以请求此证书。

提供信息责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明，福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明，您应该要求 CAO 帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您，您必须完全配合这些人员或调查员。如果您年满 55 岁，并获得医疗援助以支付护理设施服务、基于家庭和社区的豁免服务以及任何相关的医院和处方药物服务，您可能需要从您的遗产认证财产 (probate estate) 中退还这些服务的费用。如果您正在申请现金援助，我们可能会要求您签署一份偿还您、您的配偶和您的孩子已收到的福利的协议。

提供社会保险号码的责任

对于现金、医疗保健和/或 SNAP 福利，您必须为您代办的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN，您必须申请一个。不提供 SSN 可能导致无法获得福利。对于现金福利，我们可能要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何人的 SSN。您的 SSN 将用于确认身份，用于核实收入和资源的计算机匹配，以及防止重复获得州和联邦福利。申请紧急 MA 的外国人不需要提供 SSN。(42 U.S.C. 1320b-7)

依法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合获得福利的资格，您将获得一张 PA ACCESS 卡。此卡仅供符合资格的人员使用，且仅可在资格期内使用。您只能将该卡用于必要和合理的服务。

报告变更的责任

如果您符合获得福利的资格，您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变化类型将包括搬离或搬进房屋的人员、新地址、某人的新工作；如果有人失去工作，有孩子出生，有新收入来源或收入变化。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划和福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 COMPASS 帐户向 CAO 报告变更。您也可以随时向客户服务中心报告变更，电话 1-877-395-8930，或 1-215-560-7226 (费城)。

寻找工作的责任

如果您正在申请现金援助，您必须提供证据，证明您在申请过程中每周至少寻找 3 份工作，除非您有经证实的正当理由或证明您被免除此责任的证据。

隐私法案声明

(i) 经已修订的《1977 年食品券法案》[7 U.S.C. 2011-2036] 授权收集这些信息 (包括每个家庭成员的社会保险号码 (SSN))。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查，并向执法官员披露，以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果对您的家庭提出 SNAP 索赔，则本申请书中的信息 (包括所有 SSN) 可能会被转交给联邦和州政府机构，以及私人索赔机构，用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息 (包括每个家庭成员的 SSN) 是自愿的。然而，未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。



禁止和惩罚 阅读您的责任：

如果这在无正当理由的情况下发生		这可能会产生（罚款）
所有福利 SNAP 现金 健康医疗保险	滥用电子转让（EBT）卡或PA ACCESS卡。	罚款，监狱或两者并罚。
	未按要求报告变更。	福利将被削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息，或不报告变更。	罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁，取消行政听证程序的资格。 不符合现金援助的资格： • 第一次 - 6 个月。 • 第二次 - 12 个月。 • 第三次 - 永久 不符合 SNAP 的资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。
	交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不符合资格： • 所有法院判决 - 12 个月。
SNAP	蓄意滥用 SNAP 福利，如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利；兑换福利；或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品（如酒精饮料或烟草），或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。	不符合资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。
	使用 SNAP 福利购买产品，目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。	
	蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。	
	使用/领取 SNAP 来购买药物或受控物品。	不符合资格： • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。
	在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。	第一次 - 永久不符合资格
	因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。	永久不符合资格。
	隐瞒您的身份和住址，以获得多个 SNAP 福利。	10 年不符合资格。
为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离，或因违反缓刑或假释规定而逃离。	不符合资格，直至您符合法律规定。	
现金	不遵守您的法院处罚，包括支付重罪或轻罪的罚款。	不符合资格，直至您履行惩罚。
	隐瞒您的住址以从两个或更多的州获得现金援助。	10 年不符合资格。
	为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离；因判决犯罪、重罪或轻罪而收到传票或法院拘票时，未作为被告在刑事法院诉讼中出庭；因违反缓刑/假释规定而逃离；或向您发出任何有效的逮捕证。	不符合资格，直至您符合法律规定。
如果您被判处欺诈罪或违反上述规则：		<ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP，处以 \$250,000 以下罚款；对于现金援助，处以 \$15,000 以下罚款； 对于 SNAP，处以 20 年以下监禁；对于现金援助，处以七年以下监禁；和/或 偿还已收到的福利。 根据计划，取消上述期间的福利资格
SNAP 工作规则	对于年满 15 岁且未满 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。	不符合资格： • 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 • 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 • 三次以上 - 每次六个月并直至您符合要求。
	拒绝： • 参与获批准的工作/培训计划。 • 接受工作。 • 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 故意采取行动： • 辞去工作。 • 将工作时间减少到每周不到 30 个小时（除非另一个工作已经符合工作要求）。	
现金援助 工作规则	故意不符合共同责任协议 (AMR) 所述的现金工作要求。	不符合资格： • 第一次 - 您将至少有 30 天不符合资格，直至您证明并保持合规至少一周。如果您被取消资格 90 天，您的整个家庭都将被取消资格，直至您证明并保持合规至少一周。 • 第二次 - 您将至少有 60 天不符合资格，直至您证明并保持合规至少一周。如果您被取消资格 60 天，您的整个家庭都将被取消资格，直至您证明并保持合规至少一周。 • 第三次 - 永久。



理解您的权利和责任

本人签署本表格，即表明：

- 本人理解，宾夕法尼亚州从收入和资格审核系统 (IEVS) 和其他州及联邦机构接收信息，以核实本人向他们提供的信息。如果州机构发现冲突详情，则需要使用通过 IEVS 提供的信息，并可能通过机构联络人核实该信息，该等信息可能会影响家庭的资格和福利水平。如果本人错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响本人获得福利资格的事实，本人则需要偿还本人的福利，本人可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 本人理解本人可以通过填写授权代表部分并与本申请书一并提交来指定授权代表。
- 本人理解并同意，本人对在本申请书中作出的任何欺诈性陈述负责，即使该申请书是由代表本人行事的人员提交。
- 本人收到了本人的权利和责任的副本，已经阅读该等权利和责任或有人已将它们读给本人听，且本人理解它们。
- 本人理解，本申请书中所载的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的发布个人、财务和医疗信息。
- 本人理解，本人需要报告的任何变更必须在发生变更月份次月的前 10 天内进行报告。
- 本人理解，本人将收到一份说明福利的书面通知。如果福利被拒绝、更改、暂停或停止，书面通知将会说明原因。
- 本人理解，如果本人不同意对本申请的决定，本人可以在通知日期起 30 天 (SNAP (食品券) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。
- 本人理解，本人的情况需要经过雇主、财务来源和其他第三方的认证。
- 本人理解，申请人必须提供他们的社会保险号码或如果他们没有社会保险号码，必须申请一个。此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人理解，本人必须仅在本人符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人必须仅将 EBT 或 PA ACCESS 卡用于符合条件和仅可以获得必要和合理福利的人员。
- 本人理解，本人不得使用通过本人的 PA ACCESS 卡向本人发放的 TANF 资金在酒类商店、娱乐场 (赌场，游戏机构) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人理解，本人不必为没有申请援助的人提供社会保险号码。如果本人提供他们的社会保险号码，此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人证明，所有输入的信息均属实，否则，本人愿以伪证罪 (刑事罪) 论处。
- 本人理解，本人有权获得豁免保险证书以核实本人的医疗保险。当健康医疗保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果本人参加一个包含已存在的医疗状况条款的团体健康计划，本人可以在本人获得医疗援助的期间获得豁免。
- 本人理解，如果本人被确定符合资格获得医疗援助，本人将依赖向本人提供的最全面的健康保险方案。

- 如果本人收到现金福利，本人将根据该部门指示配合子女赡养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人代为申请的其他人寻求和募集现金和/或医疗支持。
- 本人理解，如果本人报告或提供家庭支出的证明，本人将获得允许的 SNAP (食品券) 福利的最高金额。不报告或不提供家庭支出证明将被视为本人作出声明，本人不希望收到未报告或未证实的支出之扣除额。(机构：美国农业部食品和营养局中大西洋地区第 6-99 号行政通知 (签发于 1999 年 1 月 4 日))。
- 本人理解，本人有权在本人报告并在本人的 SNAP (食品券) 认证期间的任何时间提供他们的证明时收取家庭支出的扣除额。
- 本人理解，本人有权要求县援助办公室 (CAO) 帮助获得支出证明，如果本人在取得任何证明方面遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。
- 本人理解，如果某些或所有申请的个人信息不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得 CHIP。如果是这种情况，本人授权公众服务部将本人的姓名和本申请书上的信息提供给保险部门或 CHIP 承包商。
- 本人理解，如果某些或所有申请的个人信息不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得联邦福利和/或通过健康保险市场 (Health Insurance Marketplace) 搜寻私人健康保险选项。如果是这种情况，本人授权该部门将本人的姓名和本申请书上的信息提供给市场。
- 未来年度的保险更新：**为了更容易确定本人在未来几年医疗保险支付帮助资格，本人同意，允许健康保险市场使用本人的收入数据，包括纳税申报表中的信息。市场会向本人发送通知，让本人进行任何更改，且本人可以随时选择退出。

是，自动更新本人的资格，更新时长为：
(勾选一项)：

- 五年 (允许的最大年数)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人纳税申报表中的信息更新本人的保险。

X

申请人或授权代表的签名

日期

授权代表姓名	授权代表地址	电话号码

仅供 CAO 使用
CAO Use Only

我向申请人解释了权利和责任。
I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO 签名 • CAO Signature

日期





pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

宾夕法尼亚州公众服务部 (DHS) 遵守适用的联邦民权法律规定，不因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别歧视任何人。DHS 不因种族、肤色、原国籍、年龄、残障、信条、宗教信仰、民族血统、性别、性别认同或表达或性取向而排斥任何人或对任何人进行区别对待。

DHS 提供：

- 为残障人士提供免费帮助和服务，以帮助他们与我们进行有效沟通，例如：
 - 合格的手语翻译员
 - 其他格式的书面信息（大号字体、音频、无障碍电子格式、其他格式
- 对母语非英语的人士免费提供各种语言服务，如：
 - 合格的口译员
 - 以其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请联系您的当地县援助办公室。

如果您认为 DHS 未能提供此类服务或因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别或通过其他方式歧视您，您可以向以下机构提出申诉：The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O.Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675，电话：(717) 787-1127，TTY：(800) 654-5484，传真：(717) 772-4366，或电子邮件：RA-PWBEOAO@pa.gov。您可以亲自或通过邮寄、传真或电子邮件提交申诉。如果您需要帮助提出申诉，平等机会署 (Bureau of Equal Opportunity) 可以帮助您。

您可以向美国卫生与公共服务部民权办公室提交民权投诉，通过 Office for Civil Rights Complaint Portal 以电子方式投诉：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者通过邮寄或电话的方式投诉：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

投诉表格可从此网址获取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员 (AI/AN)

如果您或家庭成员是美洲印第安人或阿拉斯加土著，请填写本附录。将本附录与健康医疗保险申请书一起提交。
如果您仅申请 SNAP，则无需填写本附录。

告知我们关于您的美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员的信息。

美洲印第安人或阿拉斯加土著可以从印第安人卫生服务署 (Indian Health Services)、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务。他们也可能无需支付费用分担，并可能得到特别的每月参保期。回答以下问题，以确保您的家庭获得最大的帮助。

注意：如果您需要添加更多申请人，请复印此页面并将其附在后面。

AI/AN 第 1 申请人	请正楷列印所有信息
名称 (名字、中间名、姓氏)：	是否为经联邦认可的部落成员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，部落名称：_____ 州：_____
此人是否已从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务，或通过从这些计划之一的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果不是，此人是否符合资格从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务，或通过从这些计划之一的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
收到的某些款项可能不会计入医疗保健。列出您的申请书（包含来自这些来源的款项）中所报告的任何收入（金额和频率）： <ul style="list-style-type: none"> 来自部落的自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均所得。 来自自由内政部指定为印第安人托管地（包括居留地和原居留地）的土地上的自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或特许权使用费带来的收入。 来自出售具有文化意义的物品的收入。 	\$ _____ 多长时间获得一次收入？ _____

AI/AN 第 2 申请人	请正楷列印所有信息
名称 (名字、中间名、姓氏)：	是否为经联邦认可的部落成员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，部落名称：_____ 州：_____
此人是否已从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务，或通过从这些计划之一的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果不是，此人是否符合资格从印第安人卫生服务署、部落健康计划或都市印地安健康计划获得服务，或通过从这些计划之一的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
收到的某些款项可能不会计入医疗保健。列出您的申请书（包含来自这些来源的款项）中所报告的任何收入（金额和频率）： <ul style="list-style-type: none"> 来自部落的自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均所得。 来自自由内政部指定为印第安人托管地（包括居留地和原居留地）的土地上的自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或特许权使用费带来的收入。 来自出售具有文化意义的物品的收入。 	\$ _____ 多长时间获得一次收入？ _____





来自工作的健康保险

告知我们关于提供保险的工作的信息。 您无需回答这些问题，除非家中有人符合资格从工作中获得健康保险。如果您仅申请 SNAP，则不需要填写本附录。

在“员工信息”部分填写您的姓名和社会保险号码。您可能需要请您的雇主帮助您填写“雇主信息”部分。如果您无法及时从您的雇主处获得这些信息，或者您认为填写这些信息会延迟您申请的开始时间，您可以提交您的申请，不附上附录 B。

为每份提供保险的工作附上此页面的副本

员工信息		
员工姓名（名字、中间名、姓氏）：	社保险全号码：	
雇主信息		
雇主名称：	雇主识别号 (EIN)：	
雇主地址（包括街道、门牌号、城市、州及邮编+4）：	雇主电话号码： ()	
关于这份工作提供的员工健康保险，我们可以联系谁？ ▶	电话号码（如与上述不同）： ()	电子邮件地址：
此员工目前是否符合资格获得该雇主提供的保险，或该员工是否在未来三个月内符合资格？ <input type="checkbox"/> 是（继续），如果该员工现在（包括因等待或试用期而）不符合资格，雇员何时符合获得保险的资格？ _____ <input type="checkbox"/> 否（停止并将此表格发回给员工）		
将该雇主提供的健康计划告诉我们。 雇主是否提供涵盖雇员配偶或受抚养人的健康计划？ <input type="checkbox"/> 是。哪些人： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受抚养人 <input type="checkbox"/> 否（转到下一个问题）		
雇主是否提供符合最低价值标准的健康计划？* <input type="checkbox"/> 是（转到下一个问题） <input type="checkbox"/> 否（停止并将表格发回给员工）		
对于 仅提供给员工 的符合最低价值标准*的最低成本计划（不包括家庭计划）：如果雇主提供健康计划，在员工获得任何戒烟计划的最高折扣且没有收到任何基于健康计划的其他折扣时，向员工提供保险费。 员工在这个计划中需要支付多少保费？ \$ _____ 多长时间支付一次？ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年		
如果您的计划很快就会结束，并且您知道所提供的健康计划会变更，请转到下一个问题。如果您不了解情况，停止并将表格发回给员工。		
雇主会对新计划年做出什么变更？ <input type="checkbox"/> 雇主将不提供健康保险 <input type="checkbox"/> 雇主将开始向员工提供健康保险，或更改仅提供给员工的符合最低价值标准的最低成本计划的保险费。* （保险费应反映健康计划的折扣。参见上面的问题。） 员工在这个计划中需要支付多少保费？ \$ _____ 多长时间支付一次？ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 变更日期：（月/日/年） _____		

*如果该计划在其保障范围内的总许可福利成本中的份额不低于此类成本的百分之 60，则雇主资助的健康计划符合“最低价值标准”（《1986 年国内税法》第 36B(C)(2)(C)(ii) 条）。





您的权利和责任 阅读您的权利和责任：

不受歧视的权利

该机构禁止因种族、肤色、原国籍、残障、年龄、性别以及在某些情况下宗教或政治信仰而产生歧视。

美国农业部还禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视，或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中，因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式（例如盲文、大字体、录音磁带、美国手语等）来了解计划资料的残障人士，可以联系他们申请福利的机构（本州或当地）。聋人、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务 (800) 877-8339 与 USDA 联系。此外，计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题，请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格，该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到，或在任何 USDA 办事处索取，或者给 USDA 写信投诉，信中请提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本，请拨打 (866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 USDA：

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

需了解关于补充营养援助计划 (SNAP) 问题的其他信息，可以联系 USDA SNAP 热线电话 (800) 221-5689 (也支持西班牙语) 或拨打 State Information/Hotline Numbers (点击链接获取各州热线号码清单)；该清单可通过以下链接获取：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

若需投诉一个关于通过美国卫生与公共服务部 (HHS) 获得联邦财务援助的计划的歧视问题，请写信寄往 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201；或拨打 (202) 619-0403 (语音服务) 或 (800) 537-7697 (TTY)。

这是一所提供均等机会的机构。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有权享受的计划。一经请求，县援助办公室 (CAO) 必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会保险号码 (SSN) 和照片 (如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定，即属犯有轻罪，一经定罪，应判处一百美元 (\$100) 以下罚款，或六个月以下的监禁，或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知，说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将给您发送一份书面解释。从通知的邮寄日期起，您可以在 30 天 (补充营养援助计划 (SNAP) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为不公平或不正确，或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动，您有权要求公众服务部 (DHS) 举行听证会对决定提出申诉。您可以向 CAO 提出申诉。如果您提出申诉，您也可以听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利，您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上，您可以代表您自己或让其他人 (例如律师、朋友或亲戚) 作为您的代表。

要求正当理由的权利

如果您申请现金或医疗援助福利，法律要求您在确定父子关系和寻求赡养费时提供配合。如果您证明这样做可能会对您和/或您的孩子带来危险，您可以被免除这些要求。这被称为正当理由。除非确定了正当理由豁免，否则您将需要满足就业和培训要求。除非给出正当理由，否则您还需要满足一年两次的报告要求。

抵免保险证书的权利

当健康保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果您参加了一个团体健康计划，其不包括对您已有医疗状况的治疗，您可以在您获得医疗援助保险的期间获得抵免。这可以帮助您获得保险。联系您的个案工作者以请求此证书。

提供信息责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明，福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明，您应该要求 CAO 帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您，您必须完全配合这些人员或调查员。如果您年满 55 岁，并获得医疗援助以支付护理设施服务、基于家庭和社区的豁免服务以及任何相关的医院和处方药物服务，您可能需要从您的遗产认证财产 (probate estate) 中退还这些服务的费用。如果您正在申请现金援助，我们可能会要求您签署一份偿还您、您的配偶和您的孩子已收到的福利的协议。

提供社会保险号码的责任

对于现金、医疗保健和/或 SNAP 福利，您必须为您代办的每个人提供 SSN。如果您没有 SSN，您必须申请一个。不提供 SSN 可能导致无法获得福利。对于现金福利，我们可能要求收入或资源可能影响您的资格或福利金额的任何人的 SSN。您的 SSN 将用于确认身份，用于核实收入和资源的计算机匹配，以及防止重复获得州和联邦福利。申请紧急 MA 的外国人不需要提供 SSN。(42 U.S.C. 1320b-7)

依法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合获得福利的资格，您将获得一张 PA ACCESS 卡。此卡仅供符合资格的人员使用，且仅可在资格期内使用。您只能将该卡用于必要和合理的服务。

报告变更的责任

如果您符合获得福利的资格，您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变化类型将包括搬离或搬进房屋的人员、新地址、某人的新工作；如果有人失去工作，有孩子出生，有新收入来源或收入变化。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划和福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以亲自、通过电话、传真、邮件或通过 COMPASS 帐户向 CAO 报告变更。您也可以随时向客户服务中心报告变更，电话 1-877-395-8930，或 1-215-560-7226 (费城)。

寻找工作的责任

如果您正在申请现金援助，您必须提供证据，证明您在申请过程中每周至少寻找 3 份工作，除非您有经证实的正当理由或证明您被免除此责任的证据。

隐私法案声明

(i) 经已修订的《1977 年食品券法案》[7 U.S.C. 2011-2036] 授权收集这些信息 (包括每个家庭成员的社会保险号码 (SSN))。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查，并向执法官员披露，以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果对您的家庭提出 SNAP 索赔，则本申请书中的信息 (包括所有 SSN) 可能会被转交给联邦和州政府机构，以及私人索赔机构，用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息 (包括每个家庭成员的 SSN) 是自愿的。然而，未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。



禁止和惩罚 阅读您的责任：

如果这在无正当理由的情况下发生		这可能会产生（罚款）
所有福利 SNAP 现金 健康医疗保险	滥用电子转让（EBT）卡或PA ACCESS卡。	罚款，监狱或两者并罚。
	未按要求报告变更。	福利将被削减或停止。
	故意提供虚假、不正确或不完整的信息，或不报告变更。	罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁，取消行政听证程序的资格。 不符合现金援助的资格： • 第一次 - 6 个月。 • 第二次 - 12 个月。 • 第三次 - 永久 不符合 SNAP 的资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。
	交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。	不符合资格： • 所有法院判决 - 12 个月。
SNAP	蓄意滥用 SNAP 福利，如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利；兑换福利；或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品（如酒精饮料或烟草），或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。	不符合资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。
	使用 SNAP 福利购买产品，目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。	
	蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。	
	使用/领取 SNAP 来购买药物或受控物品。	不符合资格： • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。
	在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。	第一次 - 永久不符合资格
	因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。	永久不符合资格。
	隐瞒您的身份和住址，以获得多个 SNAP 福利。	10 年不符合资格。
为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离，或因违反缓刑或假释规定而逃离。	不符合资格，直至您符合法律规定。	
现金	不遵守您的法院处罚，包括支付重罪或轻罪的罚款。	不符合资格，直至您履行惩罚。
	隐瞒您的住址以从两个或更多的州获得现金援助。	10 年不符合资格。
	为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离；因即决犯罪、重罪或轻罪而收到传票或法院拘票时，未作为被告在刑事法院诉讼中出庭；因违反缓刑/假释规定而逃离；或向您发出任何有效的逮捕证。	不符合资格，直至您符合法律规定。
如果您被判处欺诈罪或违反上述规则：		<ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP，处以 \$250,000 以下罚款；对于现金援助，处以 \$15,000 以下罚款； 对于 SNAP，处以 20 年以下监禁；对于现金援助，处以七年以下监禁；和/或 偿还已收到的福利。 根据计划，取消上述期间的福利资格
SNAP 工作规则	对于年满 15 岁且未满 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。	不符合资格： • 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 • 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 • 三次以上 - 每次六个月并直至您符合要求。
	拒绝： • 参与获批准的工作/培训计划。 • 接受工作。 • 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 故意采取行动： • 辞去工作。 • 将工作时间减少到每周不到 30 个小时（除非另一个工作已经符合工作要求）。	
现金援助 工作规则	故意不符合共同责任协议 (AMR) 所述的现金工作要求。	不符合资格： • 第一次 - 您将至少有 30 天不符合资格，直至您证明并保持合规至少一周。如果您被取消资格 90 天，您的整个家庭都将被取消资格，直至您证明并保持合规至少一周。 • 第二次 - 您将至少有 60 天不符合资格，直至您证明并保持合规至少一周。如果您被取消资格 60 天，您的整个家庭都将被取消资格，直至您证明并保持合规至少一周。 • 第三次 - 永久。



理解您的权利和责任

本人签署本表格，即表明：

- 本人理解，宾夕法尼亚州从收入和资格审核系统 (IEVS) 和其他州及联邦机构接收信息，以核实本人向他们提供的信息。如果州机构发现冲突详情，则需要使用通过 IEVS 提供的信息，并可能通过机构联络人核实该信息，该等信息可能会影响家庭的资格和福利水平。如果本人错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响本人获得福利资格的事实，本人则需要偿还本人的福利，本人可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 本人理解本人可以通过填写授权代表部分并与本申请书一并提交来指定授权代表。
- 本人理解并同意，本人对在本申请书中作出的任何欺诈性陈述负责，即使该申请书是由代表本人行事的人员提交。
- 本人收到了本人的权利和责任的副本，已经阅读该等权利和责任或有人已将它们读给本人听，且本人理解它们。
- 本人理解，本申请书中所载的信息将被保密，且仅用于管理福利。本人授权出于确定资格的目的发布个人、财务和医疗信息。
- 本人理解，本人需要报告的任何变更必须在发生变更月份次月的前 10 天内进行报告。
- 本人理解，本人将收到一份说明福利的书面通知。如果福利被拒绝、更改、暂停或停止，书面通知将会说明原因。
- 本人理解，如果本人不同意对本申请的决定，本人可以在通知日期起 30 天 (SNAP (食品券) 福利为 90 天) 内要求举行听证会。
- 本人理解，本人的情况需要经过雇主、财务来源和其他第三方的认证。
- 本人理解，申请人必须提供他们的社会保险号码或如果他们没有社会保险号码，必须申请一个。此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人理解，本人必须仅在本人符合资格的期间使用电子福利转账 (EBT) 或 PA ACCESS 卡。本人必须仅将 EBT 或 PA ACCESS 卡用于符合条件和仅可以获得必要和合理福利的人员。
- 本人理解，本人不得使用通过本人的 PA ACCESS 卡向本人发放的 TANF 资金在酒类商店、娱乐场 (赌场，游戏机构) 或成人娱乐场所进行 EBT 交易。
- 本人理解，本人不必为没有申请援助的人提供社会保险号码。如果本人提供他们的社会保险号码，此号码可用于核对此申请书上的信息。
- 本人证明，所有输入的信息均属实，否则，本人愿以伪证罪 (刑事罪) 论处。
- 本人理解，本人有权获得豁免保险证书以核实本人的医疗保险。当健康医疗保险可能因已存在的医疗状况而被拒绝或限制时，联邦法律将作出判定。如果本人参加一个包含已存在的医疗状况条款的团体健康计划，本人可以在本人获得医疗援助的期间获得豁免。
- 本人理解，如果本人被确定符合资格获得医疗援助，本人将依赖向本人提供的最全面的健康保险方案。

- 如果本人收到现金福利，本人将根据该部门指示配合子女赡养执行计划的要求。本人授权该部门和家庭关系科为本人和本人代为申请的其他人寻求和募集现金和/或医疗支持。
- 本人理解，如果本人报告或提供家庭支出的证明，本人将获得允许的 SNAP (食品券) 福利的最高金额。不报告或不提供家庭支出证明将被视为本人作出声明，本人不希望收到未报告或未证实的支出之扣除额。(机构：美国农业部食品和营养局中大西洋地区第 6-99 号行政通知 (签发于 1999 年 1 月 4 日))。
- 本人理解，本人有权在本人报告并在本人的 SNAP (食品券) 认证期间的任何时间提供他们的证明时收取家庭支出的扣除额。
- 本人理解，本人有权要求县援助办公室 (CAO) 帮助获得支出证明，如果本人在取得任何证明方面遇到困难，CAO 可以联系其他人进行确认。
- 本人理解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得 CHIP。如果是这种情况，本人授权公众服务部将本人的姓名和本申请书上的信息提供给保险部门或 CHIP 承包商。
- 本人理解，如果某些或所有申请的个人不符合医疗保健资格，他们可能有资格获得联邦福利和/或通过健康保险市场 (Health Insurance Marketplace) 搜寻私人健康保险选项。如果是这种情况，本人授权该部门将本人的姓名和本申请书上的信息提供给市场。
- **未来年度的保险更新：**为了更容易确定本人在未来几年医疗保险支付帮助资格，本人同意，允许健康保险市场使用本人的收入数据，包括纳税申报表中的信息。市场会向本人发送通知，让本人进行任何更改，且本人可以随时选择退出。

是，自动更新本人的资格，更新时长为：
(勾选一项)：

- 五年 (允许的最大年数)
- 四年
- 三年
- 两年
- 一年
- 请勿使用本人纳税申报表中的信息更新本人的保险。



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

