



Division of Family  
and Children Services



# 福利申请

**您必须通过亲自交付、传真或邮寄等方式，将填妥的申请表送至当地郡办公室。**

如果您填写此申请表或与我们沟通时需要帮助，请告知我们或致电 1-877-423-4746。如果您是失聪人士或有听力障碍，请拨打佐治亚州中继电话 711。我们的服务是免费的。

## 在家庭及儿童服务署 (Division of Family and Children Services) 我们提供什么服务?

家庭及儿童服务署提供以下服务:



### 食品援助

食品券是您用来在任何具有 EBT/Quest 标识的商店购买食品的福利。我们将从您的食品券账户扣除您所购食品的价格。



### 现金援助/就业支持服务

贫困家庭临时援助 (TANF) 为需抚养子女的家庭提供短期现金援助。接受资助的家长或看护人需要参加工作计划。现金援助计划还向不符合贫困家庭临时援助 (TANF) 计划条件的难民家庭提供经济援助。

- “隔代抚养” (GRG) 计划为祖父母或外祖父母抚养孙辈提供必要的支持，确保他们在祖父母或外祖父母家中得到妥善的照顾。



**医疗援助** 对于有资格获得 Medicaid (医疗补助) 的人员，此项服务可支付医疗费账单、医生诊费和 Medicare (联邦医疗保险) 费。

## 常见问题

### 获得这些福利需要多长时间?

食品券: 最多 30 天

贫困家庭临时援助: 最多 45 天

Medicaid: 10 至 60 天

如果您符合条件，您可能在 7 日内获得食品券。请参见第 5 页。

### 我会获得多少福利?

您的收入、财产和家庭人口多少决定福利数额。在确定您的资格后，我们将为您提供具体的信息。

### 我将如何得到我的福利?

就食品券而言，您将得到一张电子福利划拨

(EBT) 卡，以此获得您的食品券福利。如果您申请到贫困家庭临时援助，您将得到一张万事达转账卡 (EPPIC)，用以获取福利。如果您申请医疗补助计划，每个合格人都将收到一张医疗补助卡。



## 福利申请

### 社区外展服务

欲了解公众服务部（DHS）的更多服务资讯，请访问我们的网站：

[www.dfcs.dhr.georgia.gov](http://www.dfcs.dhr.georgia.gov) 或致电1-877-423-4746。

### 我如何申请福利？

#### 第1步 填写申请表。

仔细阅读问题并提供准确资料。在申请表上签名并填写日期。

#### 第2步 把申请递交到本地办公室。

您将需要撕下第1-2页和第13-15页，自己保留。

**可通过邮寄、传真、或亲自把本申请表的第3—12页送至当地的家庭及儿童服务署**

**（DFCS）办公室。点击此链接可查询本地办公室地址：**

<http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>。

如果您或您代为申请的人符合申请福利的资格，我们将从收到有您姓名、地址和签名的申请表之日起提供食品券或贫困家庭临时援助。

如果您申请食品券和/或Medicaid，您可以提交一份上面只有您的姓名、地址和签名的福利申请表。但是，如果您完整填写整个表，则可以帮助我们更快地审批您的申请。您可以用此表联合申请多个计划或者只申请食品券。您的食品券申请不会仅因为您的另一个项目申请被拒而被否决。我们会对您的食品券申请做独立的资格审批。如果您目前住在社会收容机构，并且同时在申请食品券和社会安全生活补助金

（SSI），那么您的申请日期即为您离开社会收容机构的日期。

#### 第3步 与我们面谈。

您可能需要与一名工作人员面谈。如果需要，我们将为您安排一次面谈时间。面谈可以通过电话完成。

每个符合Medicaid条件的成员都将收到一张Medicaid卡。

### 我需要提供什么资料？

请提供以下资料：

- 如果申请食品券和/或贫困家庭临时援助，申请人须提交身份证明。如果申请医疗补助，每个人都须提交身份证明。例如：身份证(ID)或驾照(DL)。
- 每个福利申请人的美国公民身份证明/合格的移民身份证明。如果仅申请紧急医疗服务，则无需提供社会安全号码或移民身份信息。
- 每个申请人的社会安全号码。
- 收入证明，例如工资存根、子女抚养费付款和收入通知函。
- 开销证明，例如子女看护费收据、医疗费账单、医疗交通费用和子女抚养费付款。

您会有时间将资料递交到我们的办公室。如果您需要帮助获取上述材料，请告诉我们。

### 我们如何使用申请人的个人资料？

您只需要提供想要申请福利的个人的社会安全号码和公民或移民身份。这些资料将被用于检查收入和资格验证系统

（IEVS）。我们也将把您的资料与其他联邦、州和地方机构相对照，以验证您的收入和资格，追踪工资信息和工作活动参与情况。如果有一名家庭成员不希望向我们提供其社会安全号码、公民身份或移民身份，家庭的其他成员仍可能会得到福利。如果仅申请紧急医疗服务，则无需提供社会安全号码或移民身份信息。

### 别人可为我申请吗？

可以，对于食品券和Medicaid，您可以请别人为您申请。对于贫困家庭临时援助，任何人都可以申请，但其父母或看护人必须接受面谈。





Division of Family  
and Children Services



# 福利申请

**(请完成本申请表并交至本郡家庭及儿童服务署办公)**

**我申请什么？请勾选所有适用的项目：**

- 食品券**  
“食品券计划”为低收入家庭提供每月补助，用以帮助支付食品费用。该计划还为合格家庭提供营养教育，帮助他们满足食物和营养需求。
- 贫困家庭临时援助 (TANF)**  
贫困家庭临时援助 (TANF) 提供按月发放的临时现金援助、单次发放的现金援助或其他支援服务，以帮助符合资格并有子女的家庭。如果您是儿童的父母或看护人，并希望加入此项资助计划，我们将要求您参加工作计划。
- 隔代抚养 (GRG) 计划**  
隔代抚养计划还会向抚养孙辈的祖父母或外祖父母提供现金援助，确保孩子在其家中得到妥善照顾。**申请人必须先申请贫困家庭临时援助 (TANF) 计划，才有资格申请隔代抚养计划。**
- 难民现金援助**  
难民现金援助计划为不符合贫困家庭临时援助 (TANF) 资格的难民家庭提供经济援助。“难民”一词的涵盖范围包括难民、古巴人/海地入境者、人口贩卖受害者、美亚混血儿和无人陪伴的未成年难民。
- Medicaid**  
Medicaid为老年人、失明或残障的成人、孕妇、儿童和家庭提供医疗承保。在您申请时，我们将查看所有Medicaid计划项目以确定您符合哪些项目的资格。

## 告诉我们申请人的情况

申请人或代理申请人与我们沟通是否需要协助？如果需要的话，请勾选所有适用的项目。

- ( ) 聋哑人 文本电话 ( ) 点字盲文 ( ) 大型字体 ( ) 电子邮件 ( ) 视频中继 ( ) 手语翻译 \_\_\_\_\_  
( ) 外语口译 (指定语言) \_\_\_\_\_ ( ) 其他

请在下表中填写有关申请人的资料。

名	中间名	缩写姓	后缀
您居住的街名		公寓号	
城市	州	邮政编码	
邮寄地址 (如果不同)			
城市	州	邮政编码	
主要电话号码	其他联系电话	电子邮件地址 (选填)	



Division of Family  
and Children Services



## 福利申请

本人声明，据本人所知及所信，本人代为申请福利的人是美国公民，或者是合法居留在美国的人士，如作伪证，愿受处罚。本人进一步证明，据本人所知，本申请表中的所有信息真实正确。本人理解并同意，公众服务部家庭及儿童服务署、社区卫生服务部，以及授权的联邦机构可以验证本人在本申请表中所提供的信息。信息可以从过去或现在的雇主处获得。本人了解本人的资料将用于追踪工资信息和本人参与工作活动的情况。本人会根据食品券/Medicaid 和/或贫困家庭临时援助（TANF）计划的要求上报个人情况发生的任何变化。如果有任何信息不正确，福利可能会减少或被拒绝，并且本人可能会因为故意提供不正确信息而受到刑事起诉，或被取消公众服务部计划资格。本人了解，本人可以因为提供虚假信息或隐瞒情况被起诉。本人还明白，在本人的申请或续期的面谈中，如果本人不向公众服务部家庭及儿童服务署通告本人的一些费用，和/或无法证实这些费用属实，则公众服务部家庭及儿童服务署在计算本人的食物券福利金额时便将不会对这些费用做出预算。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
如用“X”签名，则见证者须在此签名

\_\_\_\_\_  
日期

### 我能否让别人代替我申请食品券或 Medicaid?

只有在您希望他人替您填写申请表、代您进行面谈，和/或在您无法前往商店使用您的 EBT卡购买食品时，才需要填写以下部分。如您是申请 Medicaid，您可以选择通过多位人士代表您申请医疗援助。

姓名: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

公寓号: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_

州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

公寓号: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_

州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

对于 Medicaid，您想要此人得到一份您的 Medicaid 卡的复印件吗? 是 否

**For Office Use Only (办公人员专用)** Date Received (日期): \_\_\_\_\_



Division of Family  
and Children Services



## 福利申请

### 我是否有资格更快得到食品券？

请回答以下有关申请人和所有家庭成员的问题，看您是否能够在 7 天内得到食品券。

1. 您或任何家庭成员是流动或季节性农场工人吗？  是  否  
如果是，谁 \_\_\_\_\_
  
2. 本月将收到的 **工资总收入**： \$ \_\_\_\_\_  
雇主名称 \_\_\_\_\_  
雇用开始日期 \_\_\_\_\_ 雇用截止日期 \_\_\_\_\_  
工资金额 \_\_\_\_\_ 每周工作小时数 \_\_\_\_\_ 每周/每两周/半月/每月（请选一）
  
3. 本月将收到的 **非工资总收入**： \$ \_\_\_\_\_  
非工资收入类别 \_\_\_\_\_ 金额 \_\_\_\_\_ 每周/每两周/半月/每月（请选一）  
非工资收入类别 \_\_\_\_\_ 金额 \_\_\_\_\_ 每周/每两周/半月/每月（请选一）
  
4. 本月工资与非工资收入总额： \$ \_\_\_\_\_
  
5. 您和您所有家庭成员的银行存款金额或现金数目？ \$ \_\_\_\_\_
  
6. 您每月支付多少房租、房屋按揭、物业税和/或房屋保险？ \$ \_\_\_\_\_
  
7. 您本月的水、电、燃气和/或其他公用事业费用的总金额为多少？ \$ \_\_\_\_\_  
(总金额中不包括逾期金额及迟交罚款)



# 福利申请

## 告诉我们申请人和所有家庭成员的情况

请填写下表，说明申请人以及所有家庭成员的情况。根据《2008年食品和营养法案》7 U.S.C. § 2011-2036、7 C.F.R. § 273.2、45 C.F.R. § 205.52、42 C.F.R. § 435.910和 42 C.F.R. § 435.920的规定，家庭及儿童服务署（DFCS）有权要求您和您的家庭成员提供社会安全号码。如果您的家庭中的任何一员不申请福利，那么这个人便可以被视为一个非申请人。非申请人可以不向我们提供他们的社会安全号码、公民身份、或者移民身份的信息，他们也就没有申请福利的资格。但是，如果其他家庭成员符合条件，仍有资格获得福利。如果您希望我们来决定您的任何家庭成员是否有资格享受福利，您就需要告诉我们他们的公民或移民身份，并向我们提供他们的社会安全号码（SSN）。您也同时需要告诉我们他们的收入和财产状况，以决定家庭是否有资格以及接受福利的水平。对于不提供其公民或移民身份的非申请人的家庭成员个人，我们也不会向美国公民及移民服务局（USCIS）的外国人法定权利验证系统（SAVE）报告。但如果在您的申请表上提供了移民身份的信息，这一信息有可能需要经过SAVE系统的验证，其结果也有可能影响到家庭接受福利的资格和水平。我们会将您的信息与其他联邦、州和地方机构的信息匹配，以验证您的收入和资格。此信息也可能提供给执法人员使用，可以使他们抓获逃避法律制裁的罪犯。如果您的家庭有待偿还的食品券，在此表上的信息，包括社会安全号码，可能会提供给联邦及州政府机构和私营收账公司使用，使他们可以接收偿还。我们不会仅因为某一家家庭成员不能提供他们的社会安全号码、公民或移民身份，而拒绝其他申请人家庭成员的福利申请。

姓名 名 中间名缩写 姓	与您的关系	此人要申请福利吗？  (是/否)	出生日期  日期格式 (--/--/--)	社会安全号码  (仅限申请人)	性别  (男/女)	西班牙裔/拉丁美裔  (选填)  (是/否)	种族代码  (选填)  (参见下面的代码)	您是一名美国公民或符合条件的外国人/移民吗？  (仅限申请人)
	本人							

**种族代码**（选择所有的适用项）：  
**AI** – 美国印第安人/阿拉斯加原住民    **AS** – 亚洲人    **BL** – 黑人 / 非洲裔美国人  
**HP** – 夏威夷土著/太平洋岛民    **WH** – 白人

提供种族/族群资料，有助于我们以非歧视性的方式执行我们的计划。我们不要求您的家庭成员给我们提供这些资料，此举也不会影响您的资格或福利水平。

## 告诉我们更多关于申请人和所有家庭成员的情况



Division of Family  
and Children Services



## 福利申请

我们需要申请人及所有家庭成员的更多资料，来决定谁符合资格享受福利。请回答下列仅与您希望获得的福利有关的问题。

1. 是否有人已经获得其他郡或州的福利? 是 否

如果是:

谁: \_\_\_\_\_

地点: \_\_\_\_\_

时间: \_\_\_\_\_

2. 是否有人曾在 1996 年 8 月 22 日之后因提供虚假住址和身份以获得多项食品券福利而被定罪? (只适用于食品券) 是 否

如果是:

谁: \_\_\_\_\_

地点: \_\_\_\_\_

时间: \_\_\_\_\_

3. 在申请之日前后 30 天内, 家庭中是否有任何人自愿辞去一份工作、或自愿地把 他/她的工作时间减少到每周 30 小时以下? (只适用于食品券及贫困家庭临时援助) 是 否

如果是, 是谁辞去工作? \_\_\_\_\_

他/她为什么辞职? \_\_\_\_\_

4. 是否有人怀孕? \*如果有的话, 请提供怀孕证明。 是 否

如果是, 谁: \_\_\_\_\_

预产期: \_\_\_\_\_

(这个问题并不适用于只申请食品券的申请人)

5. 对于申请Medicaid的人, 是否有人在过去三个月有未支付的医疗费账单? 是 否

(此问题不适用于只申请食品券或贫困家庭临时援助的申请人)

6. 是否有人被取消食品券或贫困家庭临时援助 (TANF) 计划资格? 是 否

如果是,

a. 谁: \_\_\_\_\_

b. 在哪里: \_\_\_\_\_

7. 是否有人试图避免重罪起诉或监禁? (只适用于食品券及贫困家庭临时援助) 是 否

如果是, 谁: \_\_\_\_\_

8. 是否有人违反缓刑或假释规定? (只适用于食品券及贫困家庭临时援助) 是 否

如果有, 谁: \_\_\_\_\_

9. 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后因拥有、使用或倒卖受制药剂 (即毒品重罪) 而被定罪 (只适用于贫困家庭临时援助和食品券) 或暴力犯罪 (只适用于贫困家庭临时援助)? 是 否

如果是:

谁: \_\_\_\_\_

什么时候: \_\_\_\_\_



Division of Family  
and Children Services



## 福利申请

- a) 您是否遵守所有因毒品重罪获得的任何判决相关的缓刑规定？（只适用于食品券和贫困家庭临时援助） 是 否
- b) 您是否遵守所有因毒品重罪获得的任何判决相关的假释规定？（只适用于食品券和贫困家庭临时援助） 是 否
- c) 您是否顺利完成任何毒品相关定罪的所有缓刑或假释要求？  
（只适用于食品券和贫困家庭临时援助） 是 否
10. 您或任何家庭成员是否曾在 1996 年 8 月 22 日之后因用贩卖食品券福利换取毒品而被定罪？ 是 否  
（只适用于食品券）
- 如果是：  
谁： \_\_\_\_\_  
什么时候： \_\_\_\_\_
11. 您或任何家庭成员是否曾在 1996 年 8 月 22 日之后因买卖 500 美元以上的食品券福利而被定罪？ 是 否  
（只适用于食品券）
- 如果是：  
谁： \_\_\_\_\_  
什么时候： \_\_\_\_\_
12. 您或任何家庭成员是否曾在 1996 年 8 月 22 日之后因用食品券福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪？ 是 否  
（只适用于食品券）
- 如果是：  
谁： \_\_\_\_\_  
什么时候： \_\_\_\_\_
13. 是否有人在以下场所或场合使用贫困家庭临时援助（TANF）资金或万事达借记卡（EPPIC）：酒类专卖店、赌场、棋牌室、成人娱乐场所、保释金委托、夜总会、沙龙/酒馆、宾果游戏厅、竞速场、枪/弹药店、游船、通灵看相、烟品商店、纹身/穿孔店、水疗/按摩美容院？ 是 否  
（只适用于贫困家庭临时援助）
- 如果是：  
谁： \_\_\_\_\_  
什么时候： \_\_\_\_\_





## 福利申请

### 告诉我们申请人和所有家庭成员的收入

您或您正在帮助其申请的人有没有接收任何类型的收入，如工资、小费、奖金、自雇收入、社会保障金/铁路退休金、其他残疾金、退伍军人收入、退休金、失业金、子女抚养费、抚养费、他人给予的金钱、工伤赔偿金，或任何其他收入？

有收入的家庭成员姓名	收入类型	雇主名称/收入来源	每月数额 (扣除前)	收入频率 (每月, 每两周,	每小时工资金额	每周小时数	支付日期

### 告诉我们申请人和所有家庭成员的消费情况

您是否支付照顾受抚养子女或残障成年家庭成员的费用？ 是  否  如果是，请填写下表。（食品券若每月金额超过 200 美元则需提供证明）

需要看护的家庭成员	支付看护费用的家庭成员	需要看护原因	看护提供者姓名/号码	支付看护提供者的金额	支付频率

您是否支付受抚养子女或残障成年家庭成员的交通费用？ 是  否

这些费用是否包含在受抚养人护理费用中？ 是  否

如果否，请回答此问题：每周行驶总里程： \_\_\_\_\_

有没有任何 60 岁或以上人士或残疾人士有医疗费用？ 是  否  如果是，请填写下表。

有费用的家庭成员	费用类型 (看医生、医院就诊、处方药、Medicare 或健康保险保费、眼镜)	欠款金额	仍然欠款? 是/否	支付日期	保险会支付吗? 是/否

有没有任何 60 岁或以上人士或残疾人士有医疗运输交通费用？ 是  否  如果是，请填写下表。

出行的目的 (看医生或医院就诊, 药房取药)	行车总英里数	出租车、公交车、停车场或住宿费用



Division of Family  
and Children Services



# 福利申请

告诉我们更多关于申请人和所有家庭成员的开支情况

有没有家庭成员向某个不住在家里的人支付子女抚养费？是否如果是，请填写下表。

有义务支付该费用的家庭成员	为其支付抚养费的儿童姓名	需支付的金额	实际支付金额	儿童抚养费付给谁

您或家庭成员是否支付任何居住费用？请填写下表。是否

如果是，请填写下面的表。

费用	金额	多久一次？	谁支付？
租金/按揭			
房产税			
房产保险			
电费			
燃气费			
垃圾处理费			
电话费			
其他			

您是否与家里任何人分担家庭每月开支？是否

如果是，谁？\_\_\_\_\_

补充/文件\_\_\_\_\_

付款给谁\_\_\_\_\_ 付款金额 \$ \_\_\_\_\_ 每\_\_\_\_\_ 业主姓名

业主地址:

\_\_\_\_\_

您在过去 12 个月里是否收到能源援助？是否 如果是，收到的金额是 \$ \_\_\_\_\_

是否有其他人为您支付这些家庭账单？是否如果是，请填写下表:

谁支付账单？	支付什么账单？
支付了多少钱？	此人向谁支付这些账单？



# 福利申请

## 食品券计划处罚

您可能会因故意提供虚假信息而失去您的福利或受到刑事起诉。

- 不要为了获得您的家庭不应得到的福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不要使用别人的食品券或电子福利划拨（EBT）卡，也不要别人让使用您的食品券或卡。
- 不要使用食品券福利购买非食品物品，如酒精或香烟或支付信用卡。
- 不要使用食品券或电子福利划拨（EBT）卡交易非法物品，如枪支、弹药或受控物质（违禁药物）。

如果您的家庭中的任何成员故意违反食品券规则中的任何一项，将被禁用食品券计划 1 年甚至永久禁用，该成员同时会被处以最高 25 万美元罚款和/或 20 年监禁。她/他还可能受到其他适用的联邦或州法律之起诉。如果法庭下令，也可能将追加被禁用食品券 18 个月。

如果您的家庭中的任何人故意违反规则，第一次违反，将被禁用食品券 1 年；第二次违反，将被禁用 2 年；第三次违反，将被永久禁用。

如果法庭裁定您或任何家庭成员犯有在受控物质交易中使用或获得食品券福利的罪行，第一次判罪，您或此家庭成员将失去福利资格 2 年；第二次判罪，将永久失去获取福利的资格。

如果法庭裁定您或任何家庭成员犯有在涉及枪支、弹药或爆炸物销售的交易中使用或获得福利的罪行，第一次判罪，您或此家庭成员将永久失去参与食品券计划的资格。

如果法庭裁定您或任何家庭成员犯有福利非法交易罪，涉案合计金额为 500 美元或以上，第一次判罪，您或此家庭成员将永久失去参与食品券计划的资格。

如果您或任何家庭成员被裁定为获取多项食品券福利，就有关身份（他们是谁）或居住地（他们住的地方）做出欺诈性的陈述或声明，您或此家庭成员将失去参与食品券计划资格 10 年。

## 贫困家庭临时援助（TANF）计划处罚

在 TANF 计划中，通过故意提供虚假或具误导性的信息或隐瞒信息，以建立或维持一个受援单位（AU）的资格、增加 AU 的福利、防止 AU 的福利减少，属于故意违反计划的行为（IPV）。

- 任何家庭成员隐瞒情况，不及时申报变更，或不如实反映情况，首次违规将失去 TANF 福利六个月，第二次违规将失去十二个月 TANF 福利，第三次违规将永久失去 TANF 福利。严禁滥用现金援助金，使用 TANF 借记卡提取现金，或在以下场所或场合进行交易：赌场、酒类专卖店、成人娱乐场所、“脱衣舞俱乐部”、棋牌室、保释金委托、夜总会/发廊/酒馆、宾果游戏厅、竞速场、博彩场所、枪支/弹药商店、游船、通灵看相、烟品商店、纹身/穿孔店和水疗/按摩沙龙；否则首次违规将失去 TANF 福利六个月，第二次违规将失去十二个月 TANF 福利，第三次违规将永久失去 TANF 福利。
- 如果法庭裁定您或家庭成员隐瞒信息，或者您没有及时申报变更或不如实反映情况，且被定罪，首次违规将失去 TANF 福利 12 个月，第二次违规将永久失去 TANF 福利。
- 如果法庭裁定您或任何家庭成员为了得到超过一个州的福利而提供关于您住所的虚假信息，您将在 10 年内不得享受福利。
- 如果在 1997 年 1 月 1 日或之后，您或家庭成员被法庭判决犯有与毒品或受控物质有关的罪行或犯有严重暴力重罪，您或该家庭成员将失去资格和/或被永久取消资格。



Division of Family  
and Children Services



## 福利申请

### 所有食品券、贫困家庭临时援助、和 Medicaid 申请

本人声明，据本人所知及所信，本人代为申请福利的人是美国公民，或者是合法居留在美国的人士，如作伪证，愿受处罚。本人进一步证明，据本人所知，本申请表中的所有信息真实且正确。本人理解并同意，公众服务部家庭及儿童服务署、社区卫生服务部和授权的联邦机构可以验证本人在本申请表中所提供的信息。信息可以从过去或现在的雇主处获得。本人理解，本人的资料将用于追踪工资信息和本人参与工作活动的情况。

本人会根据食品券/Medicaid 和/或贫困家庭临时援助（TANF）计划的要求上报个人情况发生的任何变化。如果有任 何信息不正确，福利可能会减少或被拒绝，并且本人可能会受到刑事起诉，或因为故意提供不正确信息而被取消公众 服务部计划资格。本人知道，本人可以因为提供虚假信息或隐藏信息被起诉。本人还明白，在本人的申请或续期的面谈中，如果本人不向公众服务部家庭及儿童服务署通告本人的一些费用，和/或无法证实这些费用属实，公众服务部 家庭及儿童服务署在计算本人的食物券福利金额时便可以不对这些费用做出预算。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
授权代表的签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
(个案经理的姓名及签名)

\_\_\_\_\_  
日期



Division of Family  
and Children Services



# 福利申请

(请保留以下文件供您日后查阅)

本机构严禁以种族、肤色、国籍、残疾与否、年龄或性别以及宗教信仰和政治观点为由歧视任何人。美国农业部 (USDA) 也 严禁在由其管理或提供资金支持的任何计划或活动中因种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾与否、年龄、政治观点而歧 视任何人，或针对从前的民权活动进行报仇或报复。

残疾人士如果需要其他的通讯方式以了解本项目的相关信息 (例如点字、大型字体、录音带、美式手语等等)，请联络申 请福利的 (州或本地的) 机构。失聪、有听力或语言障碍的个人可通过拨打联邦中继服务电话 (800) 877-8339 联络 USDA。另外，我们 还可提供除英文以外其他语言的项目信息。

如果要投诉项目中的歧视现象，请通过网站[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)或在任何 USDA 的办公室索 取并填写《[USDA项目歧视投诉表](#)》(AD-3027)，或致信 USDA 并在信中提供所有表格中所需信息。您可以致电 (866) 632- 9992，索要投诉表格。请将填写好的表格或信件通过以下方式提交至 USDA：

- (1) 邮 寄 地 址：美国华盛顿特区 西南独立大道1400号美国农业部民权 办公室助理部长 (20250-9410) ；
- (2) 传真：(202) 690-7442 ；
- (3) 电子邮箱：[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

如需获取有关 SNAP (补充营养援助计划) 问题之任何其他信息，可拨打 USDA 的 SNAP 热线电话 (800) 221-5689 (英语 和西班牙语)，或者拨打 [州信息/热线电话](#) (点击此链接可查看各州的热线电话号码一览表：[http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm))。

如果要对通过 HHS (美国卫生与公众服务部) 接受联邦资助的项目提出歧视投诉，请致函 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 或致电 (202) 619-0403 (语音) 或 (800) 537- 7697 (文本电话)。

本机构是一个均等机会提供者。

您也可以通过联系 DFCS (家庭及儿童服务署) 民权计划提交歧视投诉。其地址为 Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303。您也可致电 (404) 657-3735 或发传真至 (404) 463-3978 提交投诉。对于英语能力有限和感官功 能障 碍而要求提供服务的人士，请与公众服务部 (DHS) 英语能力有限和 711 感官受损计划联系，其地址为 Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303，或可致电 (404) 657-5244 或发传真至 (404) 651-6815。

根据 DCH (社区卫生服务部) 的政策，Medicaid (医疗补助) 不能因您的种族、年龄、性别、残疾与否、国籍、政治观点 或宗 教信仰而拒绝您的资格或福利。如要举报 Medicaid 的资格或提供者的歧视，请致电佐治亚州社区卫生服务部计划廉正 办公室 (Georgia Department of Community Health's Office of Program Integrity)：(本地电话) 404-463-7590，(免费电 话) 800-533-0686。

## 本申请表中的术语是什么意思？

本表解释了申请表中所用术语的含义。

看护人	是指为其看护的儿童代为申请并获得贫困家庭临时援助的父母、亲属或法定监护人。
承授人亲属	是指以他或她的名字，代表儿童申请并接受贫困家庭临时援助的家长、亲属或法定监 护人。
取消资格	是指对于没有告知真实情况并获得了不应得福利的个人所采取的取消其食品券或贫困家庭 临时援 助个案的措施。
电子福利划拨 (EBT)	是指在佐治亚州使用的一种用于向有资格获得食品券的个人支付福利的系统。接受援助的 个人获 发放一张电子福利划拨 (EBT) 借记卡，用于访问其食品券账户。
EPPICard 万事达借记卡	是指 Xerox 向佐治亚州接受现金援助的个人发行的新借记卡。EPPICard 万事达借记卡可以 在任何接受万事达卡的地方用于购物和提取现金。
家庭成员	是指居住在您家中的个人。对食品券而言，是指共同生活且共同购买、制作食品的个人。
收入	是指包括工资、薪水、佣金、奖金、工伤赔偿、残障补贴、退休金、退休福利、利息、子 女抚 养 费或任何其它形式的金钱收入。



## 福利申请

总收入	是指个人在赋税或交付其他减免款项之前的收入。
农场流动工人	是指从一个家庭基地前往另一个基地工作或寻找农场工作的季节性农场工人。
财产	是指现金、不动产或资产，例如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。
季节性农场工人	是指在每年特定时节工作，进行种植、收摘或打包农产品的个人。他们因农场雇用的长期工人人手不足，而获得临时雇用。
《2012年中产阶级减税法案》	该《法案》禁止使用现金援助资金或贫困家庭临时援助计划的借记卡提取现金，或用于在赌场、酒类专卖店，成人娱乐设施、棋牌室、保释金委托、夜总会/发廊/酒馆、宾果游戏厅、竞速场、博彩场所、枪支/弹药店、游船、通灵看相、烟品店、纹身/穿孔店和水疗/按摩沙龙支付交易。领受者在以上场所使用现金援助资金或贫困家庭临时援助借记卡，即构成故意违反计划的（诈骗）
申请人	是指选择申请或接受公共援助/福利的个人。
非申请人	是指不申请或领取公共援助/福利的个人。非申请人无须提供社会安全号码、公民或移民身份信息。
受援单位	是指包括居住在一起且共同获得公共援助 / 福利的合格人士。
补充营养援助计划 (SNAP) / 食品券计划的非法交易	补充营养援助计划 (SNAP) 福利的非法交易是指：（1）通过电子福利划拨 (EBT)、卡号和个人密码 (PIN) 或代用券以及签名的方式，购买、出售、窃取或以其他方式，用补充营养援助计划 (SNAP) 发放或提供的福利换取现金或换取合格食品之外的对价或好处，且无论是直接地、间接地、同谋或与他人串通，或单独行动；（2）交换枪支、弹药、爆炸物，或者受控物质；（3）使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购买一类需要就容器支付返还押金的产品，以期通过丢弃产品并退换容器的方式换取押金，并故意丢弃产品并退换容器以换取押金；（4）使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购买产品，意图通过倒卖该产品的方式换取现金或合格食品之外的对价或好处，并随后故意倒卖使用补充营养援助计划 (SNAP) 福利购得的产品，来换取现金或合格食品之外的对价或好处；（6）通过电子福利划拨 (EBT) 卡、卡号和个人密码 (PIN) 或代用券和签名，来试图购买、出售、窃取或以其他方式交换补充营养援助计划 (SNAP) 发放或提供的福利，以换取现金或合格食品之外的对价或好处，且无论是直接地、间接地、同谋或与他人串通，或单独行动。
具有资格的外国人/移民	具有资格的外国人/移民是指合法居住在美国的、属于以下类别之一的人士：符合《移民与国籍法案》(Immigration and Nationality Act) 规定的合法永久居民 (LPR)；符合《1988年海外业务、出口融资和相关项目拨款法案》第 584 条款的美亚混血移民；符合《移民与国籍法案》第 208 条款被授予庇护的人士；按《移民与国籍法案》第 207 条款承认其难民身份的人士；根据《移民与国籍法案》212 (d) (5) 节，许可返美至少 1 年时间的的人士；符合 1997 年 4 月 1 日之前生效的《移民与国籍法案》第 243 (h) 节，或根据修订的第 241 (b) (3) 节暂缓强制遣返的人士；符合 1980 年 4 月 1 日之前生效的《移民与国籍法案》第 203 (a) (7) 节的有条件入境者；符合《1980 年难民教育援助法案》第 501 (e) 节的古巴和海地移民；符合《2000 年人口贩运受害人保护法》第 107 (b) (1) 节规定的人口贩运受害人士；符合《1996 年个人责任和工作机会协调实践法案》(经修订) 第 431 (c) 节规定的受虐移民；符合《移民与国籍法案》第 101 (a) (27) 节特批的阿富汗和伊拉克移民 (在特定条件下)；符合《移民与国籍法案》第 289 条款规定的在加拿大出生、居住在美国的美洲印第安人，或《印第安人自决和教育援助法案》第 4 (e) 节联邦承认的印第安人部落的非公民，以及在越战期间 (1964 年 8 月 5 日 - 1975 年 5 月 7 日) 协助美方人员并参与军事或救援行动的苗族或高地老挝的部落成员。