

一般信息

凭借该申请，您可以申请以下一个或多个援助计划。请参阅折叠页的说明。

- 补充营养援助计划(SNAP)，(原先的食物券)
- 贫困家庭临时援助(TANF)
- 贫困家庭临时援助(TANF)紧急援助
- 一般救济 - 无归属的孩子
- 辅助资助
- 难民现金援助

填写申请

如果在填写该申请时您需要帮助，一个朋友或亲戚或资格审查员工可以帮助您。如果您在替别人填写该申请，请将您自己当作那个人回答每一个问题。如果您需要更改答案或纠正，请在旁边写出正确的信息，并把您的姓名缩写和日期写在更改处的旁边。如果有超过 8 人住在您家，您需要更多的空间才能列出所有人，请告诉机构，您需要额外页面。

有残疾的或阅读英语有困难的人，可以获得援助或服务，以确保他们得到他们有资格获得的额外帮助。

完整且准确的信息

您必须提供完整、准确、真实的信息。如果您不提供必需的信息，我们可能无法确定您是否有资格获得协助。不需要有关您的人种的信息。不过，如果您决定不提供该信息，您的资格审查员工将填写该部分。如果您故意提供虚假、不正确或不完整的信息，或未能报告变化，您可能会失去您的福利和被逮捕，起诉，罚款和/或监禁。如果为了帮助别人得到福利您故意提供虚假、不正确或不完整的信息，您可能会被逮捕，起诉诈骗罪。

提出申请

您可以提交至少包含您的姓名、地址、签名(或授权代表签名)的只完成了一部分的申请，但在确定您的资格之前，您必须完成该申请的其余部分。对于一些计划，您也必须接受面试，但您可以在您的面试之前提交您的申请。您可以在您联系当地机构的同一天的任何办公时间提交您的申请。即使看起来您可能没资格获得福利，您仍然有权利提交您的申请。

补充营养援助计划(SNAP)申请人的特殊信息

通过在机构留下已填写完成的福利申请，或留下至少带有您的姓名、地址、签名的已完成了一部分的申请，或通过撕下并留下带有您的姓名、地址和签名的这半张表，您可以申请补充营养援助计划(SNAP)福利。您必须完成该申请的其余部分，才可以确定您的资格。

您还必须在办公室或通过电话接受面试。您可以在面试之前提交您的申请。这很重要，因为如果您有资格获得您申请当月的福利，您的补充营养援助计划(SNAP)金额将以您实际提交您的申请的日期为准。

补充营养援助计划(SNAP)福利的加急服务

在以下情况下，您的家庭可能有资格获得加急服务，并于 7 天内接收补充营养援助计划(SNAP)福利：如果您有资格并且如果您每月收入总金额不到 150 美元和易兑换现金的资源是 100 美元或以下；或您每月的居所账单高于您的家庭的每月总收入加上易兑换现金的资源；或，如果您的家庭中有人是一个移民或季节性农场员工，只有很少或根本没有收入和资源。请提供以下信息，以便能够确定您是否有资格申请加急服务。

本月获得的/预计的扣除前总收入	\$ _____		
总现金，支票/储蓄账户中的钱，存款证	\$ _____		
这个月的房租或抵押贷款总额	\$ _____		
这个月的公用设施开支	\$ _____		
您支付哪些公用设施？(在所有适用的选项前打勾)			
<input type="checkbox"/> 热	<input type="checkbox"/> 灯	<input type="checkbox"/> 电话	<input type="checkbox"/> 空调用电
<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 下水道	<input type="checkbox"/> 垃圾	<input type="checkbox"/> 其它
您的家庭中是否有人是移民或季节性农场员工？ 是 () 否 ()			

姓名	出生日期
地址	社会安全号码
	电话号码
签名	日期

仅限机构使用

案件名称

案件编号

地区

筛查员

日期

加急服务的确定

收入 ≤ 150 美元 + 资源 ≤ 100 美元 是 () 否 ()

收入 + 资源 < 居所账单 是 () 否 ()

对于移民或季节性农场员工:

资源 ≤ 100 美元, 并且在未来
10 天预计的新收入 ≤ 25 美元; 是 () 否 ()

或

资源 ≤ 100 美元, 并且预计本月或下
个月从已终止的来源的收入是 0 美元。 是 () 否 ()

如果上述任何问题的答案是“是”, 请说明详情。

信息的验证和使用

您在该申请提供的信息, 包括社会安全号码(SSN), 可能会与联邦、州和地方记录进行对比。这些记录包括:

- 弗吉尼亚州就业委员会 (VEC)
- 国内收入署 (IRS)
- 机动车辆管理局 (DMV)
- 美国公民及移民服务局 (USCIS)
- 社会安全局 (SSA)

您提供的信息和这些记录之间的任何不同都将进行调查。来自这些记录的信息, 可能会影响您的资格和福利金额。信息可能会用于:

- 确定申请的正确性、准确性、真实性;
- 验证您的身份和公民身份; 核实工资和薪水, 失业救济金, 劳动收入, 如社会保障和补充保障收入(SSI)福利; 根据外国人的社会保障的覆盖范围验证宿舍, 或核实外国人的状态;
- 防止在同一时间从一个以上的社会服务机构得到福利;
- 做出所需的计划改变;
- 允许透露信息, 用于官方检查, 和透露给执法官员, 以协助逮捕逃避法律制裁的人; 或
- 辅助补充营养援助计划(SNAP)请求收集行动。

非歧视声明

禁止该机构歧视种族、肤色、民族、残疾、年龄、性别和在某些情况下还有宗教和政治信仰。

美国农业部(USDA)也禁止歧视客户、员工、就业申请人的种族、肤色、国籍、年龄、残疾、性别、性别身份、宗教、报复行为、以及适用时的政治信仰, 婚姻状况, 家庭或父母状况, 性取向, 或全部或部分个人收入来自任何公共援助计划, 或在就职或任何计划或由农业部开展或资助的活动中受保护的遗传信息。并非所有禁止都将适用于所有的计划和/或就业活动。

如果您想提交一份关于美国农业部的民事权利计划的歧视投诉, 请填写美国农业部计划歧视投诉表格, 可以在网页 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 下载, 或去任何美国农业部办公室, 或致电(866)632-9992 索取表格。您也可以写一封包含有表格要求的所有信息的信。将填好的投诉表格或信件发送给我们, 可以邮寄给美国农业部裁决办公室主任, 华盛顿独立大道西南 1400 号, 邮编 20250-9410, 也可以传真到(202)690-7442 或发送电子邮件到 program.intake@usda.gov。

有耳聋、重听或言语障碍的人可以通过联邦接力服务(Federal Relay Service)电话(800)877-8338, 或(800)845-6136(西班牙语)与美国农业部(USDA)联系。

关于处理补充营养援助计划(SNAP)问题的任何其它信息, 应联系美国农业部(USDA)补充营养援助计划(SNAP)热线电话(800)221-5689, 这也是西班牙语的, 或拨打州信息热线号码(点击链接获得按州排列的热线电话号码的清单); 在网页 http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotline.htm 也可以找到。

通过美国卫生和人类服务部(HHS)提交关于收到的联邦财政援助计划的歧视投诉, 写信给: 美国卫生和人类服务部(HHS)民权办公室主任, 华盛顿独立大道西南200号515-F室, 邮编20201或致电(202)619-0403(语音)或(800)537-7697(聋哑人用的文本电话)。

美国农业部(USDA)和美国卫生和人类服务部(HHS)是平等的机会提供者和聘用方。

说明

- 不要写在阴影区。这些区域仅限机构使用。
- 阅读并完成该页的**选民登记**部分。
- 填写 **A 部分：一般信息**。为住在您家中的每一个人回答 **A 部分** 的问题，即使您不是为那个人申请也要回答。有关未请求援助的任何人的公民身份、移民和社会安全号码的问题，您可以不回答。
- 回答 **B 部分** 的问题：**您所申请的每个人的收入**。此外，如果申请的是**贫困家庭临时援助(TANF)**，还要提供 18 岁或以下的孩子的收入信息，即使您不是为那个孩子申请的，和您申请的孩子的继父母的收入信息。
- 回答 **C 部分** 的问题：**您所申请的每个人的资源**，除非您申请的是**贫困家庭临时援助(TANF)**。
- 填好 A、B 和 C 部分后，根据您请求的援助类型，回答下面表示的章节中的问题。

补充营养援助计划(SNAP)(食物券) 第 8 页 D 部分 金融援助 第 9 页 E 部分	贫困家庭临时援助(TANF)紧急援助 辅助补助	第 10 页 F 部分 第 10 页 G 部分
---	--	--
- 阅读第 13 页上的**变更报告及处罚**。
- 阅读并填写该申请的最后一页。确保在该申请上要签名并注明日期。

弗吉尼亚州民登机构

如果您在现在住的地方没有登记投票，您想今天在这里申请登记投票吗？(请只在一个选项前打勾)

- 我已经在我目前的地址登记投票，或我没有资格登记投票，不需要申请登记投票。
- 是的，我想申请登记投票。(请填写选民登记申请表)
- 不，我不想登记投票。

如果您未在任何选框打勾，将视为您已经决定此时不登记投票。申请登记或拒绝登记投票，不会影响您将可以该机构提供的援助或服务。如果您拒绝登记投票，该事实将保密。如果您登记投票，您提交申请的办公室将保密，将仅用于选民登记的目的。如果您想要提供填写选民登记申请表的帮助，我们将帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。如果您想，您可以秘密地填写申请表。

如果您认为有人干预了您登记或拒绝登记投票的权利，您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，您可以提交申诉到：弗吉尼亚州选举部部长，弗吉尼亚州里士满银行街1100号华盛顿大楼，邮编23219-3497，电话(804)864-8901。

申请人姓名

签名

日期

选民登记表格已完成： 是 否 选民登记表格已给申请人，以便日后邮寄(基于申请人的请求)

机构员工签名

日期:

弗吉尼亚联邦
社会服务部
福利申请

仅限机构使用				
案件名称	案件编号	计划	员工 案件量	收到的日期
地区	服务转介日期		面试日期 <input type="checkbox"/> 在办公室 <input type="checkbox"/> 电话	

申请人的姓名	社会安全号码	电话号码 (家庭/信息) (工作/其它)
居住地址(包括城市、州和邮编)	通往家庭的方向	
邮寄地址(如果不同)	电子邮件地址	
语言: (输入代码) _____ 1 - 英语 2 - 西班牙语 3 - 柬埔寨语 4 - 越南语 5 - 波斯语 6 - 海地克里奥尔语 7 - 老挝语 8 - 中文 9 - 韩语 A - 索马里语 B - 库尔德语 C - 阿拉伯语 F - 法语 G - 德语 J - 日语 O - 其它		

1. **是 () 是 ()** 您或您要申请的任何人, 是否申请过或接收过, 或正在接收任何社会服务机构的福利, 包括补充营养援助计划(SNAP)(食物券)、对有子女家庭补助计划(AFDC)、贫困家庭临时援助(TANF)、医疗补助、一般救济、辅助资助、寄养申请、收养援助、或难民现金援助?

申请人的姓名	社会安全号码	收到的福利类别
何时	从哪个县、市、州	

2. **是 () 是 ()** 您或您要申请的任何人, 是否曾经被裁定为同时在两个或两个以上的州提供了关于您接收贫困家庭临时援助(TANF)、补充营养援助计划(SNAP)、或医疗补助的身份或地址的虚假或具误导性的陈述? 如果**“是”**, 请提供裁定的日期和地点_____

3. **是 () 是 ()** 您或您要申请的任何人, 违反假释或缓刑或逃避抓捕, 以避免重罪起诉或惩罚吗? 如果**“是”**, 请解释_____

4. **是 () 是 ()** 您或您家中的任何人在 1996 年 8 月 22 日之后有过以下情况的毒品重罪定罪吗, () 使用? () 拥有? () 毒品分销? (在所有适用的选框打勾) 如果**“是”**, 是谁? _____ 法庭安排了() 定期测试? () 药物治疗? () 其它行动吗? **是 () 否 ()** 如果**“是”**, 您完成了该计划或您合作了吗? **是 () 否 ()**

为第 2 页列出的每个人填写该部分

	5. 美国公民* 在 是 或 否 选项打勾(√) 如果“是”，不要回答问题 6。 没有请求援助的任何人，您可以空着不写。	6. 只有是外国人时才回答 请提供您请求援助的 外国人编号 和 入境日期 。 没有请求援助的任何人，您可以空着不写。	7. 出生地 如果出生在美国请提供 州名 ，或者如果出生在美国以外的国家请提供 国家名 8. 出生日期	9a. 人种 (非必需) 选择所有适用的选项 1. 白人 黑人/非洲裔美国人 2. 美国印第安人/阿拉斯加原住民 3. 亚洲人 5. 夏威夷原住民/太平洋岛民	9b. 民族 (非必需) 提供 代码 显示民族。 1 - 西班牙裔或拉丁裔 2 - 不是西班牙裔或拉丁裔	10. 性别 提供 代码 显示性别。 M - 男 F - 女	11. 社会安全号码 请提供您请求援助的任何人的号码。	12. 婚姻状况 请提供 代码 显示婚姻状况。 1 - 已婚 2 - 未婚 3 - 离异 4 - 寡居 5 - 分居
1	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
2	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
3	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
4	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
5	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
6	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
7	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					
8	是() 否()	外国人编号 进入日期	出生地 出生日期					

B. 收入(所有申请人必须填写该部分)

回答您要申请的每一个人的收入问题。如果申请的是**贫困家庭临时援助(TANF)或贫困家庭临时援助(TANF)紧急援助**，还要根据说明页上的说明提供额外人员的收入信息，也要提供住在家中的孩子的父母或继父母；或作为丈夫或妻子与父母生活在一起的人的收入信息。如果父母是一个 18 岁以下的未成年人(申请的是**贫困家庭临时援助(TANF)**)，也要提供未成年人父母的父母的收入信息。

1. 有没有人从工作中获得以下类型的金钱？在每种类型的“是”或“否”选项打勾(√)。如果“是”，提供所要求的信息。

- | | | | | | | | |
|-----------|----------|-----------|---------|-----------|-------|-----------|-------------|
| 是() 否() | 工资/薪金 | 是() 否() | 假期工资 | 是() 否() | 农业/渔业 | 是() 否() | 其他自由职业 |
| 是() 否() | 合同收入 | 是() 否() | 获得的病假工资 | 是() 否() | 家务工作 | 是() 否() | 工作所得的任何其它金钱 |
| 是() 否() | 佣金、奖金、小费 | 是() 否() | 婴儿/日托 | 是() 否() | 零工 | | |

从工作获得金钱的人	聘用单位的姓名、地址、电话号码	就业开始日期	每月工作的小时数	薪酬单价	付款频率	一周的支付日	扣除前的每月总薪酬
				\$ 每			\$
				\$ 每			\$
				\$ 每			\$

2. 有没有任何人收到任何其它类型的金钱？在每一种类型的“是”或“否”选项处打勾(√)。如果“是”，请提供所请求的信息。

- | | | | | | | | |
|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|--------------------|
| 是() 否() | 社会保障 | 是() 否() | 子女抚养费，赡养费 | 是() 否() | 现金礼物或捐款 | 是() 否() | 贷款 |
| 是() 否() | 补充保障收入(SSI) | 是() 否() | 军事拨款 | 是() 否() | 公共援助 | 是() 否() | 培训津贴，包括劳力投资法案(WIA) |
| 是() 否() | VA 福利 | 是() 否() | 失业福利 | 是() 否() | 房间/住宿收入 | 是() 否() | 继承权 |
| 是() 否() | 黑肺病福利 | 是() 否() | 员工赔偿 | 是() 否() | 租金收入 | 是() 否() | 所有食物、衣服、公用事业、或租赁 |
| 是() 否() | 铁路退休 | 是() 否() | 罢工福利 | 是() 否() | 奖金 | 是() 否() | 任何其它类型的金钱 |
| 是() 否() | 其它退休 | 是() 否() | 利息，股息 | 是() 否() | 保险结算 | | |

接收金钱的人	收到的金钱类型	收到的频率	什么时候收到的	扣除前的每月总金额
				\$
				\$
				\$
				\$

是() 否() 3. 除了您要申请的人以外，还有没有任何人为您直接支付，帮您支付，或借钱给您付房租，水电费，医疗费或其它任何票据？或者，有没有任何人定期为您或别人提供全部的食物或衣服？

接受帮助的人	提供帮助的人	接收的帮助类型	金额	钱是直接给您的吗？	这是贷款吗？	预计要还款吗
			\$ 每	是() 否()	是() 否()	是() 否()
			\$ 每	是() 否()	是() 否()	是() 否()

是 () 否 () 4. 有任何人在过去的 60 天被解雇, 裁员, 休病假或产假, 罢工, 辞去工作或减少工作小时数?

人的姓名	用人单位的名称、地址、电话	就职起始/结束	工作的小时数/星期数	薪酬单价	付款频率	最后收到付款的日期	离开的原因, 减少的小时数
				\$ 每			

是 () 否 () 5. 本月或下月, 有没有任何人的收到的金钱类型、就业、工作时间有任何变化?

如果“是”, 请提供日期并解释: _____

是 () 否 () 6. 有没有任何人需要支付孩子、老人、或残疾成人的日间护理费用?

为护理付款的人	接受护理的人	如果残疾, 请打勾(✓)	供应商的名称、地址、电话号码	支付的金额
		() 残疾		\$ 每
		() 残疾		\$ 每

是 () 否 () 7. 有没有任何人支付法律义务的子女抚养费给不在家中的任何人? 如果“是”, 支付的人: _____

已支持的人: _____ 支付的金额, 支付频率: _____

是 () 否 () 8. 只有申请辅助补助的人有盲人或残疾人时, 才回答: 这个人有与工作相关的支出吗?

如果“是”, 请提供金额和解释: _____

C. 资源

如果您只申请贫困家庭临时援助(TANF), 贫困家庭临时援助(TANF)紧急援助或一般救济 - 无归属的孩子, 不要填写该部分。对于所有其它计划, 请回答您要申请的每一个人的资源问题。包括与别人共同拥有的任何资源, 即使那个人不和您住在一起也一样。列出所有共同所有者的姓名。在每个共同所有者的姓名后, 列出那个人所拥有的资源的百分比(%)。如果您在回答这些问题时需要帮助, 包括拥有的百分比, 请与您的资格审核员沟通。

是 () 否 () 1. 手头的和不在银行的现金? 如果“是”, 列出所有者 _____ 金额 _____

是 () 否 () 2. 支票账户、储蓄或投资账户、信用社账户、圣诞节俱乐部账户、存款证或货币市场账户、个人发展账户、在护理设施或辅助生活设施的病人资金、或特别的福利基金账户? 列出所有账户, 即使账户中没有钱也一样。如果是储蓄或投资账户, 设立储蓄账户是用于支付学校的开支, 房屋的首付, 或启动生意的吗? 请打勾(✓) 是 () 否 ()。如果储蓄账户是用于支付学校费用, 列出将支付谁的费用 _____。如果储蓄或投资账户是用于其它目的, 请解释 _____

所有者	账户类型 账户#	哪里	是 () 否 () 该资源用于您的业务、贸易、或耕作吗?	金额 \$	收购的日期
所有者	账户类型 账户#	哪里	是 () 否 () 该资源用于您的业务、贸易、或耕作吗?	金额 \$	收购的日期
所有者	账户类型 账户#	哪里	是 () 否 () 该资源用于您的业务、贸易、或耕作吗?	金额 \$	收购的日期

是 () 否 () 3. 股票或债券、信托基金、退休金计划、退休账户、承兑票据、信托契约、共同基金、个人退休账户、或年金？

所有者	账户类型 账户#	哪里	金额 \$	收购的日期
所有者	账户类型 账户#	哪里	金额 \$	收购的日期

是 () 否 () 4. 如果申请的是**补充营养援助计划(SNAP)**福利在过去 3 个月，或者如果申请的是**辅助资助**在过去 3 年，有没有人出售过、转让过、或给出过任何资源？

已转让的物业	转让价值 \$	收到的金额 \$	解释转让的原因
从谁那里来？	到谁那里去？	收购的日期	转让日期

只有当申请的是辅助资助时，才回答该点下面的问题(5 -10B)。

是 () 否 () 5. 墓地，殓葬安排或殓葬信托基金？

所有者	地块数量， 安排的类型	哪里	价值 \$ 所欠金额 \$	收购的日期
-----	----------------	----	------------------	-------

是 () 否 () 6. 个人财产，如房车/拖车，非机动船，实用拖车，工具，设备，物资，或牲畜？

所有者	类型	是 () 否 () 这个物业对您的业务、贸易、或耕作是必要的吗？	价值 \$ 所欠金额 \$	收购的日期
-----	----	------------------------------------	------------------	-------

是 () 否 () 7. 不动产，包括生活屋、土地、建筑物、或移动房屋？如果“是”，您住在那里吗？请打勾 (✓)，是 () 否 ()。

所有者	类型(包括亩数)	是 () 否 () 目前已租用 是 () 否 () 产生收入 是 () 否 () 目前在销售	价值 \$ 所欠金额 \$	收购的日期
-----	----------	--	------------------	-------

是 () 否 () 8. 有许可证的或无许可证的车辆，如汽车、卡车、面包车、摩托艇、房车、移动房屋、休闲车、摩托车/轻便摩托车？

所有者	车辆类型：年份 - 品牌 - 型号 车辆 Id#	目前获得许可证了吗？ 是 () 否 ()	许可证#	价值 \$ 所欠金额 \$	解释如何使用车辆	收购的日期
所有者	车辆类型：年份 - 品牌 - 型号 车辆 Id#	目前获得许可证了吗？ 是 () 否 ()	许可证#	价值 \$ 所欠金额 \$	解释如何使用车辆	收购的日期

是 () 否 () 9. 寿险保单？

所有者	被保险人	公司名称、地址、电话	保单类型	保单号码	面值 \$	现金价值 \$	收购的日期
所有者	被保险人	公司名称、地址、电话	保单类型	保单号码	面值 \$	现金价值 \$	收购的日期

是 () 否 () 10A. 预计有没有任何人会从涉及人身伤害或财产损失的法律诉讼中得到任何金钱？如果“是”，请解释

是 () 否 () 10B. 本月或下月，预计有没有任何人会有资源的变化？如果“是”，请解释，并提供预计发生改变的日期。

解释

D. 补充营养援助计划(SNAP)(原先的食物券)

1. 列出您的家中补充营养援助计划(SNAP)目的的负责人的姓名_____。

是() 否() 2. 您想指定一位代表吗, 为您申请补充营养援助计划(SNAP)福利, 获得您的补充营养援助计划(SNAP)福利账户, 从而为您购买食物, 或者接收补充营养援助计划(SNAP)给您的信件和通知? 您只能指定一位代表获得您的福利。您可以在这里填写您的代表的姓名, 或者写一封信指定代表。

授权代表的姓名、地址、电话号码		请打勾(√), 代表的每一项授权的责任		
1		() 申请补充营养援助计划(SNAP)福利	() 接受信件	() 接收补充营养援助计划(SNAP)福利
2		() 申请补充营养援助计划(SNAP)福利	() 接受信件	() 接收补充营养援助计划(SNAP)福利

是() 否() 3. 有没有任何人同您住在一起, 但您有没有将其包括在您的补充营养援助计划(SNAP)申请中? 如果“是”, 您和您要申请的每一个人是否通常和这些人分开购买和准备餐点? 或者, 如果您的补充营养援助计划(SNAP)福利申请得到批准后, 您打算这样做吗? 请打勾(√), 是() 否()。
如果“是”, 列出姓名: _____

是() 否() 4. 您家中有没有任何人是房客或寄宿者? 如果“是”, 列出姓名: _____

是() 否() 5. 有没有任何人年满 60 岁或以上, 或因为残疾已得到批准享受医疗补助, 或接收任何类型的残疾支票? 如果“是”, 列出这些人当前所有的医疗费用。包括医疗保险和其它医疗保险的保费、医疗和牙科账单、心理治疗、处方药品、眼镜、假牙、助听器、交通、医疗服务、护理服务、以及任何其它的医疗费用。

有支出的人	费用类型	金额	医生、医院、药房的姓名、地址、电话号码
		\$	
		\$	

是() 否() 6. 有没有任何人有任何下面列出的住房开支? 在这里打勾(√), □ 如果这些费用是您没有住的房子。
不生活在那里的原因_____ 有别人生活在那里吗? 是() 否()
如果其他人住在那里, 这个人支付租金吗? 是() 否()

支出	租金/按揭	税	保险	电	燃气/油/煤油	煤/木材	水/污水/垃圾处理	电话	安装
账单金额	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
多频繁									
谁支付账单									

- a. 是() 否() 您的家庭有采暖或制冷开支吗? 如果“是”, 您家采暖或制冷的平均金额是多少? _____.
- b. 是() 否() 在过去一年, 您是否接收了能源/燃料援助?
- c. 是() 否() 您是否暂时住在过别人的家里, 紧急避难所, 福利旅馆, 其它中途歇脚的小客栈, 或通常不是用于睡觉的地方? 如果“是”, 呆在那里在当月需要花多少钱? _____
如果您暂时住在别人的家里, 请告诉我们您搬到那里的日期: _____

F. 贫困家庭临时援助(TANF)紧急援助

是 () 否 () 1. 您或您的家庭在过去 30 天里经历过自然灾害或火灾吗? 如果“是”, 请提供日期和解释 _____

是 () 否 () 2. 有没有任何人有任何紧急需求, 例如衣服, 修理或更换家庭设备及被毁坏的供给品?

紧急状况描述和原因

G. 辅助补助

是 () 否 () 1. 申请人是否生活在辅助生活设施, 成人的寄养家庭, 护理设施, 或其它机构?
如果“是”, 申请人进入的日期_____ 申请人进入前居住过的市\县和州_____
如果是弗吉尼亚州以外, 这是政府机构安置的吗? 是 () 否 ()

是 () 否 () 2. 您的配偶没有住在家里吗? 如果“是”, 请输入配偶的姓名和地址_____

是 () 否 () 3. 在过去 90 天您住在弗吉尼亚州吗?

是 () 否 () 4. 您进入辅助生活设施或成人寄养处所的当月, 您是否拖欠或支付过您的任何账单?

账单说明

账单日期

账单支付日期

是 () 否 () 5. 您拥有价值超过 500 美元的任何家居用品或个人财物吗, 如银, 瓷器, 皮草, 艺术品, 珠宝, 或用于保值或作为投资的其它物品?

物品描述和价值

变更报告及处罚(在该申请上签名之前, 请仔细阅读该部分)

报告变更

您必须报告发生的变化。您需要报告什么, 您什么时候需要报告, 根据以下列出的每个计划会有不同。

补充营养援助计划(SNAP): 在 10 天之内, 但不能晚于发生变化后的一个月的第 10 天报告。报告这些变化:

- 您的家庭收入超过联邦贫困水平的 130%。金额, 请参阅报告变更或行动通知。
- 如果您家中没有孩子, 年龄在 18-49 岁的任何人的一个星期的工作小时数少于 20 小时。

贫困家庭临时援助(TANF)/难民现金补助: 在 10 天之内, 但不迟于发生变化后的一个月的第 10 天报告。报告这些变化。

- 您的家庭收入超过联邦贫困水平的 130%。金额, 请参阅报告变更或行动通知。
- 您的地址变化了。
- 一个符合资格的人离开或进入了家庭。
- 可能会影响您参与计划的变化, 例如, 收入、就业、教育、培训、交通设施和孩子保健的变化。

一般救济 - 无归属的孩子: 在发生变化的日期, 或发生变化后该机构开门的第一天报告。报告这些变化:

- 您的地址变化了。
- 您每月收入的金额变化了。
- 有可能会影响资格的其它变化。

辅助资助: 在 10 天内报告变化。报告这些变化:

- 您的地址变化了。
- 您每月收入的金额变化了。
- 您的资源有变化, 包括转让资产/物业或拥有任何车辆

对补充营养援助计划(SNAP)违规的处罚

您不得提供虚假信息或隐藏信息来获得补充营养援助计划(SNAP)福利。您不得交易或者出售 EBT 卡。您不得使用补充营养援助计划(SNAP)福利购买非食物的物品, 例如酒, 香烟或纸制品。您不得为了您的家庭而用别人的 EBT 卡。

如果您有意违反这些规定, 您可能会被禁止获取补充营养援助计划(SNAP)福利 12 个月(第 1 次违反), 24 个月(第 2 次违反)或永久(第 3 次违反); 可能会被罚款最高 250, 000 万美元, 监禁长达 20 年, 或两项处罚并罚; 以及根据联邦和各州的其它法律缓刑额外的 18 个月并提出其它起诉。

如果您同时在一个以上的地方故意提供虚假信息或隐瞒身份或居住信息以获得补充营养援助计划(SNAP)福利, 您可能会被禁止 10 年。

如果在法庭上您被裁定为以 500.00 美元或以上的价格交易或出售补充营养援助计划(SNAP)福利, 您可能会被永久禁止。

如果在法庭上您被裁定为使用补充营养援助计划(SNAP)福利进行一种受控物质交易, 第一次违反可能被禁止 24 个月, 第二次违反则会被永久禁止。

如果在法庭上您裁定为使用补充营养援助计划(SNAP)福利买卖枪支、弹药、爆炸物, 您第一次违反就会被永久禁止。

违反贫困家庭临时援助(TANF)和难民现金援助(RCA)规定的惩罚

您不得故意提供虚假信息、隐瞒信息, 或不及时报告变化, 以获得贫困家庭临时援助(TANF)/难民现金援助(RCA), 或得到支持性或过渡性的服务, 例如幼儿或运输协助。

如果发现您故意违反这些规定, 您自己将失去接收贫困家庭临时援助(TANF)/难民现金援助(RCA)的资格, 6 个月(第一次违反), 12 个月(第 2 次违反), 或永久(第三次违反)。此外, 根据联邦或州法律, 您可能会被起诉。

被裁定为在两个或更多的州歪曲他或她的居住地, 以获得贫困家庭临时援助(TANF), 补充营养援助计划(SNAP)福利, 医疗补助或补充保障收入(SSSI)的人在 10 年内将没有资格获得贫困家庭临时援助(TANF)。

被裁定为 1996 年 8 月 22 日之后发生了与毒品有关的重罪的任何人都可能被永久禁止申请该计划。

关于子女抚养执法司(DCSE)的信息

为了获得贫困家庭临时援助(TANF), 您需要分配您得到的金融支持付款的所有权利给您在为他们接收贫困家庭临时援助(TANF)的其他人。您的案件获得批准后, 您必须将您收到的任何抚养性付款给儿童抚养执法处(DCSE)。

通过在下面签名，我声明：

- 我阅读了该申请的一般信息和您的责任部分。
 - 我理解，如果我拒绝配合任何有关我的资格的审查，包括质量保证部门的审查，我的福利可能会被拒绝，直到我合作为止。
 - 我理解，如果我申请的是补充营养援助计划(SNAP)福利，未能报告或验证我的任何费用将被视为我的家庭的声明，我不希望获得这些费用的减免。
 - 据我所知，我已经在该申请上提供了真实和正确的信息。我理解，如果我提供虚假信息，隐瞒信息，或者不及时或根据特殊目的报告变更，我可能会违反法律，并可能被起诉伪证，盗窃，和/或福利欺诈的罪行。我理解，如果我在帮助别人填写该表格，以便他或她得到他们无权得到的福利，我是在违反法律，可能会被起诉。
 - 我授权社会服务部及难民服务承办商获得确定和审核金融援助资格所需要的任何必要的验证。该授权自我以下签名的日期起一年内有效。我理解，该时间限制不适用于我的医疗援助的案件是开放的或用于调查可能的欺诈的情况。
 - 据我所知，不同州的机构提供不同的服务和福利。每个机构都必须有具体的信息才能确定获得服务和福利的资格。
- 我允许 我不允许社会服务部将关于我的信息透露给某些其它州机关，包括在电子数据库中的信息，用于确定我是否有资格获得那家机构提供的福利/服务的目的。这种透露将使机构更容易实现高效协同工作，提供或协调服务和福利。机构包括，但不限于，卫生署、老人局、康复服务部和职业康复部。通过通知我的资格审查员工，我可以随时撤回该授权。

我自己填写该申请的。是 () 否 () 如果“否”，完成时有读给我听。是 () 否 ()

申请人或授权代表的签名或标记	日期	配偶或授权代表的签名或标记(补充营养援助计划(SNAP)不需要)	日期
签名标记的见证人或口译	日期		

如果该申请是由别人为申请人完成的，请填写下面的选框。

填写申请的人的姓名	日期	地址
电话号码 (家庭) (其它)		与申请人的关系