



申请补充营养援助计划（SNAP）福利

申请表填写说明

- 尝试回答尽量多的问题。
- 在申请表第1页，填写星期一至星期五能够与您通话的电话号码或可给您留言的号码或地址。
- 请记住，送交申请表之前，在申请表中签名。
- 请务必阅读“权利、责任和处罚通知”。
- 您可以在第1页填写您的姓名和地址，并在第5页签名，填写申请表部分内容，以后再填写其余部分。该基本信息将确定您的申请表填写日期。您可以将申请表寄至：DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, 或传真至（617）887-8765。
- SNAP福利将从您提交申请的日期开始生效。

必须接受面试：DTA将在收到您的申请表后审查您的申请，并将与您联系，讨论您在申请表中提供的信息。

注释：如果DTA无法找到您，您会收到一封安排电话面试的通知信。

您必须提供证明文件：面试时，DTA将解释您需要提供哪些证明文件和信息，才能接受SNAP福利。DTA将寄给您一份确认核对单，列出您需要提供的资料。您可以在我们收到申请表日期后的30天内提交需要的证明文件。如果您在获取这些证明文件时遇到困难，请务必向DTA洽询。您可以将证明文件寄至：DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, 或传真至（617）887-8765。

决定：您将在30天内收到有关您的申请的决定。

您应当撕下本页，自行留存。

我需要提交哪些证明文件

以下是您在申请SNAP福利时需要提交的大多数证明文件：

- **显示您的姓名和地址的身份证明：**

如果您没有地址，您必须告诉我们您的居住地址。

- **收入证明：**

非工作收入的资金授予通知或直接存款对账单，包括利息收入数额和付款频率。如果您在工作，请提交您的最新四张工资单存根、直接存款对账单或支票副本。

- **所有申请人的社会安全号码**

- **非公民身份证明：**

如果您不是公民，请提供合法非公民身份证明。

- **某些开支证明：** 虽然是选择提供资料，如果您提供以下两种证明之一，您的SNAP福利可能更高：

- **医疗开支**

如果您或您的家中的任何人年满60岁或以上或有经证明的残障，*自付医疗费用必须用医疗保险协同付款或保费或安装假牙、配眼镜、助听器、助听器电池、处方药、处方止痛药或非处方药收据以及往返医疗服务地点的交通费收据作为证明。*

- **支付子女抚养费**

您向不与您同住的人士支付的子女抚养费证明（例如法院文件）以及支付的数额。

另请告诉我们您是否有以下任何开支（这是选择提供证明，但提供此类证明可能会使您的SNAP福利更高）：

1. **住宅费用：** 租金或抵押贷款付款、房地产税或房屋保险
2. **水电等杂费：** 家用燃料油、煤气、电、电话（包括手机）或其他杂费开支，例如垃圾处理费、木料或燃煤费
3. **幼儿看护或成年家属护理费：** 家中或家庭外护理

如需了解有关您如何申请SNAP福利的进一步详情，请拨打SNAP热线电话，电话号码 **1-877-382-2363**。



马萨诸塞州过渡援助部

年长者申请人简化SNAP（补充营养援助计划） 申请表

（年满60岁或以上的个人和夫妻）

（年满60岁或以上的个人夫妻）

1. 请填写以下个人信息。

您的姓名（姓、名、中间名首字母）		社会安全号码：
电话号码	我们能在白天拨打这个电话号码与您联系吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	出生日期：
家庭地址（街道、公寓号码）		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
城市、州、邮政编码		
邮寄地址（如不同）		您目前是无家可归者吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

2. 您的种族/人种：搜集此类信息是为了确保每个人都受到公平的对待。您的回答是自愿性的，不会影响您的资格或领取的福利数额。

种族：西裔或拉丁裔 是 否

人种：（勾选所有适用的项目）

美洲印第安人或阿拉斯加本土人 亚裔 黑人或非裔美国人
夏威夷本土人或其他太平洋群岛人 白人

语：请说明您所说的语言 _____

3. 您是美国公民吗？ 是 否

4. 您是马萨诸塞州居民吗？ 是 否

5. 您有特殊状况吗？请勾选对您适用的所有方框。

身体/精神伤残 听力损伤 视力损伤
要求口译员服务 要求使用手语 其他 _____

6. 是否有人协助您填写本表中的信息？ 是 否

协助人姓名 _____ 协助人电话号码 _____

家庭信 Information

7. 您是否已婚？ 是 否

8. 如果回答“是”，您的丈夫或妻子是否与您同住？ 是 否

9. 您是否有任何年龄在22岁以下的孩子与您同住？ 是 否

10. 是否有任何其他人与您同住并且一起吃饭？ 是 否

11. 请列出与您同住的人。

名	姓	社会安全号码	出生日期	性别	美国公民	与您的关系
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

财务信息

12. 您或你们家中任何人是否接受以下任何一种类型的收入？

收入类型	收入数额	接受收入的频率（每周、每两周或每月）	接受收入的人的姓名
社会安全金	\$	每月	
社会安全补助金（SSI）	\$	每月	
养老金	\$		
退伍军人福利	\$		
工伤补偿	\$		
就业工资	\$		
其他（请具体说明）_____	\$		
其他（请具体说明）_____	\$		

13. 您是否支付成人日间护理费用？ 是 否

14. 您是否支付任何其他医疗费用，例如处方药、非处方药、糖尿病用品、眼镜、牙科费用、助听器等？
 是 否

15. 您每个月支付多少房租或抵押贷款费用？ \$ _____

16. 您是否支付任何以下费用？

1. 我为我的住宅暖气付费（油、煤气、电或丙烷气等）或与其他人共同支付暖气费。 是 否

2. 我有空调机，在夏季使用，我支付电费或与其他人共同支付电费。 是 否

3. 我有空调机，在夏季使用，我为使用空调机付费。 是 否

4. 我支付电费或煤气费或与其他人共同支付此项费用。 是 否

5. 我为电话服务付费，包括手机服务（不是预付费电话）。 是 否

经授权代表

17. 您是否希望其他人为您申请或领取购买食物的SNAP卡？ 是 否

姓：	名：	中间名首字母：	地址：	电话号码：

加速SNAP

如果符合以下一种情况，您可以在七天内获得SNAP福利：

- 您的收入和银行存款总额是否低于您的每月住宅费用？ 是 否
- 您的每月收入是否低于 \$150、并且您的银行存款在 \$100 或以下？ 是 否
- 您是流动季节性工人、并且您的银行存款低于 \$100 吗？ 是 否

权利、责任和处罚通知（请认真阅读）

我证明，我已经阅读或已经有人读给我听本申请表中的信息，据我所知所信，我对本申请表中问题的回答准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我还证明，据我所知所信，我对今后可能填写的任何增补表格的回答将准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我理解，为了获得享受SNAP的资格以口头或书面形式提供虚假或误导性陈述或篡改、隐瞒或不提供事实是欺诈行为和有意违反计划的行为（IPV），会受到民事和刑事处罚。

我理解，我在申请表中提供的信息须向联邦、州和地方官员验证，以便确定此类信息的真实性；如果提供任何虚假信息，则可能被拒绝提供SNAP福利，我可能会因为有意提供虚假信息受到刑事起诉。

我理解，过渡援助部（DTA）负责管理SNAP，DTA将在申请表提交日期后的30天内处理提交的申请。我理解，我必须向DTA报告我的家庭收入、资产、地址、生活安排、家庭人口、聘用状况的任何变化或我的家庭发生的可能影响我们的资格的任何其他变化。我理解，除非DTA允许我根据SNAP年度报告规定或过渡福利选择计划（TBA）规定报告变化状况，否则我必须在变化发生后10天内亲自、以书面形式或打电话向DTA报告这些变化。

我理解，如果决定我没有资格获得加速SNAP福利，但我不同意作出的决定，或者如果决定我有资格获得加速服务，但我在提交SNAP申请后七个日历日内没有领到我的SNAP福利，我有权向主管反映情况。

我理解，如果我选择报告子女或其他家属护理费用、租金/抵押贷款、其他居所或水电等杂费，我可能会领取较多的SNAP福利。此外，我理解，如果我为非家庭成员支付子女抚养费，我可以向DTA报告，并提供此项费用证明。如果我不报告或证明上述开支，则可能意味着我将每月领取较少的SNAP福利，并将被视为我的家庭不希望领取未报告或未证明开支扣减的声明。

我还理解，如果我年满60岁或以上，或者如果我是残障人士、且支付医疗费用，我可以向DTA报告和证明此类开支。这可能会使我有资格享受收入扣减，并提高我的SNAP福利。

我理解，我在下方的签名表示，所有年龄在16岁到59岁之间的家庭成员将自动参加工作注册，并登记参加SNAP就业与培训计划（SNAP/E&T）。自动SNAP/E&T登记便于家庭成员接受SNAP/E&T服务。未享受豁免的家庭成员将收到工作要求通知，解释豁免条款和不遵守规定的处罚，并在适当时被转介参加就业活动。

我在本表中的签名表示，我许可DTA核实和调查我提供的与我的申请援助资格相关的信息。我许可DTA索取任何记录或数据，并向其他机构核实本申请表中提供的信息，包括联邦和州立机构、地方住宅管理部门、州外福利部门、财务机构以及向DTA提供工资信息的Equifax人力资源解决方案（Equifax Workforce Solutions）。我还许可这些机构向DTA提供与SNAP福利相关的有关我的家庭的信息。

DTA可能根据消费者报告机构Equifax人力资源解决方案报告中的信息拒绝、终止或降低您的福利。如果我在DTA作出决定后的60天内提出请求，我有权免费索取一份我的Equifax报告副本。我有权对我的报告中的信息的准确性或完整性提出质疑。我可以按照以下联系信息与Equifax人力资源解决方案联系：Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146; 1-800-996-7566（免费电话）。

在批准福利之前，可能会通过美国公民与移民服务部（USCIS，前称为INS）核实移民身份。我理解，DTA可能将我的SNAP申请表中的信息送交给USCIS，从USCIS收到的任何信息都可能影响我的家庭参加SNAP的资格和领取的福利数额。

我理解，我在下方的签名表示，我还许可DTA与小学和中学教育部（DESE）分享有关我本人和我的19岁以下的家属的信息，以便我的家属自动获得学校早餐和午餐计划认证。我还许可DTA与公共卫生部（DPH）分享有关我本人、我的5岁以下的家属以及我的家中任何怀孕者的信息，以便将这些人转介给妇女、婴儿与儿童（WIC）计划，接受营养服务。

我理解，我在下方的签名表示，我授权DTA和马萨诸塞州卫生与公共服务部执行办公室依照供电公司、煤气分配公司和合格的电信公司签署的保密协议，仅限因认证我享受水电等费用折扣费率资格之目的，与此类公司分享有关我接受公共援助福利资格的信息。我还授权DTA与住宅与社区开发部（DHCD）因批准我参加取暖与饮食计划（Heat & Eat Program）之目的分享我的信息。

我理解，我将收到一份《权利须知》手册和《SNAP计划》手册，我必须阅读或请人对我读出手册内容，我必须理解手册内容以及我的权利和责任。如果我对手册或此处的任何信息有任何疑问，我将向我的个案经理询问。如果我在阅读或理解此处的任何信息时遇到困难，我可以联系福利DTA,电话 1-877-382-2363。

我还保证，我的所有申请SNAP福利的SNAP家庭成员是美国公民或具有合格移民身份的非公民。

登记投票的权利

我理解，我有权在DTA登记投票。我理解，如果我希望接受帮助，DTA将帮助我填写选民登记申请表，我可以私下填写选民登记申请表。

我理解，申请或拒绝登记投票不会影响我从DTA领取的资助数额。

SNAP处罚警告

我理解，如果我或我的SNAP家庭的任何成员有意违反下列任何规定，可能会禁止该人士在第一次违规后一年内领取SNAP，在第二次违规后两年内领取SNAP，在第三次违规后永久不得领取SNAP。可能会禁止该人士领取SNAP，从一年到永久不等，最高罚款可达到250,000美元，最长监禁为20年，或二者并罚。还可能根据其他相关联邦法律和州法起诉该人士。如果法院下达命令，还可能命令该人士额外18个月不能领取SNAP。这些规定是：

- 不得为了获得SNAP福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不得交易或出售SNAP福利。
- 不得为了获得您没有资格接受的SNAP福利改动EBT卡。
- 不得用SNAP福利购买不合格的物品，例如酒精饮料和烟草。
- 除非您是经授权代表，否则不得使用他人的SNAP福利或EBT卡。

我还理解以下处罚：

- 有**现金计划**有意违反计划规定（IPV）行为、且在行政管理取消资格听证会（ADH）上被证实的个人将在相同的阶段被禁止参加SNAP，并被禁止接受现金资助。
- 为了**同时**接受多项SNAP福利，对自己的身份或居住地作出虚假陈述或表述的个人将在**十年**期间被禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利交易（购买或出售）受控物质/非法药物的个人，首次发现在**两年**期间被禁止接受SNAP，第二次发现被**永久**禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利交易（购买或出售）武器、弹药或爆炸品的个人将被**永久**禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利进行交易（购买或出售）、其价值达到 \$500 或以上的个人将被**永久**禁止参加SNAP。
- 州政府可根据IPV对在网上或亲自出售SNAP福利或EBT卡的个人提出起诉。
- 为了避免起诉、拘留或重罪定罪后监禁逃亡或违反缓刑或假释条件的个人没有资格参加SNAP。
- 无正当理由不遵守SNAP工作要求的个人，首次发现将取消**三个月**参加SNAP的资格，第二次发现将取消**六个月**参加SNAP的资格，第三次发现将取消**十二个月**参加SNAP的资格。如果第三次被发现不遵守SNAP工作要求的个人是SNAP家庭的一家之主，**整个家庭**将被取消**六个月**参加SNAP的资格。
- 不允许用SNAP福利支付除购食品费用，这样做可能导致取消参加SNAP的资格。
- 个人不得用SNAP福利购买产品，其目的是丢弃产品内装物，然后退还产品容器，以换取现金。

要求口译员服务的权利

我理解，如果我的SNAP家庭中没有成年人会讲英语或懂英语，我有权要求由DTA提供口译员服务。我还理解，我可以在召开任何DTA公平听证会时要求有口译员服务或自己带一名口译员参加听证会。如果我需要在参加听证会时有口译员服务，我必须在听证会召开日期前至少提前一周打电话给听证会分部。

不歧视声明

美国农业部禁止根据种族、肤色、原国籍、年龄、残障、性别、性别认同、宗教信仰、报复行为、政治信仰（如适用）、婚姻状况、家庭状况或父母亲身份、性取向、个人的全部或部分收入来自任何公共资助计划、在工作中或DTA开展或资助的任何计划或活动中的受保护遗传信息对其客户、雇员和就业申请人进行歧视。（并非所有受禁止的依据均适用于所有的计划和/或就业活动。）

如果您想要提交民权计划歧视申诉，请填写美国农业部（USDA）计划歧视申诉表，可在网站 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 上下载或在任何USDA办事处索取该表，或拨打电话号码 (866) 632-9992 索取该表。您还可以写信提出申诉，请包括申诉表中要求提供的所有信息。请将填妥的申诉表或信函寄给我们，邮寄地址：U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410；亦可发传真至 (202) 690-7442；或发电子邮件至 program.intake@usda.gov。

聋人、听力障碍者或有语言残障的个人可通过联邦电话中转服务与USDA联系，电话号码 (800) 877-8339 或 (800) 845-6136（西班牙语）。

如需了解有关补充营养援助计划（SNAP）问题的任何其他信息，请拨打USDA SNAP热线电话（800）221-5689（亦可用西班牙语通话），或请拨打 http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm 网站中的州立信息热线电话（点击链接，查看各州热线电话号码）。

USDA是平等机会服务提供者和雇主。

马萨诸塞州的法律还禁止歧视，包括根据血统进行歧视。如需在马萨诸塞州提出申诉，请洽：

Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108；
电话：(617) 994-6000；听力障碍者专线（TTY）：(617) 994-619



申请人签名：我在本申请表中的签名表示，我在此保证我已经阅读（或有人读给我听）并同意“权利和责任”，据我所知所信，我在本申请表中的回答以及我今后向过渡援助部提供的任何附加文件均准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我已经用我的主要语言阅读“SNAP处罚警告”、已经有人读给我听或有人翻译给我听。我还保证，我的所有申请SNAP福利的SNAP家庭成员是美国公民或具有合格移民身份的非公民。

申请人签名：_____ 日期：_____