****

**补充营养援助计划（SNAP）**

**年长者申请表**

（年龄在 60 岁或以上的个人和夫妇适用）

**我如何申请 SNAP 福利？**

* 将本申请表邮寄至：

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* 将本申请表传真至：

(617) 887-8765

* 亲自前往当地任何过渡援助部（DTA）办公室

请务必：

* 向我们提供一个电话号码，以便我们在星期一至星期五打电话给您。
* 尽量回答提出的问题。如果您不能确定如何回答某个问题，请在答案栏保留空白。我们将在面谈时讨论这个问题。**如果申请表中有您的姓名、地址（如有住所）和签名，我们就会接受您的申请。**
* 阅读《权利、责任和处罚通知》（Notice of Rights, Responsibilities and Penalties）。
* 在最后一页签名。

如果您希望了解更多详情或者需要帮助，请电洽 **1-833-712-8027**，或查阅我们的网站 www.mass.gov/dta。

**我提交申请后会怎样？**

我们将打电话给您安排面谈，讨论您的申请。

* 如果我们无法以电话联络到您，我们会给您寄一封信，安排电话面谈。

**注释：**如果您无法参加为您预约的面谈或者您希望前来 DTA 办公室进行面谈，请告诉我们。您可以在我们的办公时间内的任何时间打电话给我们以安排面谈事宜。

* 如果您不懂英语，我们将为您安排一名口译员。

 *详情请参阅下一页。请保存本页。*

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) i

09-363-0918-05

我们可能需要**确认**您告诉我们的某些信息**（需要您提供证明）**。在面谈过程中，我们会告诉您需要哪些证明。我们还会给您寄一份列表。您可以在我们收到您的申请后的 30 天内向我们提供所需的证明。如果您需要帮助，请务必告诉我们！

我们可能会要求您提供：

* 身份证明（您是谁）
* 您是马萨诸塞州居民的证明
* 您的收入：收入或个体经营收入、退伍军人福利或退休金
* 如果您以非公民身份申请 SNAP，您便须提供非公民身份的证明
* 医疗费用（这不是必须提供的信息，但如果您向我们提供证明，您可能有资格获得更多的 SNAP 福利）

如果您在本申请表中告诉我们您的庇护所或成人日间护理费用，我们可能不需要要求您提供更多的证明。

如果您需要，我们还会给您寄一张电子福利转账（EBT）卡。您可以在我们决定您是否有资格享受福利之前获得 EBT 卡。您亦会收到一个用于 EBT 卡的个人身份号码（PIN）。这是为了便于您在合格后能够尽快使用福利。当您收到 EBT 卡后，您还会收到更多有关如何使用该卡的信息。

**我们会在 30 天内作出有关您的申请的决定，并寄给您一封信。**如果您的申请获得批准，我们会告诉您福利数额以及何时可以获得福利。如果您的申请不获批准，我们会告诉您被拒绝的原因。

*详情请参阅下一页。请保存本页。*

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) ii

09-363-0918-05

 **** **马萨诸塞州过渡援助部**

**补充营养援助计划（SNAP）年长者申请表**

（年龄在 60 岁或以上的个人和夫妇周用）

**如果您符合以下一个条件，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家庭开支，包括水、电、煤气和电话费用？ [ ]  是 [ ]  否
* 您的每月收入是否低于 $150 ，而您的银行存款是否为 $100 或在$100以下？ [ ]  是 [ ]  否
* 您是否季节工人，并且您的银行存款是否为 $100 或在$100以下？ [ ]  是[ ]  否

**有关您的资讯**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 中间名缩写 | 社会安全号码* -
 |
| 与您联系的最方便的电话号码： | [ ]  男 [ ]  女 |
| 白天给您打电话最方便的时间：时间：[ ]  上午 [ ]  下午请勾选所有适用的周日期：[ ]  星期一 [ ]  星期二 [ ]  星期三 [ ]  星期四 [ ]  星期五 | 出生日期： |
| 居住地址 | 您是无家可归者吗？ [ ]  是[ ]  否 |
| 城市、州、邮政编码 |  |
| 邮寄地址（如果与家庭地址不同）： |  |
| 您使用的主要语言是什么？ |

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 1

09-363-0918-05

1. 您的民族/种族：我们要求提供此类资讯是为了确保我们公平地对待每一个人。您可以自愿选择是否回答这个问题，不会影响您的资格或福利数额。

民族：西班牙裔或拉丁裔 [ ]  是 [ ]  否

 种族：*（请勾选所有适用的项目）*[ ]  美洲印第安人或阿拉斯加原住民 [ ]  亚裔

 [ ]  黑人或非裔美国人 [ ]  白人

 [ ]  夏威夷原住民或其他太平洋群岛人

1. 您是美国公民吗？ [ ]  是[ ]  否
2. 您是马萨诸塞州居民吗？ [ ]  是[ ]  否
3. 您因为残障需要帮助吗？我们可以向您提供额外的食宿帮助。食宿帮助可以更方便于您与我们合作。 [ ]  是[ ]  否
4. 您本人或您家中的任何人是否有参军的经历？ [ ]  是[ ]  否

**有关您的家庭的信息**

1. 是否有其他人与您同住？ [ ]  是[ ]  否

 如果回答“是”，你们是否有一半以上时间在一起用餐？[ ]  是[ ]  否

1. 请列出与您同住的人。**您不需要向我们提供没有申请 SNAP 的人的社会安全号码或非公民的公民身份（即使他们与您同住）。**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 中间名缩写 | [ ]  男 [ ]  女 |
| 该人士与您是什么关系？ | 出生日期：  |
| 是美国公民吗？ [ ]  是[ ]  否 | 社会安全号码 **- -** |

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 中间名缩写 | [ ]  男 [ ]  女 |
| 该人士与您是什么关系？ | 出生日期：  |
| 是美国公民吗？ [ ]  是[ ]  否 | 社会安全号码 |

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 2

09-363-0918-05

**财务资讯**

1. 请告诉我们您的收入以及与您同住的所有人的收入。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **收入类型** | **数额** | **领取收入的频率**（每周、双周、每月等） | **这是谁的收入？** |
| 社会安全金 | $  |  每月领取 |  |
| 社会安全生活补助金（SSI）  | $  | 每月领取 |  |
| 退休金 | $  |  |  |
| 退伍军人福利  | $  |  |  |
| 工伤赔偿金 | $  |  |  |
| 就业工资 | $  |  |  |
| 失业补助金 | $  |  |  |
| 其他（具体说明） | $  |  |  |

1. 您是否需要支付成年家属的护理费用？ [ ]  是[ ]  否

如果回答“是”，您需要支付多少费用？\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_（周、月、年等）

1. 您是否开车往返成年家属护理中心？ [ ]  是[ ]  否

 如果回答“是”，请提供护理服务提供者的地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 次数\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （每周、每月、每年等）

1. 您是否需要自付医疗费用？ [ ]  是[ ]  否

可以包括共付额、处方药、非处方药、眼镜、牙科护理、助听器电池等。

1. 您是否开车去看医生或去药房取药？ [ ]  是[ ]  否

 如果回答“是”，请提供医生或药房地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 次数\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（每周、每月、每年等）

您是否需要支付停车费？ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（周、月、年等）

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 3

09-363-0918-05

1. 您是否需要支付租金？ [ ]  是 [ ]  否

如果回答“是”，您需要支付多少费用：

 租金 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（周、月、年等）

1. 您是否拥有自己的住宅？ [ ]  是 [ ]  否

 如果回答“是”，您需要支付多少费用：

抵押贷款 $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（月、年等）

物业保险 $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（月、年等）

物业税 $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（月、年等）

共管公寓管理费 $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（月、年等）

1. 您是否需要支付任何以下费用？
* 暖气（油、煤气、电或丙烷等） [ ]  是[ ]  否
* 空调用电 [ ]  是[ ]  否
* 空调使用费 [ ]  是[ ]  否
* 电和/或煤气 [ ]  是[ ]  否
* 电话或手机服务费 [ ]  是[ ]  否

**给予协助人或协助机构披露资讯的准许**

1. 是否有任何人帮助您申请 SNAP 福利？我们称帮助您的人为协助人或协助机构。

 [ ]  是 [ ]  否

您是否允许该个人或机构与 DTA 交谈，并於本申请签署日期起一年内分享与您的个案相关的保密资料？

 [ ]  是 [ ]  否

 如果回答“是”，请在下方列出有关他们的资料：

 个人姓名或机构名称： 个人或机构电话号码：

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 个人或机构地址：

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 4

09-363-0918-05

**注释：协助人不得代表您的家庭成员完成申请面谈。**

**经授权的代表**

1. 您是否愿意允许某一位人仕：
* 签署申请表和其他表格、报告变化和与我们讨论有关您的个案的问题？ [ ]  是 [ ]  否
* 获得 EBT 卡，允许此人使用您的 SNAP 福利为您购物？ [ ]  是 [ ]  否

该人仕我们将称为「经授权代表」。如果您回答“是”，请在下方列出有关该人仕的资料。

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 中间名缩写 |  [ ]  男 [ ]  女 |
| 经授权代表与您是什么关系？ | 出生日期：  |
| 经授权代表的电话号码 |  |
| 经授权代表的地址 |  |
| 经授权代表的签名 |  |

**重要事项：**您选择的这位经授权代表必须向我们提供身份证明。您可以随时取消或更改此项请求。如果个案在关闭后重新开启，EBT 卡依然有效。如果您不希望您选择的这位经授权代表获得或使用您的福利，请务必通知我们取消您的 EBT 卡。请电洽 1-800-997-2555 取消您的 EBT 卡，或电洽 1-833-712-8027 取消经授权代表。

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 5

09-363-0918-05

**权利、责任和处罚通知 — 请细心阅读**

我确认，我已经阅读或有人向我读出本申请表中的资讯。据我所知所信，我对本申请表中问题的回答是真实和完整的。我还确认，据我所知所信，我在申请面谈期间向过渡援助部提供的资料是真实和完整的，将来提供的资料也会真实和完整。我理解，提供虚假或误导性信息是欺诈行为。我还理解，为了符合 SNAP 资格而歪曲或隐瞒事实是欺诈行为。这等行为将导致蓄意违反计划行为（IPV），本人亦因此受到民事和刑事处罚。

**我理解，过渡援助部（DTA）负责管理 SNAP。我理解，DTA 将在申请日期开始的 30 天内处理我的申请。此外，我理解：**

* 《2008 年食品与营养法案》（7 U.S.C. 2011-2036）允许 DTA 使用我的社会安全号码（SSN）以及我为其提交申请的每一名家庭成员的 SSN。DTA会 使用此类资料确定我的家庭是否有获取 SNAP 的资格。DTA 通过电脑匹配程序确认此类资料的准确性。我理解， DTA 会利用此类资讯监管申请是否符合计划规章。
* 在大多数情况下，符合 SNAP 简化报告规定的家庭必须在临时报告（IR）中将所有变化通知 DTA，并重新认证，但以下情况例外：
	+ 我的家庭收入超过总收入限额
	+ 我受「无家属健全成人」（ABAWD）的工作要求制约，而我的工作时数降低到每周 20 小时以下
* 如果 DTA 收到已确认的有关我家庭的资讯，我的福利数额可能会有改变。
* 如果我没有受制於SNAP 简化报告规定或过渡福利替代（TBA）的规定，则我必须将有可能影响我们获得批准的资格之家庭变化向 DTA 报告。我理解我必须**在变更发生后 10 天内**亲自到办事处、写信或打电话向 DTA 报告这些变更。例如，您必须报告您的家庭的收入、人口或地址的改变。
* 如果 DTA认为我没有资格享受紧急 SNAP 福利，而我不同意他们的决定，我有权向直属主管反映。如果我有资格享受紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 后的第七天仍未有收到我的福利，我可以向直属主管反映。如果我有资格享受紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 后的第七天仍未收到我的电子福利转账（EBT）卡，我可以向直属主管反映。
* 如果我向 DTA 报告以下情况并提供证明，我可能享受更多的 SNAP 福利：
	+ 子女或其他家属护理费用、庇护所费用、及水、电、煤气、电话等费用
	+ 付给非家庭成员法律规定支付的子女赡养费
* 如果我年满 60 岁，又或者我是残障人仕并自付医疗费用，我可以向 DTA 申报这些费用，并提供证明。这可能会使我有资格获得税收减免，并增加我的 SNAP 福利。
* 除非符合豁免条件，否则所有年龄在 16 岁至 59 岁之间的 SNAP 受惠者均须进行工作注册，且须符合SNAP的普通工作要求 (General SNAP Work Requirement)。年龄在 18 岁至 49 岁之间的 SNAP 受惠者亦可能须要符合 ABAWD 工作计划要求。DTA 将会通知非豁免的家庭成员有关工作要求的事宜。DTA 亦通知非豁免的家庭成员有关例外情况和不遵守此项规定的处罚。
* 大多数 SNAP 受惠者会自愿通过 SNAP 工作之路（SNAP Path to Work）计划参与教育和就业培训。DTA 将在有需要时提供 SNAP 工作之路计划的转介服务。
* DTA 还可能与 SNAP 工作之路提供服务者分享 SNAP 受惠者的姓名和联系资料，以作招募之用。我理解，DTA SNAP 工作之路计划专家或特约提供服务者可能与我的家庭成员联系，讨论参加 SNAP 工作之路计划的各种选择。如欲得到更多有关 SNAP 工作之路计划的详情，请查阅网站 www.snappathtowork.org。

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev.9/2018) 6

09-363-0918-05

**我理解，我在申请表中提供的资料必须接受验证，以确定其真实性。如果有任何虚假资讯，DTA 有可能拒绝提供我的 SNAP 福利。我还可能因提供虚假资讯而受到刑事起诉。**

我理解，我在本申请表中的签名表示我允许 DTA 确认和调查我所提供的、与我获得 SNAP 福利资格相关的资料，包括允许他们：

* 向其他州立机构、联邦机构、地方住宅管理机构、外州福利部门、金融机构和 Equifax Workforce Solutions 索取文件，以确定本申请表中的资讯。我还允许这些机构向 DTA 提供与我的 SNAP 福利相关的、有关我的家庭的资料。
* 如果适用的话，通过美国公民与移民服务部（USCIS）确认我的移民身份。我理解，DTA 可能与 USCIS 核对我的 SNAP 申请表中的资料。从 USCIS 收到的任何资讯都可能影响我的家庭获 SNAP 福利的资格和福利数额。
* 与小学和中学教育部（DESE）分享有关我和我的 19 岁以下的家属的资料。DESE 将证明我的家属可参加学校早餐和午餐计划。
* 与公共卫生部（DPH）分享有关我、我的 5 岁以下的家属和我的家中任何孕妇的资料。DPH 会将这些人转介给妇女、婴儿和儿童（WIC）计划，接受营养服务。
* 与马萨诸塞州健康与公众服务执行办公室合作，与电力公司、煤气公司和合格的电话和有线电视运营商分享有关我参加 SNAP 资格的资讯，以确认我获得水、电、煤气、电话等优惠费率的资格。
* 与住宅与社区开发部（DHCD）分享有关我的资料，从而使我得以注册参加取暖与食品计划（Heat & Eat Program）。

DTA 可能根据从 Equifax Workforce Solutions 获得的讯息拒绝、终止或减低我的福利。如果我在 DTA 作出决定后 60 天内提出请求，我有权免费获得一份我的 Equifax 报告。我有权质疑我的报告中的资料的准确性或完整性。我可以与 Equifax 联系，地址：Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146；免费电话：1-800-996-7566。

我理解，我会收到一份《您的知情权利》（Your Right to Know）手册和《补充营养援助计划》（SNAP Program）手册。我将阅读或请人向我读出这两份手册的内容，我必须理解手册的内容以及我的权利和责任。如果我对手册或手册中的任何资讯有任何疑问，我将与 DTA 联系。如果我在阅读或理解任何此类资讯时遇到困难，我将与 DTA 联系。DTA 的电话号码：1-877-382-2363。

我宣誓，所有与我一同申请 SNAP 福利的 SNAP 家庭成员都是美国公民或合法居住非公民。

**登记投票的权利**

我理解，我有权在 DTA 登记投票。我理解，如果我需要帮助，DTA 将帮助我填写选民登记申请表。我亦可以私下填写选民登记申请表。

我理解，申请登记投票或拒绝登记投票不会影响我从 DTA 获得的福利数额。

**SNAP 处罚警告**

我理解，如果我或我的任何SNAP 家庭的成员有意违反下列任何规定，该人仕将在首次违规后*一年内*没有资格享用SNAP；在第二次违规后*两年内*没有资格享用 SNAP；在第三次违规后将*永远*没有资格享用 SNAP。该人仕亦可能被处以高达 $250,000 的罚款、高达 20 年的监禁或二者并罚。根据其他相关联邦法律和州法律的，该人仕还可能被起诉。此类规定是：

* 不得为了获得 SNAP 福利提供虚假资料或隐瞒资讯。
* 不得买卖或出售 SNAP 福利。

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 7

09-363-0918-05

* 不得更改 EBT 卡，以便获取您没有资格享用的 SNAP 福利。
* 不得使用 SNAP 福利购买不合格的物品，例如酒精饮料和烟草产品。
* 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：

* 有蓄意违反**现金计划**行为（IPV）者，在其失去获得现金援助资格的同时，亦会被取消获得SNAP 福利的资格。
* 为了*同时*获得多项 SNAP 福利而以自己的身份或居住地作出欺骗性陈述者将在***十年***内被取消获得 SNAP 福利的资格。
* 意图获得受控物质/毒品而买卖 SNAP 福利者，首次发现将在***两年***内被取消获得SNAP 福利的资格，第二次发现将***永远***被取消获得 SNAP 福利的资格。
* 意图获取武器、弹药或爆炸品而买卖 SNAP 福利者，将***永远***失去获得SNAP 福利的资格。
* 买卖价值达 $500 的 SNAP 福利者，将***永远***被取消获得 SNAP 福利的资格。
* 州政府有可能向在网上或亲自出售 SNAP 福利或 EBT 卡者 提出蓄意违反计划行为（IPV）的起诉。
* 避免被起诉而逃走者、已被定罪而逃避羁押或监禁者、及违反缓刑或假释规定者，均*没有资格*获得 SNAP 福利。
* 严禁用获得的福利以支付购买粮食的信贷，违者有可能被取消 SNAP 资格。
* 严禁以 SNAP 福利购买物品后，意图丢弃物品内装物再退回容器以套取现金。

**接受口译员协助的权利**

我理解，如果我的 SNAP 家庭成员中没有任何成年人会讲或听懂英语，我有权获得 DTA 提供的口译员协助。我还理解，出席任何 DTA 公平听证时，我可以请求口译员协助，或者自带口译员。如果我因为出席听证而需要请求口译员协助，我必须在听证日期至少一周前打电话给听证分部（Division of Hearings）。

**不歧视声明**

依照联邦民权法和美国农业部（USDA）民权法规章和政策的规定，USDA 及其代理机构、办事处和雇员以及参加或管理 USDA 计划的机构不得在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中，有任何对种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰的歧视行动或行为，或因以前的民权活动进行报复。

要求其他计划信息交流方法（例如，盲文、大印刷体、录音带、美国手语等）的残障人士应当与申请福利的（州或地方）代理机构联系。失聪者、听力或语言障碍者，均可通过联邦电话中转服务与 USDA 联系。电话号码为(800) 877-8339。此外，本计划是以用英语之外的其他语言提供计划资讯的。

如需提交计划歧视申诉，请填写 USDA 计划歧视申诉表（AD-3027 表），请在以下网站查找该表格：<http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>，或到任何 USDA 办事处索取；您亦可写信给 USDA 提出申诉，请在信函中提供申诉表中要求的所有资料。如需索取申诉表，请电洽 (866) 632-9992。请通过以下方法向 USDA 提交填妥的申诉表或信函：

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 8

09-363-0918-05

(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；或

(3) 电子邮件：program.intake@usda.gov.

本机构是公平机会服务提供者。

申请人签名：**我在本申请表中的签名表示，我确认、理解、并同意《权利、责任和处罚》。**

**申请人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



SNAP-App-Seniors (XX)(Rev. X/2017) 9

09-XXX-XX17-05

SNAP-App-Seniors (Chinese)(Rev. 9/2018) 9

09-363-0918-05