



马萨诸塞州 SNAP 补助金申请表



如何申请 SNAP 补助金？

- 通过 [DTAConnect.com](https://dtacconnect.com) 在线申请。这是最便捷的方法！
- 将此表传真至 **617-887-8765**
- 将此表邮寄至 **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- 前往任一 **DTA 办公室**

姓氏：	名字：	中间名：
家庭住址：	市、州、邮政编码：	
邮寄地址（如与家庭地址不同）：	市、州、邮政编码：	
电话号码：	您是否无家可归？ ☐ 是 ☐ 否	
DTA 可能会向您发送短信，内容包括截止日期、案例信息、办公室停工情况及其他重要信息。请注意，这种方式可能会产生短信和数据流量费用。 如果您<u>不</u>希望 DTA 向您发送短信，请勾选此框： ☐		
在此签名，即表示我同意： • 我已经阅读了整份表格（或请人用我懂的语言向我宣读），包括关于权利和责任的部分，并且明白我必须遵守这些规则； • 我所提供的信息在我所知范围内是真实完整的； • 如果我故意提供错误或不完整的信息，我可能会面临监禁或罚款； • DTA 及其他联邦、州和地方官员可能会核实（审查）我提供的任何信息。		
签名：	日期：	

- 受理申请的前提条件是，您在申请表中提供了姓名、地址（如有）和签名。
- 如果申请获批，您的 SNAP 补助金将从 DTA 收到申请之日起发放。
- 请在周一至周五上午 8:15 至下午 4:45 期间致电 877-382-2363 完成面谈。

请交回此页。

如果满足以下条件，您可在 7 天内收到 SNAP 补助金：

- 您的收入与银行存款之和低于每月住房开支；或
- 您的月收入低于 150 美元，且银行存款不超过 100 美元；或
- 您是流动工人，且银行存款不超过 100 美元。

您是否有马萨诸塞州电子福利转账 (EBT) 卡？ ☐ 是 ☐ 否

即使案例在结案后重新开启，EBT 卡仍然有效。如果您没有 EBT 卡，我们可以邮寄一张给您，您也可以前往当地办公室打印一张。您可以在资格判定之前先领取 EBT 卡，这样一旦您符合资格，即可立即使用补助金。领取 EBT 卡时，您还将了解到有关此卡用法的更多信息。



如果您因残疾需要帮助，我们可以提供便利措施，让您更轻松地与我们合作。
请致电 877-382-2363 咨询便利措施。



您是否属于残障人士？

如果回答“是”，请勾选残障类型：

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 肢体障碍 | ☐ 智力/认知障碍 |
| ☐ 听力障碍 | ☐ 情绪/心理健康障碍 |
| ☐ 视力障碍 | ☐ 其他 |

您更喜欢哪种沟通方式？

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 当面沟通 | ☐ 视频传译服务 (VRS) |
| ☐ 电话 | VRS 电话号码：_____ |

马萨诸塞州是否已认证您为残障人士？ ☐ 是 ☐ 否

您的个人信息

社会安全号码： 出生日期： 性别： 男 ☐ 女 ☐ 您是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否

您是否为美国公民？ ☐ 是 ☐ 否

您喜欢讲哪种语言？

注意：未申请 SNAP 补助金的非美国公民无需提供社会安全号码或公民身份信息。

您的种族是？*

☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 白人
☐ 亚裔 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋岛民

您的民族是？*

☐ 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔

* 您的回答不会影响您的申请资格。我们询问这些问题是为了确保无论种族、肤色或原国籍如何，每个人都能得到公平对待。如果您不愿回答，请留空。

家庭成员

是否有其他人与您同住？ 是 ☐ 否 ☐

如果回答“是”，请填写以下部分。未申请 SNAP 补助金的非美国公民无需提供社会安全号码或公民身份信息。

姓名	出生日期	社会安全号码	与您的关系？	此人是否为美国公民？	此人是否正在申请 SNAP 补助金？
				☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
				☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
				☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
				☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

劳动收入

过去 30 天内是否有人工作过？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，请填写以下部分：

<u>有收入者</u>	<u>收入类型</u>	<u>雇主</u>	<u>发放频率</u>	<u>过去 4 周的 总收入</u>
	☐ 工资 ☐ 自雇 ☐ 其他：		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 其他：	
	☐ 工资 ☐ 自雇 ☐ 其他：		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 其他：	
	☐ 工资 ☐ 自雇 ☐ 其他：		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 其他：	

其他收入

是否有人获得其他类型的收入，例如失业补助、子女抚养费、社保、补充保障收入 (SSI)、工伤赔偿金、退伍军人福利、养老金或租金收入？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，请填写以下部分：

<u>有收入者</u>	<u>收入类型</u>	<u>发放频率</u>	<u>总额</u>
		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：	
		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：	
		☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：	

住房费用

家庭是否需要承担住房费用？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

类型：	金额：	支付频率：				
☐ 房租	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：
☐ 房贷	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：
☐ 物业税*	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：
☐ 房屋保险*	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：
☐ 公寓物业管理费	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：
☐ 其他：	_____ 美元	☐ 每月	☐ 每周	☐ 每季度	☐ 每年	☐ 其他：

* 如果物业税和房屋保险已包含在房贷还款中，请将其留空。

公用事业费用

家庭是否需要在住房费用之外**另行**承担公用事业费用？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

☐ 供暖（燃油、燃气、电力或丙烷等）	☐ 电费和/或燃气费（非供暖用途）； 水费；污水处理费；和/或垃圾清运费
☐ 夏季空调电费	
☐ 夏季空调使用费	☐ 电话或手机服务费（包括预付费）

受抚养人照护费用

是否有人需要承担成人或儿童的照护费用？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

儿童或受抚养人姓名

支付金额

支付频率

_____ 美元 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：

_____ 美元 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：

_____ 美元 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：

_____ 美元 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 其他：

是否有人需要往返于受抚养人照护机构？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

<u>受抚养人姓名</u>	<u>照护机构地址</u>	<u>每周驾车出行次数</u>		<u>如果不开车：填写公共交通费、出租车费、班车费等</u>
		<u>去程</u>	<u>返程</u>	

医疗费用

是否有年满 60 周岁者和/或残障人士需要承担**自付 医疗费用**？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

<u>姓名</u>	<u>费用类型</u>	<u>每月总费用</u>
_____	☐ 医疗保健 ☐ 牙科护理 ☐ 药物 ☐ 医疗保险 ☐ 其他（非处方药、 医疗用品等）	_____
_____	☐ 医疗保健 ☐ 牙科护理 ☐ 药物 ☐ 医疗保险 ☐ 其他（非处方药、 医疗用品等）	_____
_____	☐ 医疗保健 ☐ 牙科护理 ☐ 药物 ☐ 医疗保险 ☐ 其他（非处方药、 医疗用品等）	_____

注意：您应承担的费用可以获得抵免，即使您拖欠或无力支付它们。医疗费用包括定额手续费、处方药费、医疗保险费、医疗账单、交通费等。

是否有人需要往返于医疗场所（例如药房、医生诊室、治疗师诊室等）？☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

<u>姓名</u>	<u>医疗服务提供者地址</u>	<u>每周驾车出行次数</u>		<u>停车费、公共交通费、出租车费、班车费等</u>
		去程	返程	

其他州的 SNAP 补助金

过去 30 天内，是否有人在马萨诸塞州以外的地区领取过 SNAP 补助金？

☐是 ☐否

如果回答“是”，请问是谁？_____

是否有人在其他州因未遵守 SNAP 工作规定而受到过警告？

☐是 ☐否

如果回答“是”，请问是谁？_____

协助申请

您是否愿意授权我们在无法通过电话联系到您时 联系某人或某机构？* ☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

人员姓名或机构名称：_____

电话号码：_____

地址：_____

* 我们称其为“协助人员/机构”。此角色仅在申请期间有效。

信息披露授权书

您是否愿意授权某人或某机构与 DTA 联系并获取 与您案例相关的机密信息？* ☐是 ☐否

如果回答“是”，请填写以下部分：

人员姓名或机构名称：_____

电话号码：_____

地址：_____

* 此角色无法报告变更或完成面谈。授权有效期为一年。

认证授权代表

您是否愿意授权某机构或您信任的人员代您签署表格、报告变更、完成面谈并与我们沟通您的案例？*

☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，请填写以下部分：

人员姓名或机构名称：_____

电话号码：_____

联邦雇主识别号码（仅限机构）：_____

* 授权如不取消，将一直有效。

EBT 交易授权代表

您是否愿意授权您信任的人员领取 EBT 卡并使用您的 SNAP 补助金代您购买食品？*

☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，请填写以下部分：

人员姓名：_____

电话号码：_____

地址：_____

*发卡前必须验证身份。授权如不取消，将一直有效。

- 如果您想取消授权代表的 EBT 卡，请致电 800-997-2555。
- 如果您想取消上述任何角色，请致电 877-382-2363。

后续步骤

请妥善保管以下页面以备查阅。

			
电话联系	提交证明	领取 SNAP 补助金	保持联络
我们会电话联系您进行面谈。如果无法联系到您，我们会寄信通知您安排电话面谈时间。您也可以在周一至周五上午 8:15 至下午 4:45 期间致电 877-382-2363 进行面谈。	如有需要，我们将为您提供一份要提交的文件清单，以便核实您的资格。您需在申请之日起 30 天内提交这些文件。如需帮助，敬请告知！	我们将在 30 天内通过邮寄方式向您发送决定函。如果申请获批，我们会将补助金存入您的 EBT 卡。如果申请被拒，我们会向您说明原因。	如需查询案例状态、更新案例信息、上传文件并完成更多操作，请访问 DTAConnect.com ，使用 DTA Connect 移动应用程序，或致电 DTA 援助热线 877-382-2363！

如需了解更多信息或需要帮助，请致电 877-382-2363 或访问 Mass.gov/DTA。

其他资源

SNAP Path to Work ：请访问 SNAPpathtowork.org ，查找就业和培训服务提供者。 注意：此计划适用于仅参加 SNAP 的案主	SNAP“教育”计划 ：请访问 SNAP 营养教育网站 MAhealthyfoodsinasnap.org ，查找健康食谱、烹饪技巧以及让家人保持活力的方法！
马萨诸塞州 2-1-1 ：请拨打 211，查找您所在地区的卫生及公共服务计划。	面包项目 ：请拨打面包项目食物来源热线 800-645-8333，查找当地食物来源。

您的证明材料提交选项

- 您可以按照此检查清单，随本申请表一并提交证明材料。此举将帮助我们加速完成您的申请！
- 如果您尚未准备好所有证明材料，请勿因此推迟提交申请！证明材料可稍后再补交。
- 如需了解更多信息，请访问 [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications)。

☐ **如果家中有人有劳动收入**，请向我们提交过去四周的毛收入（税前收入）证明，例如：

- ☐ 工资单或发薪记录
- ☐ 工资收入和工作时长证明
- ☐ 如果从事自雇职业，则提供可证明收入和经营支出的商业单据，例如：
 - ☐ Schedule C（1040 IRS 表）
 - ☐ 1099 IRS 表或其他税务记录
 - ☐ 其他可证明收入和/或经营支出的记录，例如发票、账单或收据

☐ **如果家中有人有非劳动收入**，请向我们提交每月金额证明，例如：

- ☐ 补助金或补助证明函
- ☐ 付款机构的对账单

注意：我们通常可以自行核实社保、联邦补充保障收入 (SSI)、税务局子女抚养费抵扣或马萨诸塞州失业补助金的金额。如果需要您核实其中任何一项，我们会通知您。

☐ **为证明马萨诸塞州居民身份**，您可以提交以下任一材料：

- ☐ 租金收据、租约或房东出具的证明表
- ☐ 付款机构的对账单
- ☐ 合住证明表，或同住者出具的声明

☐ **如果家中有人支付子女抚养费**，请向我们提交以下材料：

- ☐ 支付子女抚养费的法定义务证明（例如法院命令）和
- ☐ 近期付款证明

☐ **如果家庭成员中有非美国公民正在申请补助金**，请提交非美国公民身份证明，例如：

- ☐ 永久居留卡（“绿卡”）
- ☐ 工作许可卡
- ☐ 临时居留卡
- ☐ 出入境记录表 (I-94)
- ☐ 护照印章
- ☐ 显示当前或待定移民身份的其他文件

☐ **如果家庭成员中有老年人和/或残障人士的每月医疗费用不低于 35 美元**，请提交费用证明（例如账单、发票或收据）。部分因医疗原因产生的交通费用可自行申报。

☐ **如果家中有人产生住房费用**，请向我们提交以下证明：

- ☐ 房租收据
- ☐ 租约
- ☐ 房东出具的证明函
- ☐ 已兑现的支票或汇票
- ☐ 房贷对账单
- ☐ 物业税单或房屋保险账单
- ☐ 如果您不是主要承租人或房主，请提供同住人员出具的声明，说明您应分摊的住房和公用事业费用
- ☐ 其他说明您必须承担的费用金额和费用类型的文件

☐ **如果家中有人产生公用事业费用**，请向我们提交以下证明：

- ☐ 供暖、空调、电力、燃气或电话账单
- ☐ 煤炭、取暖木柴、垃圾清运、供水和污水处理等其他公用事业费用账单
- ☐ 证明您承担公用事业费用的租约
- ☐ 房东或室友出具的证明函

☐ **如果家中有人产生受抚养人照护费用**，请向我们提交以下证明：

- ☐ 照护机构出具的声明或证明函
- ☐ 收据、已兑现的支票或汇票

☐ **如果家中有大学生**，请向我们提交以下材料：

- ☐ 如果就读于社区大学，需提供校方出具的在读证明文件
- ☐ 如果正在领取马萨诸塞州助学金或参加勤工俭学项目，需提供助学金发放通知书
- ☐ 如果正在工作（或勤工俭学），需提供过去四周的毛收入（税前收入）证明，例如工资单
- ☐ 如果正在参加培训项目，需提供该项目方出具的证明函复印件
- ☐ 如果因身心原因不适合工作，需提供医生出具的不宜工作证明函

☐ 除非符合豁免条件，所有 **SNAP** 案主均须遵守 **ABAWD** 工作规定。

如需查看豁免条件列表并详细了解 **SNAP** 工作规定，请访问

www.mass.gov/snapworkrules 或致电 877-382-2363。

Department of Transitional Assistance (DTA) 的权利、责任和处罚声明

- 本声明列出了所有 DTA 计划的权利和责任。您必须遵守本通知中关于所申请计划的规定。
- 请仔细阅读这几页内容，并将其留作记录。
- 如有任何疑问，请告知 DTA。

我郑重宣誓，下列事实真实无误，如有不实，甘受伪证罪严惩：

- 我已阅读了此表中的信息，或者有人向我宣读了这些信息。
- 据我所知，我在此表中的回答是真实完整的。
- 我还将尽我所知，在面谈期间以及将来向 DTA 提供真实完整的信息。

我明白：

- 提供虚假或误导性的信息属欺诈行为，
- 为获得 DTA 补助金而虚报或隐瞒事实亦属欺诈行为，
- 欺诈被认为是 Intentional Program Violation (IPV)，并且
- 如果 DTA 认为我有欺诈行为，DTA 可以对我进行民事和刑事处罚。

我还明白：

- DTA 将核实我在申请表中提供的信息。如有任何虚假信息，DTA 可拒绝为我提供补助金。
- 我亦可能因提供虚假信息而遭到刑事检控。
- 如果 DTA 从可靠来源处获悉我的家庭情况变化，我的补助金金额可能会发生变化。
- 签署此表，即表示我允许 DTA 核实我的补助金资格，包括：
 - 向其他州机构或联邦机构、地方住房主管部门、州外福利部门、金融机构以及 Equifax Workforce Solutions (Work Number) 索取信息。我也允许这些机构与 DTA 共享有关我家补助金资格的信息。
 - 如果 DTA 使用了 Equifax 提供的关于我家劳动收入的信息，我将有权免费获得一份本人 Equifax 报告的副本，但须在 DTA 做出决定后 60 天内索要报告副本。我有权质疑报告中的信息。我可以通过以下方式联系 Equifax：Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566（免费电话）。
- 我有权获得本人申请表的副本，包括 DTA 用来决定我家资格和补助金金额的信息。我可以向 DTA 索要一份已填申请表的电子副本。

DTA 将如何使用我的信息？

在下方签名，即表示我允许 DTA 出于以下目的向以下组织或人士获取并与其共享关于我和我家庭成员的信息：

- 银行、学校、政府、雇主、房东、公用事业公司和其他机构，以便核实我是否有资格获得补助金。

- 电力公司、天然气公司和电话公司，以便我获享公用事业折扣优惠。这些公司不能出于任何其他目的共享或使用我的信息。
 - Department of Housing and Livable Communities，以便我参加 Heat & Eat Program。该计划可帮助人们获得尽可能多的 SNAP 补助金。
 - Department of Early and Secondary Education，以便我的子女免费享用学校餐食。
 - Woman, Infants and Children (WIC) 计划，以便我家中 5 周岁以下儿童或孕妇获得 WIC 补助金。
 - United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)，以便核实我的移民身份。USCIS 提供的信息可能会影响我家庭的资格和 DTA 补助金金额。
- 注意：除非您向 DTA 出示了最终驱逐令，否则即使您因移民身份而没有资格获得补助金，DTA 也不会向移民当局举报您。
- Department of Revenue (DOR)，以便核实我是否有资格享受基于收入的税收抵免优惠，例如 Earned Income 和 Limited Income，并查看我是否有资格获得“无税身份”或困难户身份。
 - Department of Children and Families (DCF)，以便协调 DTA 和 DCF 联合提供的服务。

DTA 如何使用社会安全号码 (SSN)？

DTA 可以根据 Food and Nutrition Act of 2008（《美国法典》第 7 卷第 2011 条至第 2036 条）为 SNAP 计划索要社会安全号码，也可以根据《马萨诸塞州普通法》(M.G.L.) 第 18 章第 33 条为 TAFDC 计划和 EAEDC 计划索要社会安全号码。DTA 将出于以下目的使用社会安全号码：

- 通过数据匹配程序检查我申请的每位家庭成员的身份和资格。
- 监控计划规定的遵守情况。
- 在 DTA 声称我领取了我没有资格领取的补助金时扣款。
- 帮助执法机关抓捕不法分子。

我明白，我不必向 DTA 提供我家中任何不想领取补助金之非美国公民（包括我本人）的社会安全号码。即使有非美国公民未领取补助金，其收入也可能会计算在内。

口译服务权利

我明白：

- 如果我想用非英语语言交流，我有权免费获得 DTA 提供的专业口译服务。
- 如果我要出席 DTA 听证会，我可以要求 DTA 为我免费提供专业口译服务，也可以根据自己的意愿，找人为我翻译。如果我需要 DTA 在听证会上为我提供口译服务，则必须在听证会召开日期前至少提前一周致电听证处。

登记投票的权利

我明白：

- 我有权通过 DTA 登记投票。
- 如有需要，DTA 将帮助我填写选民登记申请表。
- 我可以自行填写选民登记申请表。
- 申请登记或拒绝登记投票不会影响我的 DTA 补助金。

就业机会

我同意，DTA 可与就业培训服务提供者共享我的姓名和联系方式，这些服务提供者包括：

- SNAP Path to Work 服务提供者或 DTA 专家（适用于 SNAP 案主）；以及
- 签约的就业培训服务提供者或 Full Engagement Workers（适用于 TAFDC 案主）。

SNAP 案主可以通过 SNAP Path to Work 计划自愿参加教育和就业培训服务。

公民身份

我郑重宣誓，我家中申请 DTA 补助金的所有成员均为美国公民或合法居住的非美国公民。

Supplemental Nutrition Assistance Program

我明白：

- DTA 是马萨诸塞州的 SNAP 计划管理部门。
- 当我（通过电话、在线、亲自或通过邮件或传真）向 DTA 提交申请后，DTA 将在收到本人申请之日起 30 天内判定我是否符合资格。
 - 如果我有资格获得 SNAP 加急（紧急）补助金，DTA 必须在收到本人申请之日起 7 天内，为我提供 SNAP 补助金并确保我有 Electronic Benefit Transfer (EBT) 卡。
 - 在下列情况下，我有权与 DTA 主管交谈：
 - DTA 表示我没有资格获得 SNAP 紧急补助金，但我对此有异议。
 - 我有资格获得 SNAP 紧急补助金，但到申请 SNAP 后第 7 天仍未领到补助金。
 - 我有资格获得 SNAP 紧急补助金，但到申请 SNAP 后第 7 天仍未领到 EBT 卡。
- 领取 SNAP 补助金时，我必须遵守某些规定。当我获批领取 SNAP 补助金后，DTA 会给我一份“知情权”手册和 SNAP 计划手册。我会仔细阅读这些手册，或让别人向我宣读。如果我有任何疑问或需要阅读或理解此信息方面的帮助，可以拨打 877-382-2363 联系 DTA。
- **告知 DTA 我的家庭情况变化：**
 - 如果我属于 SNAP Simplified Reporting 家庭，则在中期报告或重新认证到来之前，我不必向 DTA 报告大部分变化。只有以下事情需要我尽快报告：
 - 我的家庭收入超过了（本人批准通知书上所列的）总收入门槛。

- 我必须在收入超过门槛后的次月 10 日之前报告此事。
- 我必须遵守 Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) 工作规定，并且我的工作时间少于每周 20 小时。
- 如果我家中所有人均已年满 60 周岁、身患残疾或未满 18 周岁，并且没有人有工作收入，则只有以下事情需要我尽快报告：
 - 有人开始工作，或者
 - 有人加入或离开我的家庭。
- 我必须在发生变化后的次月 10 日之前报告这些变化。
- 如果我因为自己的 TAFDC 补助金停发而通过 Transitional Benefits Alternative (TBA) 获得 SNAP 补助金，则在享受 TBA 的 5 个月内，我不必向 DTA 报告任何变化。
- 如果我通过 Bay State CAP 计划获得 SNAP 补助金，则不必向 DTA 报告任何变化。

如果我和我家中所有人都获得了现金援助（TAFDC 或 EAEDC），我必须在发生该等变化后 10 天内向 DTA 报告。请参阅下文“**Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC)** 和 **Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)**”一章中的“何时需要告知 DTA 我的家庭情况变化？”。

如果我随时报告以下费用并向 DTA 提供相关证据，则可获得更多 SNAP 补助金：

- 子女或其他受扶养人的照护费用、住房费用和/或公用事业费用；
- 法律要求我（或我的家庭成员）付给非家庭成员的子女抚养费；以及
- 年满 60 周岁或身患残疾的家庭成员（包括我本人）的医疗费用。

SNAP 案主的工作规定：如果您领取 SNAP 补助金且年龄在 16 周岁至 59 周岁之间，您可能需要遵守 ABAWD 工作规定和/或 SNAP 一般工作规定，但您获得豁免的情况除外。DTA 会告诉我和我的家庭成员是否需要遵守任何工作规定，并告知豁免条件和我们不遵守规定的后果。

如果您受 SNAP Work Rules 的约束：

- 您必须在申请和重新认证 SNAP 资格时登记工作。在签署 SNAP 申请表或重新认证表时进行登记。
- 当 DTA 询问时，您必须向 DTA 提供您的就业状况信息。
- 受到 DTA 推介后，您必须向雇主报到。
- 您必须接受工作邀请（除非您有正当理由不接受）。
- 如无正当理由，您不得辞掉每周工作时间超过 30 小时的工作。
- 如无正当理由，您不得将每周工作时间减少到 30 小时以下。

SNAP 规定

- 切勿为获得 SNAP 补助金而提供虚假信息或隐瞒信息。
- 切勿交易或出售 SNAP 补助金。
- 切勿更改 EBT 卡来获取自己没有资格领取的 SNAP 补助金。

请妥善保管以备查阅。

- 切勿使用 **SNAP** 补助金来购买不符合条件的物品，例如酒精饮料和烟草。
- 除非您是授权代表，或者受援者允许您代其使用 **EBT** 卡，否则切勿使用他人的 **SNAP** 补助金或 **EBT** 卡。

SNAP 处罚警告

我明白，如果我或我家中享受 **SNAP** 计划的任何家庭成员故意（明知）违反上述任何规定，则会在第一次违规后丧失 **SNAP** 资格一年，第二次违规后丧失两年，第三次违规后永久丧失。我或此家庭成员还可能被处以最高 250,000 美元的罚金，或被判最长 20 年的监禁，或两者并罚。我或此家庭成员也可能会根据联邦法律和州法律受到起诉。

我还明白会有以下处罚。我或我家中享受 **SNAP** 计划的家庭成员：

- 犯有现金计划 **Intentional Program Violation (IPV)** 行为的，将在丧失现金援助资格的时期内同样丧失 **SNAP** 资格。
- 为同时获取多项 **SNAP** 补助金而对自己的身份或居住地作出欺诈性陈述的，将丧失 **SNAP** 资格十年。
- 用 **SNAP** 补助金交易（购买或出售）管制药物/毒品的，第一次发现后将丧失 **SNAP** 资格两年，第二次发现后将永久丧失 **SNAP** 资格。
- 用 **SNAP** 补助金交易（购买或出售）枪支、弹药或爆炸物的，将永久丧失 **SNAP** 资格。
- 在网上或当面要价出售 **SNAP** 补助金或 **EBT** 卡的，州府可追究其 **IPV** 责任。
- 支付除购食品费用的，将丧失 **SNAP** 资格。
- 用 **SNAP** 补助金购买产品是为了丢弃内含物并退还容器换取现金的，将丧失 **SNAP** 资格。
- 在被判犯有重罪后为逃避起诉、拘留或监禁而逃亡的，将丧失 **SNAP** 资格。
- 违反缓刑或假释规定而遭到执法部门全力追捕的，将丧失 **SNAP** 资格。

任何在 2014 年 2 月 7 日之后被定罪的重罪犯，如果成为逃犯或违反缓刑或假释规定（依据《联邦法规》第 7 卷第 273 部分第 11 条第 (n) 款规定），并且曾是被判犯有以下罪行的成年人，则将丧失领取 **SNAP** 补助金的资格：

1. 《美国法典》第 18 篇第 2241 条规定的恶性性虐待罪；
2. 《美国法典》第 18 篇第 1111 条规定的谋杀罪；
3. 《美国法典》第 18 篇第 110 章规定的任何罪行；
4. 《1994 年防止对妇女施暴法》（《美国法典》第 42 卷第 13925 条第 a 款）第 40002 条第 (a) 款规定的涉及性侵犯的联邦罪行或州罪行；或者
5. 州法律规定的、由总检察长认定为与本列表所载罪行基本相似的罪行。

无歧视声明

按照联邦民权法以及美国农业部（**USDA**）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活

动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(866) 632-9992 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

1. 邮件:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或

2. 传真:

(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或

3. email:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构提供平等机会。

**Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) 和
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)**

TAFDC 和 EAEDC 均为现金援助计划。如需了解详情和提交申请，请访问 DTAConnect.com 或致电当地的 DTA 办公室。本信息仅适用于正在申请或接受 TAFDC 或 EAEDC 的家庭。

何时需要告知 DTA 我的家庭情况变化？

我必须在 10 天内将可能会对自己的 TAFDC 和 EAEDC（现金补助）产生影响的变化情况告知 DTA，包括我的住址、同居者、家庭人数、工作状况、医疗保险以及超过 100 美元的月收入变化。我不必将低于 100 美元的月收入变化告知 DTA。

我如何获得医疗保险？

- 如果我获得了 TAFDC 或 EAEDC，则也会获得 MassHealth 保险。

- 如果拒绝向我提供 TAFDC 或 EAEDC 或停止向我发放补助金，则需单独申请 MassHealth。如需申请 MassHealth，请致电 800-841-2900。

如果获得 MassHealth，我同意 MassHealth 可以：

- 从其他资金来源收取欠我的医疗费用，并且
- 向任何领取 MassHealth 补助金的未满 19 周岁儿童的异地家长获得医疗补助。

仅因意外事故或受伤才符合资格的，是否有特殊规定？

如果我的家人因意外事故或受伤而获得 MassHealth 或 DTA 的补助金，我必须用我从该意外事故或受伤事件中得到的所有资金来偿还这些补助金。这笔资金可能来自保险单、和解协议或任何其他来源。即使我不清楚这笔资金可能来自何处，此规定也适用。

我同意通过以下方式与 MassHealth 和 DTA 合作：

- 向其他资金来源提出金钱索赔。
- 立即告知 MassHealth 和 DTA 任何保险理赔、诉讼或其他获得资金的程序。
- 第一时间向 MassHealth 和 DTA 提供新信息。

如果我不合作，MassHealth 和 DTA 可停止或拒绝提供我的补助金。我同意 MassHealth 和 DTA 可以：

- 共享我的补助金信息，以便筹集资金来偿还这些补助金
- 查看关于我可能因意外事故或受伤而获得的资金的所有记录，例如 Department of Industrial Accidents 的记录。

如果我因残疾或年满 65 周岁而获得 EAEDC 补助金，我必须申请联邦 Supplemental Security Income (SSI) 补助金。如果我获批领取的 SSI 补助金的保障期与已获得的 EAEDC 补助金相同，则 Social Security Administration 会将追补的部分 SSI 补助金交给 DTA 来偿还这些 EAEDC 补助金。

关于法律和补助金的重要通知

Intentional Program Violation (IPV) 是指为了取得或保持享受 TAFDC 或 EAEDC 补助金的资格，或者为了获取自己无权获得的补助金，故意以口头或书面形式提供虚假或误导性的陈述，或者虚报、掩饰、隐瞒事实。

如果法院或行政资格取消听证会将我判定为 IPV，我将在以下时期内丧失获得 TAFDC 或 EAEDC 补助金的资格：

- 第一次违反为 6 个月
- 第二次违反为 12 个月
- 第三次违反为永久取消资格

另可适用其他法律。

禁止使用 EBT 卡购买的物品

我明白，使用 Electronic Benefit Transfer (EBT) 卡上的 TAFDC 或 EAEDC 补助金来支付以下款项属违法行为：
酒精饮料；烟草制品；彩票；成人用品或表演；赌博；枪支弹药；度假服务；纹身；体环；珠宝首饰；
电视；音响；先租后买商店中的电子游戏或游戏机；大麻制品；法院裁定的费用；罚款；保释或保释金。

禁止使用 EBT 卡的地方

我明白，在以下地点使用 Electronic Benefit Transfer (EBT) 卡属违法行为：成人书店；成人用品店或成人表演场所；弹药经销店；赌场；赌博娱乐场或博彩场所；邮轮；枪械经销店；珠宝店；酒类商店；美甲店或美容店；面向境外的现金汇出机构；大麻销售店或纹身店。

对使用 EBT 卡现金购买禁品的处罚

- 初犯：我必须向 DTA 偿还所用款项。
- 二犯：我必须向 DTA 偿还所用款项，并将失去两个月的现金福利。
- 三犯：必须向 DTA 偿还所用款项，并将永久性失去现金福利。

签名：

签署本申请表即证明我理解并同意“权利、责任和处罚。”

申请人签名：_____

日期：_____