紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室

# 受災輔助營養援助計畫（SNAP）申請

(法律依據 7 CFR 280)

*根據聯邦法律及美國農業部 (USDA) 的政策，本機構不得對種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障狀況予以歧視。*

**請勿填寫虛影部分。**

| 申請日： | 面談日期： | 中心/辦事處 | 部門 | 工作人員 | 個案類別 | 個案號碼 | 註冊號 | 版本 | LANG E OR S | LANG READ (NYC) XXXXXXXXXXX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 災害批准時段 | 付款時段 | 家庭人口 | 金額 | 第一張卡號 |
|---|---|---|---|---|
| 從： 至： | 從： 至： | | $ | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |

**說明：**盡可能根據瞭解的情況實事求是地填寫申請表。如果您家清楚但 蓄意拒絕提供必須的資訊，則不具備領取 DSNAP 福利。面談時您必須出示身份證。 您必須出示證據，災難發生時，您家居住在受災區。您需提供任何有疑問花費的核實證明。您可授權非家人代您申請緊急援助或代表您使用 DSNAP 福利。

姓名: _____ 電話號碼: _____ 可以找到您的其他電話號碼: _____

居所地址: _____ 公寓號 _____ 城市 _____, NY 郵遞編碼: _____

目前居所位址（如不同於上述）: _____ 公寓號 _____ 城市 _____, NY 郵遞編碼: _____

郵寄位址（如不同於上述）: _____ 公寓號 _____ 城市 _____, NY 郵遞編碼: _____

| A 部分– 家庭情況 | 是 | 否 |
|---|---|---|
| 1. 您目前是否為 SNAP 領取人? 如果是, 州: _____ 縣: _____ | | |
| 2. 發生災難時，您家是否居住在受災區？ 如果是，請回答下方問題： | | |
| 災害是否損壞或毀壞房屋或自雇地產? | | |
| 您家是否有任何其他因為災難而得到的償還報銷款項? | | |
| 在清理災害後果的同時，您家是否需要購買食物？ | | |
| 災難是否造成您家收入的延誤、減少或停止？ | | |
| 您家是否有存在支票或儲蓄帳戶裡，但您無法提取的錢，而無法使用帳戶的原因是因為的發生災害? | | |
| 3. 您或家中任何人是紐約州政府、紐約市人類資源管理局或地方社會服務部門的雇員？ 如回答"是"，何處? _____ | | |

列出包括您本人在內的與您同住同吃的受到災害影響的所有家人。**如果因為災害您目前暫時居住在他人家庭，請勿在 B 部分列舉此家庭成員。**列出每位家庭成員的社會安全號碼(SSN)，出生日期，及拿到家中的(淨) 收入。列出每位家庭成員在 DSNAP 開放其間收到或將收到的其他收入。提供 SSN 不是領取 D-SNAP 的必須規定，但可能 用來確定您的家庭成員並確保他們符合資格領取 DSNAP。號碼也用來進行電腦比對，計畫審查和其他審計。

**B 部份–家庭成員及災難發生期間的收入**

| | 名 | 中間名縮寫 | 姓 | 家庭成員的社會安全號 (如沒有, 填寫 “無”) | 出生日期 | 婚姻狀況 | 性別 男 或 女 | 西班牙裔或拉丁裔 是 | 西班牙裔或拉丁裔 否 | 種族* | 與申請人關係 | 收入來源／種類 | 如果是工資，雇主名稱** | 領薪頻度 | 淨收入金額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | | | | | | | | | 本人 | | | | $ |
| **2** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **3** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **4** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **5** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **6** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **7** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| **8** | | | | | | | | | | | | | | | $ |
| | | | | | | | | | | | | | | **家庭總收入** | $ |

*種族 / 族裔代碼：I – 美洲原住民或阿拉斯加原住民，A – 亞裔，B – 美國黑人或非裔美國人，P – 夏威夷原住民或太平洋島民，W – 白人，

您可選擇是否回答這些問題，但如未填寫，面談工作人員可能會根據觀察予以記錄這不會影響申請人的資格性或福利額度。本資訊用以確保福利分配不會因族裔、膚色、或原國籍而不同。

** 列出上述雇主的姓名、地址及電話號碼。

雇主：_____ 地址：: _____ 電話號碼：: _____

雇主：_____ 地址：: _____ 電話號碼：: _____

雇主：_____ 地址：: _____ 電話號碼：: _____

**於 C 部分**，列出災害發生期間您家現有的可用現金。**於 D 部分**，列出災害發生期間您家支付或將要支付的因災害引起的花費。_____ 至 _____

**請勿包括非家庭成員支付的或將支付的花費。**

| **C 部分– 資產(災害開始時)** | **金額** |
|---|---|
| 手頭現金 | $ |
| 可用現金 支票帳戶 – 銀行名稱 _____ | $ |
| 可用現金 儲蓄帳戶 – 銀行名稱 _____ | $ |
| **可用資產** | **$** |

| **D 部分– 災害 花費 (災害期間)** | **金額** |
|---|---|
| 遭毀食品 原因是 災害 | $ |
| 災害引起的被扶養者看護費用 | $ |
| 災害引起的喪葬／醫療費用 | $ |
| 災害引起的搬遷及儲存費用 | $ |
| 臨時住房費用 | $ |
| 災害期間房產保護費用 | $ |
| 房屋或自雇財產修理或更換部件費用 | $ |
| 其他災害引起的費用 | $ |
| **災害費用總額** | **$** |

**E 部分 – 責罰警示**

如您家獲得 DSNAP，必須遵守下列規定。領取 DSNAP 福利後的一段時間，我們可能會對您家庭進行聯邦或州抽查，核實您確實具備資格領取災害援助。**請勿** 提供虛假資訊或隱藏資訊來獲取 DSNAP 或繼續領取 SNAP。 **請勿**贈送或出售 DSNAP 福利或向沒有權力使用福利的人是提供授權檔 **請勿** 使用 DSNAP 福利購買如煙、酒等非批准商品。 **請勿**將其他家庭的 DSNAP 福利用與您自己家庭。

**F 部分 – 宣誓及簽名**

我理解本申請表上的問題，以及隱藏或提供不實資訊的處罰。 我家因遭受災害需要食品援助，我願接受處罰，並發誓我已盡我所知，正確而完整地提供了資訊。我也授權在有必要核實我宣誓的資訊是否正確時公開任何資訊我理解，如果我對就我的個案做出的決定不滿意，我有權以口頭 (與個人交談或通過電話)或書面形式要求舉行公平聽證。

| **申請人,授權代表, 或證人 (如以畫 x 簽名):** | **簽署日期：** |
|---|---|
| | |

| G 部分– 資格性計算 (由 SNAP 工作人員填寫) | | | |
|---|---|---|---|
| **DGIL (<$100 in Disaster Expenses)** | **Amount** | **DGIL with DSED (>$100 in Disaster Expenses)** | **Amount** |
| 1. Total anticipated income (From Part B) | $ | 1. Total anticipated income | $ |
| 2. Total accessible case resources (From Part C) | $ | 2. Total accessible cash resources | $ |
| 3. Add #1 and #2 | $ | 3. Add #1 and #2 | $ |
| 4. Total disaster expenses | $ | 4. Maximum Gross Income Limit (amount from Disaster Table A) | $ |
| 5. Total available funds (Subtract #4 from #3) | $ | 5. **ELIGIBLE** (#3 is equal to or less than #4) Max Monthly Benefit Amount for HH of _____ | $ |
| 6. Maximum Gross Income Limit ( Amount from Disaster Table B) | $ | 6. **INELIGIBLE** (#3 is greater than #4) | $ |
| 7. **ELIGIBLE** (#5 is equal to or less than #6) Max Monthly Benefit Amount for HH of _____ | $ | | |
| 8. **INELIGIBLE** (#5 is greater than #6) | $ | | |

美國農業部禁止因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾、性別、性別認同、宗教，報復，以及（如適用），政治信仰、婚姻狀況、家庭或父母的狀況、性取向，或全部或部分收入來自任何公共援助計畫、或受保護的遺傳信息，對其客戶、員工和申請人在雇聘時或在廳執行的任何計畫或活動中進行歧視。（並非所有被禁歧視原因均適用所有計劃和/或就業活動）。

如果想進行民事權利歧視投訴，請填寫美國農業部計畫歧視投訴表，投訴表可於網站 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 找到，或於任何美國農業部辦事處，或致電（866） 632-9992 索取表格。 你也可以寫信，信中需包含表格要求的所有資訊。 將填寫好的投訴表或信函寄至：U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410，或傳真至(202) 690-7442 ，或發電子郵件至 program.intake@usda.gov。

聾啞，聽力或語言障礙人士通過聯邦總機接聽服務(800) 877-8339; 或 (800) 845-6136 (西班牙語)，與 USDA 聯繫。

需要任何其他有關輔助營養援助計畫（SNAP）資訊的個人應該通過美國農業部 SNAP 熱線電話：（800）221-5689，本號碼也提供西班牙語服務，或撥打 (800) 342-3009 聯絡紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室，或與當地社會服務部門聯繫。

也可於 http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm 閱讀本資訊。

“USDA 為平等機會提供者及雇主。”

Human Resources Administration
Department of Social Services
Family Independence Administration

# 殘障證明 (Chinese)

本人，_____，因為殘障並未在 2012 年 12 月期間於紐約市申請災難補充營養援助計畫 (Disaster Supplemental Nutrition Assistance Program, DSNAP) 福利。

在 2012 年 10 月 27 日，本人居住於：

地址：_____

_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

上列地址位於下列郵遞區號所屬的區域之一：10002、10306、11224、11235、11231、11691、11692、11693、11694、11697、11229 (康尼島 Allen Avenue 以南) 或10305 (史丹頓島 Seaview Avenue 以南)。

本人依據僞證懲處條例聲明上述事項均屬真實無誤。

正楷填寫姓名：_____ _____ _____
名字 中間名 姓氏

簽名：_____ 日期：_____

Human Resources Administration
Department of Social Services
Family Independence Administration

# 殘障人士災難補充營養援助計畫 (D-SNAP PD) 補助申請表 (Chinese)

**申請人姓名：**_____ **日期：**_____

我們需要以下資料只是為了方便處理您的個案。移民狀態並不影響殘障人士災難補充營養援助計畫資格。

## 就業資料

如果您在災難補充營養援助計畫申請表 (**LDSS-4988**) 的**B 部分 - 受災期間的家庭成員和收入**中包含了就業資訊，我們將需要列出在 2012 年 10 月 27 日到 2012 年 11 月 25 日期間具有收入的每個家庭成員的下列資訊：

| | 名字 | 中間名 | 姓氏 | 雇主 | 每月工作時數： | 每週發薪日： |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | | | | |
| **2** | | | | | | |
| **3** | | | | | | |
| **4** | | | | | | |
| **5** | | | | | | |
| **6** | | | | | | |
| **7** | | | | | | |
| **8** | | | | | | |

## 公民身分資料

您是美國公民嗎？ ☐ 是 ☐ 否

## 語言資訊

您慣說的語言是？請僅選擇**一項**。

☐ 阿拉伯語 ☐ 海地克里奧爾語 ☐ 韓語 ☐ 西班牙語
☐ 中文 ☐ 英語 ☐ 俄語 ☐ 其他：_____

您是否需要免費口譯員服務？ ☐ 是 ☐ 否
我們可以發送下列語言的書面通知給您。請僅選擇**一項**。如果您慣用的語言不在此列，請勾選 (☑) 英語。

☐ 英語 ☐ 阿拉伯語 ☐ 海地克里奧爾語 ☐ 俄語
☐ 中文 ☐ 韓語 ☐ 西班牙語