

# 马萨诸塞州 补充营养援助计划 (SNAP)福利申请表



<b>我如何申请SNAP福利?</b>
• 上传至 <a href="#">DTA Connect</a>
• 传真至 <b>617-887-8765</b>
• 邮寄至 <b>DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420</b>
• 在当地 <b>DTA</b> 办公室扫描

姓:	名:	中间名:
家庭地址:	城市、州、邮政编码:	
邮寄地址 (如果与家庭地址不同):	城市、州、邮政编码:	
电话号码:	您是无家可归者吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

DTA可向您发送有关截止日期、个案信息、办事处关闭和其他重要信息的短信。请注意,可能会收取短信和数据传输费。

如果您不希望DTA给您发短信,请勾选本方框:

我在下方的签名表示我同意:

- 我已经阅读本表全文 (或者已经有人用我能理解的语言向我读出本表全文), 包括有关权利和责任的章节, 我理解我必须遵守这些规定;
- 据我所知所信, 我提供的信息真实和完整;
- 如果我有意提供错误或不完整的信息, 我可能会被监禁或罚款;
- DTA和其他联邦、州和地方官员可能会确认 (核查) 我提供的任何信息。

签名:	日期:
-----	-----

- 如果申请表中有您的姓名、地址 (如有) 和签名, 我们将接受您的申请。
- 如果申请获得批准, 将从DTA收到您的申请表的日期开始向您发放SNAP福利。
- 请打电话给我们, 完成访谈, 可在星期一至星期五上午8:15至下午4:45之间的任何时间安排访谈, 电话号码:1-877-382-2363。

请送回本页。

**如果您符合以下条件,您可以在七天内获得SNAP福利:**

- 您的收入和银行存款总额低于您的每月住房费用;或者
- 您的月收入低于\$150,并且您的银行存款在\$100或以下;或者
- 您是季节工人,并且您的银行存款在\$100或以下。

您是否有马萨诸塞州电子福利转账 (EBT) 卡?  是  否

如果个案在关闭后重新开启, EBT卡依然有效。如果您没有EBT卡,我们可以将该卡寄给您或者在地方办事处为您打印该卡。您可以在我们确定您的资格之前获得EBT卡,这是为了便于您在合格后能够立即使用福利。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。



如果您因残障需要接受帮助,我们可以采取通融措施,便于您与我们合作。请拨打电话号码1-877-382-2363,询问可采取的通融措施。



您是残障人士吗?

如果是,请勾选您的残障类型:

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体 | <input type="checkbox"/> 智力/认知   |
| <input type="checkbox"/> 听力 | <input type="checkbox"/> 情感/心理健康 |
| <input type="checkbox"/> 视力 | <input type="checkbox"/> 其他:     |

您的首选通讯方法是什么?

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 面对面交谈 | <input type="checkbox"/> 视频中继服务 (VRS) |
| <input type="checkbox"/> 打电话   | VRS电话号码: _____                        |

马萨诸塞州是否已经对您的残障进行认证?

是  否

有关您的信息			
社会安全号码:	出生日期:	性别: 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	您正怀孕吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是美国公民吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您愿意讲哪一种语言? _____	
<b>注释:</b> 不在申请SNAP的非公民人士无需提供自己的社会安全号码或公民身份证明。			
<b>您的种族是什么?*</b> <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民			
<b>您的族裔是什么?*</b> <input type="checkbox"/> 西裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西裔或拉丁裔			
* 您的回答不会影响您的资格。我们提出这些问题是为了确保每个人都得到公平的对待,无论是何种种族、肤色或原国籍。如果您不愿意回答,请空下。不在申请SNAP的非公民人士无需提供自己的社会安全号码或公民身份证明。			

家庭成员					
是否有其他人与您同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答 <b>是</b> ,请填写以下栏目。请仅列出22岁以下的子女、您的配偶及/或与您一起购买食品和大多数时间与您一起进餐的其他人。					
姓名	出生日期	社会安全号码	与您的关系?	该人士是美国公民吗?	该人士在申请SNAP福利吗?
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 劳动收入

是否有任何人在过去60天内工作? 是 否

如果回答是, 请填写以下栏目:

<u>有收入的人</u>	<u>收入类型</u>	<u>雇主</u>	<u>频率</u>	<u>过去四周的总收入</u>
	<input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 自雇职业 <input type="checkbox"/> 其他:		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 其他:	
	<input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 自雇职业 <input type="checkbox"/> 其他:		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 其他:	
	<input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 自雇职业 <input type="checkbox"/> 其他:		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 其他:	

## 其他收入

是否有任何人领取**任何其他类型的收入**, 例如失业补助金、子女抚养费、社会安全金、社会安全补助金 (SSI)、工伤补偿、退伍军人福利、养老金或租金收入?

是 否

如果回答是, 请填写以下栏目:

<u>有收入的人</u>	<u>收入类型</u>	<u>频率</u>	<u>总收入</u>
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他:	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他:	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他:	

请送回本页。

## 住所费用

家庭是否负责支付住所费用？  是  否

如果回答是，请填写以下栏目：

<u>类型：</u>	<u>金额：</u>	<u>频率：</u>
<input type="checkbox"/> 租金	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 抵押贷款	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 物业费*	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 住房保险*	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 共管公寓管理费	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 其他：	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每季度 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他：

\* 如果物业税和住房保险已包括在抵押贷款付款中，请将这两项空下。

## 公用事业费

家庭是否负责除住所费用外**额外**支付公用事业费？  是  否

如果回答是，请填写以下栏目：

<input type="checkbox"/> 暖气(油、煤气、电或丙烷等)	<input type="checkbox"/> 电及/或煤气(除取暖用途外)； 水、下水道；及/或垃圾处理
<input type="checkbox"/> 夏季空调用电	
<input type="checkbox"/> 夏季空调使用费	<input type="checkbox"/> 电话或手机服务费(包括预付费)

## 家属护理费

是否有任何人负责支付成年家属或子女护理费？  是  否

如果回答是，请填写以下栏目：

<u>子女或家属姓名</u>	<u>支付的金额</u>	<u>频率</u>
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他：
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他：
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他：
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他：

是否有任何人需要开车/乘车往返于家属护理服务提供者服务地点？  是  否

如果回答是，请填写以下栏目：

<u>家属姓名</u>	<u>护理服务提供者地址</u>	<u>每周开车往返次数</u>		<u>如果不开车： 公共交通、出租车、 班车等费用</u>
		<u>目的地</u>	<u>起始地</u>	

## 医疗费用

是否有任何年满60岁或以上及/或残障的人士有**自付医疗费用**? 是 否

如果回答**是**, 请填写以下栏目:

<u>姓名</u>	<u>费用类型</u>	<u>每个月总费用</u>
_____	<input type="checkbox"/> 医疗护理 <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 牙科护理 <input type="checkbox"/> 其他(非处方药、 <input type="checkbox"/> 药物 医疗用品等)	_____
_____	<input type="checkbox"/> 医疗护理 <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 牙科护理 <input type="checkbox"/> 其他(非处方药、 <input type="checkbox"/> 药物 医疗用品等)	_____
_____	<input type="checkbox"/> 医疗护理 <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 牙科护理 <input type="checkbox"/> 其他(非处方药、 <input type="checkbox"/> 药物 医疗用品等)	_____

**注释:** 即使您拖欠或无法支付费用, 您也可以为需要支付的费用获得信用。医疗费用包括协同付款、处方药、非处方药、医疗保险、医疗账单、交通等。

是否有任何人需要开车/乘车往返于医疗护理地点(例如药房、医生、治疗师等)?

是 否

如果回答**是**, 请填写以下栏目:

<u>姓名</u>	<u>医疗服务提供者地址</u>	<u>每周开车往返次数</u>		<u>停车、公共交通、出租车、班车等费用</u>
		<u>目的地</u>	<u>起始地</u>	

## SNAP工作计划

是否有任何人每个月至少参加80小时的培训计划？

是 否

如果回答**是**，是谁？

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

是否有任何人通过工作换取商品和服务(以工作换取实物)？

是 否

如果回答**是**，是谁？

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

是否有任何人在从事不付薪的实习工作？

是 否

如果回答**是**，是谁？

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

是否有人在担任义工？

是 否

如果回答**是**，是谁？

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

## 其他州的SNAP

是否有任何人过去30天内在马萨诸塞州以外领取SNAP福利？

是 否

如果回答**是**，是谁？ \_\_\_\_\_



## 协助申请

如果我们无法通过电话与您联系, 您是否允许我们与某位人士或某个机构联系?\*

是 否

如果回答**是**, 请填写以下栏目:

个人姓名或机构名称: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

\* 我们称之为辅助人士/机构。只有在申请期可安排辅助人士/机构提供帮助。

## 披露信息授权

您是否希望许可一位人士或一个机构与DTA联系, 并获取有关您的个案的相关保密信息?\*

是 否

如果回答**是**, 请填写以下栏目:

个人姓名或机构名称: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

\* 该人士/机构不能报告改动或完成访谈。一年后许可失效。

### 由经授权代表进行认证

您是否希望许可您信任的机构或人士签署表格、报告改动、完成访谈  
以及与我们讨论您的个案?\*

是 否

如果回答**是**,请填写以下栏目:

个人姓名或机构名称: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

联邦雇主身份号码(仅限机构): \_\_\_\_\_

\* 许可在取消之前有效。

### 由经授权代表处理EBT交易

您是否希望许可您信任的人士为您领取EBT卡,并使用您的SNAP福  
利为您购买食品?\*

是 否

如果回答**是**,请填写以下栏目:

个人姓名: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_





地址: \_\_\_\_\_

\* 在分发EBT卡之前必须确认身份。许可在取消之前有效。

- 如果您需要从EBT卡中删除某一经授权代表,请拨打电话号码1-800-997-2555。
- 如果您需要取消以上任何经授权代表,请拨打电话号码1-877-382-2363。

# 下一步怎么办？

请自行留存以下页面。

			
<b>打电话</b>	<b>寄送确认文件</b>	<b>领取SNAP福利</b>	<b>取得联系</b>
我们会打电话给您进行访谈。如果我们无法通过电话与您联系，我们会给您寄信安排电话访谈。您还可以在星期一至星期五上午8:15至下午4:45之间拨打电话号码1-877-382-2363，接受访谈。	如果需要，我们会给您发一份需要提交的文件列表，以便我们确认您的资格。您可以在从申请日开始的30天内提交这些文件。如果您需要帮助，请告诉我们！	我们会在30天内将决定通知寄给您。如果获得批准，我们会将福利包括在您的EBT卡中。如果被拒绝，我们会告诉您拒绝的原因。	访问网站DTAConnect.com，使用DTA Connect移动应用程序，或者拨打DTA帮助专线电话1-877-382-2363，查看个案状况、更新个案信息、更新文件等！

如果您希望了解更多详情或者需要帮助，请电洽**1-877-382-2363**，或访问网站[Mass.gov/DTA](http://Mass.gov/DTA)。

## 其他资源

<b>SNAP工作之路计划 (SNAP Path to Work):</b> 请访问以下网站, 查找就业和培训服务提供者: <a href="http://SNAPpathtowork.org">SNAPpathtowork.org</a> . 注释: 仅限SNAP客户。	<b>SNAP营养教育计划 (SNAP-Ed):</b> 请访问以下SNAP营养教育网站 <a href="http://MAhealthyfoodsinasnap.org">MAhealthyfoodsinasnap.org</a> , 查看健康的菜单、烹调提示以及让您的家人保持积极运动的方法!
<b>马萨诸塞州2-1-1 (Massachusetts 2-1-1):</b> 请拨打211号码, 查找您所在地区的卫生和公众服务计划。	<b>食品计划 (Project Bread):</b> 请拨打食品计划的食品来源热线电话 1-800-645-8333, 查找本地食品来源。

# 您的确认选择

- 您可以使用本核查单, 随本申请表提交确认文件。这将有助于我们更快地审查您的申请!
- 如果您没有所有的证明文件, 不要推迟送交申请表! 您可以以后再提交证明文件。
- 如需了解更多详情, 请访问网站[Mass.gov/SNAPverifications](http://Mass.gov/SNAPverifications)。

**如果家中任何人有劳动收入**, 请将过去四周的总收入(税前收入)证明寄给我们, 例如:

- 工资单存根或付款记录
- 您领取的任何付款证明和工时
- 如果是自雇职业, 显示收入和业务开支的业务文件, 例如:
  - 附表C(国税局1040表)
  - 国税局1099表或其他税务记录
  - 其他记录, 例如显示您的收入及/或业务开支的发票、账单或收据

**如果家中的任何人有非劳动收入**, 请将每月收入金额证明送给我们, 例如:

- 福利或批准信函
- 付款机构声明

注释: 我们通常可以自行确认社会安全金、社会安全补助金(SSI), 税务部(DOR)子女抚养费或马萨诸塞州失业补偿福利的金额。如果您需要证明任何此类收入, 我们会通知您。

**如需证明马萨诸塞州居民身份**, 您可以提交以下一种证明:

- 租金收据、租约或房东确认表
- 契约或抵押贷款对账单、公用事业账单或选民登记表
- 共享住房确认表或与您同住的人出具的声明

**如果家中任何人在支付子女抚养费**, 请将以下文件送给我们:

- 支付子女抚养费的法律证明(例如法院命令) 以及
- 近期付款证明

**如果任何在申请福利的家庭成员是非公民**, 请提交非公民身份证明, 例如:

- 永久居民卡(“绿卡”)
- 就业授权卡
- 临时居民卡
- 出入境记录(I-94表)
- 护照中的盖章
- 显示目前或待批移民身份的其他文件
- 移民律师出具的有关当前或待批身份的声明

**如果任何家庭成员是年长者及/或残障人士, 并且每月至少有\$35的医疗费用**, 请提交费用证明(例如账单、发票或收据)。一些医疗原因的交通费可自行申报。

请自行留存。

## 过渡援助部 (DTA) 关于权利、责任和处罚的通知

- 本通知列出了所有DTA计划的权利和责任。您必须遵守您所申请的计划相关规则。
- 请阅读这些页面上的内容, 并妥善保存作为记录。
- 如有任何疑问, 请联系DTA。

### 我对以下内容发誓, 否则将承担伪证罪的责任:

- 我已阅读此表格中的信息, 或已有人为我读出了该信息。
- 就我所知, 我在此表格中给出的答案是真实完整的。
- 在我的面试中以及将来, 我将尽我所知为DTA提供真实完整的信息。

### 我理解:

- 提供虚假或误导性信息是欺诈行为,
- 通过歪曲或隐瞒事实来获得DTA福利是欺诈行为,
- 欺诈被视为“蓄意违反计划”(IPV), 并且
- 如果DTA认为我犯了欺诈罪, DTA可以对我进行民事和刑事处罚。

### 我也理解:

- DTA将核实我在申请表中提供的信息。如有任何虚假信息, DTA可能会拒绝为我提供福利。
- 我也可能会因为提供虚假信息而受到刑事起诉。
- 如果DTA从可靠来源了解到我家庭情况变化的信息, 我的福利金额可能会发生变化。
- 签署此表格即表示, 我允许DTA核实我获得福利的资格条件, 包括:
  - 从其他州或联邦机构、地区住房管理局、外州福利部门、金融机构, 以及Equifax Workforce Solutions (工作号码) 获取信息。我也授权这些机构分享有关我的家庭成员获得DTA福利资格的信息。
  - 如果DTA使用Equifax提供的我的家庭收入信息, 则我有权在DTA做出决定后的60天内索取一份免费的Equifax报告。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, 1-800-996-7566 (免费电话)。
- 我有权获得一份我的申请副本, 包括DTA用来决定我的家庭资格和福利金额的信息。我可以向DTA索取一份完整的申请表电子文件副本。

### DTA将如何使用我的信息?

在下方签名即代表我允许DTA从以下机构获取并与之共享关于我和我家人的信息:

- 银行、学校、政府、雇主、房东、公用事业公司和其他机构, 以查看我是否有资格获得福利。
- 电力、天然气和电话公司, 以便我获得公用事业优惠。这些公司不能分享我的信息或将其用于任何其他目的。
- 住房和社区发展部 (Department of Housing and Community Development), 以便注册我参加“取暖和饮食计划”(Heat & Eat Program)。该计划帮助人们在最大程度上获得SNAP福利。
- 小学及中学教育部 (Department of Early and Secondary Education), 以便我的子女可以在学校得到免费餐食。
- 妇女、婴儿和儿童 (WIC) 营养计划, 以便我家中任何5岁以下的儿童或孕妇得到WIC。
- 美国公民及移民服务局 (USCIS), 以核实我的移民身份。USCIS提供的信息可能会影响我的家庭资格和DTA福利金额。

请注意: 即使您因移民身份而没有资格获得福利, DTA也不会向移民当局报告您, 除非您向DTA出示最终驱逐令。

- 税务局 (DOR), 以核实我是否有资格获得基于收入的税收抵免, 例如劳动所得和有限收入, 并查看我是否符合“无税身份”(No Tax Status) 或艰苦条件的资格。
- 儿童和家庭部 (DCF), 以协调由DTA和DCF共同提供的服务。

### DTA如何使用社会安全号码 (SSN)?

根据2008年关于SNAP的《食品和营养法》(《美国法典》第7篇第2011-2036节) 和《马萨诸塞州一般法》第18章第33节关于TAFDC和EAEDC的规定, DTA可以要求您提供社会安全号码。DTA将社会安全号码用于以下目的:

- 通过数据匹配程序检查我为之提出申请的每个家庭成员的身份和资格。
- 监督对计划规则的遵守情况。

请自行留存。

- 在DTA声称我得到了我并不符合资格的福利时进行讨债。
- 帮助执法机构抓获逃避法律的人。

我知道,我不必向DTA提供我家中任何不希望获得福利的非公民的社会安全号码,包括我本人在内。即使非公民不享受福利,其收入可能也会计入。

### 获得口译员服务的权利

我了解:

- 如果我首选用英语以外的其他语言交流,我有权获得由DTA提供的免费专业口译员服务。
- 如果我需要参加DTA听证会,我可以要求DTA为我提供免费的专业口译员,或者如果我愿意的话,我可以带人为我翻译。如果我需要DTA为我在听证会上提供口译员,我必须在听证会召开日期前至少一周打电话联系听证会部门。

### 注册投票的权利

我了解:

- 我有权通过DTA登记投票。
- 如果我需要帮助,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。
- 申请登记或拒绝登记投票不会影响我的DTA福利。

### 就业机会

我同意DTA与就业和培训提供者分享我的姓名和联系方式,包括:

- 为SNAP客户提供的SNAP工作之路(SNAP Path Work)提供者或DTA专业人员;以及
- 合同雇佣和培训提供者,或为TAFDC客户提供的全力投入员工(Full Engagement Workers)。

SNAP客户可以自愿通过SNAP工作之路计划参加教育和就业培训服务。

### 公民身份

我发誓,我的家庭成员中所有申请DTA福利的人都是美国公民或合法居住的非公民。

## 补充营养援助计划

我理解:

- DTA管理马萨诸塞州的SNAP计划。
- 当我(通过电话、线上、面对面,或通过邮寄或传真方式)向DTA提出申请时,从收到我的申请之日起,DTA需要在30天内决定我是否符合资格。
  - 如果我有资格获得快速(紧急)SNAP,DTA必须为我提供SNAP,并保证在收到我的申请之日起的7天之内为我提供电子福利转账(EBT)卡。
  - 在以下情况下,我有权与一名DTA主管谈话:
    - DTA说我没有资格获得紧急SNAP福利,但我对此持有异议。
    - 我有资格获得紧急SNAP福利,但在我申请SNAP后的第7天仍未获得福利。
    - 我有资格获得紧急SNAP福利,但在我申请SNAP后的第7天仍未收到我的EBT卡。
- 当我获得SNAP时,我必须遵守某些规则。当我被批准获得SNAP后,DTA会给我一份《您的知情权》(Your Right to Know)手册和《SNAP计划手册》。我会阅读这些手册,或者请别人读给我听。如果我有任何疑问,或需要帮助阅读或理解这些信息,我可以拨打1-877-382-2363联系DTA。

请自行留存。



## • 告知DTA关于我家庭情况的变更:

- 如果我是一个SNAP简化报告家庭,则大多数变更都可以等到中期报告(Interim Report)或重新认证(Recertification)时再通知DTA。只有以下情况必须提前报告:
  - 如果我的家庭收入超过总收入上限(显示在我的批准通知中)。
    - 我必须在我的收入超过上限之月的下月10日之前报告此情况。
  - 如果我必须满足“无家属健康成年人”(ABAWD)的工作要求,且我的工作时间减少到每周20小时以下。
- 如果我家中的每个人都分别是年龄在60岁以上的长者、残障人士,或18岁以下人士,且无人有工作收入,则我仅需要报告以下情况:
  - 如果有人开始工作,或
  - 有人加入或离开了我的家庭。
    - 我必须在情况更改之月的下月10日之前报告这些变更。
- 如果我因为TAFDC停止而通过“过渡福利替代”(TBA)获得SNAP,则在获得TBA的5个月内,我不必向DTA报告任何变更。
- 如果我通过Bay State CAP获得SNAP,我不必向DTA报告任何变更。

如果我和家中的每个人都获得现金援助(TAFDC或EAEDC),对于某些变更,我必须在变更后的10天内向DTA进行报告。请参阅下文“**对有抚养子女家庭的过渡援助(TAFDC)和对老年人、残疾人和儿童的紧急援助(EAEDC)**”部分的“**我应在什么时候通知DTA有关我家庭情况的变更?**”。

如果我在任何时间向DTA报告以下情况并提供相关证明,我可能会得到更多SNAP福利:

- 儿童或其他受抚养人的看护花销、住所费用,和/或公用事业费用;
- 我(或我家庭中的某人)依法需要向一名非家庭成员支付的子女抚养费;以及
- 60岁以上或身有残疾的家庭成员(包括我自己在内)的医疗费用。

**SNAP客户的工作要求:** 如果您享受SNAP福利且年龄在16至59岁之间,除非获得豁免,您可能需要满足SNAP工作要求或ABAWD工作要求。DTA会告诉我和我的家庭成员是否需要满足任何工作要求,有哪些豁免,以及不遵守这些要求可能造成的后果。

如果您需要遵守SNAP工作规则:

- 您必须在申请和重新认证SNAP时进行注册方能工作。您在签署SNAP申请或重新认证表格时进行注册。
- 当DTA要求时,你必须提供有关您的就业状况的信息。
- 如果由DTA推荐,您必须向雇主报告。
- 您必须接受一份工作(除非您有充分的理由不接受)。
- 如果没有充分的理由,您不能辞掉每周工作时间超过30小时的工作。
- 如果没有充分的理由,您不能把工作时间削减到每周30小时以下

## SNAP准则

- 不要通过提供虚假信息或隐瞒信息来获得SNAP福利。
- 不要交换或出售SNAP福利。
- 不要更改EBT卡,以获得您不符合资格的SNAP福利。
- 不要用SNAP福利购买不符合资格的物品,例如酒精饮品和烟草。
- 除非您是授权代表,或接受福利之人允许您代表他/她使用其卡,否则不要使用他人的SNAP福利或EBT卡。

## SNAP处罚警告

请自行留存。

我了解,如果我或我任何享受SNAP福利的家庭成员故意违反上述任何规则,则该人将在第一次违规后的一年,第二次违规后的两年,以及第三次违规后永远失去获得SNAP福利的资格。该人也可能会被处以最高25万美元的罚款、最高20年的监禁,或同时接受两种处罚。他们还可能会根据联邦和州法被起诉。

我也理解以下处罚。如果我或我享受SNAP福利的家庭成员:

- 有**现金计划**的蓄意违反计划(IPV)行为,他们将在失去现金援助资格的同一时期失去获得SNAP的资格。
- 对其身份或居住情况进行欺诈性声明,以便同时获得多项SNAP福利,他们将失去十年的SNAP资格。
- 用SNAP福利交换(购买或出售)管制药物/非法药物,第一次被发现时他们将失去两年的SNAP资格,第二次被发现时他们将永远丧失SNAP的资格。
- 用SNAP福利交换(购买或出售)枪支、弹药或爆炸物,他们将永远丧失SNAP的资格。
- 许诺在网上或以面对面的方式出售SNAP福利或EBT卡,州政府可能会对其追加IPV的责任。
- 支付用信用购买的食物,他们将没有资格得到SNAP。
- 用SNAP福利购买产品,其用意在于丢弃包装内的物品,然后退回包装得到现金,他们将没有资格得到SNAP。
- 在重罪定罪后为逃避起诉、拘留或监禁而逃跑,他们将没有资格得到SNAP。
- 违反缓刑或假释,且执法部门正在对其进行积极追捕,他们将没有资格得到SNAP。

任何在2014年2月7日之后被定罪为重犯的人,如果根据7 CFR § 273.11 (n)的规定是一名在逃重犯或违反了缓刑或假释, **并且**是在以下方面被定罪的成年人,则其没有资格获得SNAP福利:

1. 《美国法典》第18篇第2241节定义的严重性虐待;
2. 《美国法典》第18篇第1111节定义的谋杀;
3. 《美国法典》第18篇第110章定义的任何犯罪行为;
4. 1994年《防止对妇女施暴法》(VAWA)第4002(a)节(《美国法典》第42篇第13925a节)定义的涉及性侵犯的联邦或州犯罪行为;或
5. 总检察长根据州法认为与本清单中所述犯罪类型基本相似的犯罪行为。

## 非歧视声明

联邦民权法和美国农业部(USDA)的法规与政策禁止USDA及其机构、办公室、员工,以及参与或管理USDA计划的机关在任何由USDA开展或出资的计划或活动中以种族、肤色、原籍国、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰为基础进行歧视,或对之前的民权活动进行打击报复。

需要通过其他交流方式来了解计划信息的残障人士(例如盲文、大号字体、录音带、美国手语等)应联系他们申请福利的机构(州或地方)。失聪、听力不佳或有言语障碍的人士可以拨打1-800-877-8339,通过联邦信息传递服务(Federal Relay Service)联系USDA。此外,我们还可以用英语以外的其他语言为您提供项目信息。

如需提出计划歧视投诉:

- 填写USDA计划歧视投诉表(AD-3027)。您可以在线上:<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>,以及任何USDA办事处获得此表格。您可以拨打1-866-632-9992索取一份投诉表;或
- 写信给USDA,并在信中包括表格中要求提供的所有信息。

请通过以下方式向USDA提交完整填写的表格或信件:

- 邮寄:U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; 或
- 传真:1-202-690-7442; 或
- 电子邮件:[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

本机构是机会均等的提供者。



## 对老年人、残疾人和儿童的紧急援助 (EAEDC)

TAFDC和EAEDC是现金援助计划。如需了解更多情况或提出申请,请访问DTAConnect.com或致电您当地的DTA办公室。此信息仅适用于正在申请或已经有TAFDC或EAEDC福利的家庭。

### 我应在什么时候通知DTA有关我家庭情况的变更?

我必须**在10天以内**通知DTA有可能影响我的TAFDC或EAEDC(现金福利)的变更,但无需告知DTA低于每月100美元的收入变更。其中包括我在收入、住址、同居者、家庭规模、工作和医疗保险方面发生的变化。。

### 我如何获得医疗保险?

- 如果我有TAFDC或EAEDC,我也将得到麻州医保补助有限计划(MassHealth)。
- 如果我的TAFDC或EAEDC被拒,MassHealth将用我的信息查看我是否有资格获得医疗保险。
- 如果我的EAEDC停止,我需要单独申请MassHealth。请致电1-800-841-2900要求申请表。

如果我得到MassHealth,我同意MassHealth收取:

- 其他来源欠我的钱,以用于我的医疗服务,和
- 向任何享受MassHealth福利的19岁以下儿童的缺席父母索取医疗抚养费。

#### **如果我仅是因为一起事故或伤害而符合资格的话,有哪些特殊规则吗?**

如果我的家庭因一起事故或伤害而从MassHealth或DTA获得福利,我必须用我从事事故或伤害中获得的任何财产来偿还他们。这笔钱可能来自于保险、和解协议或任何其他来源。即使我不知道钱可能来自于哪里,本规则也适用。

我同意在以下方面与MassHealth和DTA合作:

- 向其他来源进行财产索赔。
- 第一时间通知MassHealth和DTA有关任何保险索赔、诉讼或其他获得财产赔偿的流程。
- 当我获得财产赔偿时,为MassHealth和DTA提供新信息。

如果我不合作,MassHealth和DTA可能会停止或拒绝我的福利。我同意MassHealth和DTA:

- 为收取用来偿还福利的费用而分享我的福利信息。
- 查看所有关于我因事故或伤害而可能拿到财产赔偿的记录,例如工业事故部门的记录。

如果我是因残障或年龄在65岁以上而获得EAEDC,我必须申请联邦社会安全生活补助金 (SSI) 福利。如果我获批得到的SSI福利涵盖我获得EAEDC的同一时期,则社会安全局 (Social Security Administration) 将把我的一部分追溯SSI寄给DTA,以偿还EAEDC。

### 关于法律和您的福利的重要通知

蓄意违反计划 (IPV) 是指故意以口头或书面形式提供虚假或误导性声明,或误导、隐藏或隐瞒事实,以期建立或维持TAFDC或EAEDC福利的资格,或得到我没有资格获得的福利。

如果法院、取消资格行政听证会判定我犯有IPV,或我因签署弃权书而犯有IPV,则我将根据以下规则在一定期限内失去TAFDC或EAEDC的福利资格:

- 第一次违规后丧失福利6个月
- 第二次违规后丧失福利12个月
- 第三次违规后永久性丧失福利

除此以外,其他法律也可能适用。

### 禁止使用EBT卡购买的项目

我知道,将电子福利转账 (EBT) 卡上的TAFDC或EAEDC资金用于以下用途是非法的:酒精饮品;烟草制品;彩票;成人导向的内容或表演;赌博;枪支弹药;度假服务;纹身;身体穿孔;首饰;电视机;立体声音响;先租后买商店中的电子游戏或游戏机;休闲大麻;法院命令支付的费用;罚款;保释或保释金。

### 禁止使用EBT卡的场合

请自行留存。

我知道,在以下场合使用我的电子福利转账(EBT)卡是违法的:成人书店;成人用品商店或面向成人的表演场所;弹药经销商;赌场;赌博娱乐场或游戏场所;游轮;枪械经销商;首饰店;酒类专卖店;美甲店或美容店;将现金转至国外的转账机构;休闲大麻商店或纹身店。

**对于用EBT卡现金购买禁止项目的处罚**

- **第一次违规:** 我必须将所花的费用偿还给DTA。
- **第二次违规:** 我必须将所花的费用偿还给DTA,并将失去**两个月**的现金福利。
- **第三次违规:** 必须将所花的费用偿还给DTA,并将**永久性**失去现金福利。

<p>签名: 签署本申请表即证明我理解并同意“权利、责任和处罚。”</p> <p>申请人签名: _____</p> <p>日期: _____</p>	

