



食品、医疗和现金福利联合申请表

此表为食品福利、医疗和现金援助联合申请表。我们可以提供您所在社区有关其他有用服务的信息。您可以只回答与您所申请的计划有关的问题。如果您对援助申请表上的所有问题都进行回答，我们则可以查看您是否有资格参与所有计划。您的朋友、亲戚或任何您希望帮您填表的人都可以帮助您完成这份申请。



食品

每月发放补充营养援助 (SNAP) 福利，用于购买食品杂货。



医疗

(医生、医院、处方、化验和 X 光)

- Medicaid 提供的免费或低价保险
- 哥伦比亚特区医疗保健联盟 (Healthcare Alliance) 或移民儿童计划 (Immigrant Children's Program) 提供的免费或低价保险
- 经医疗保险交易市场 (Marketplace) 提供的可负担的私人健康保险计划
- 可立即帮您支付医疗承保保费的税收抵免。



现金

贫困家庭临时援助 (TANF) 或供有贫困儿童家庭的其他现金援助福利，以及等待对其附加保障收入 (SSI) 申请作出决定的个人。



请注意：

如您想申请长期护理服务，您需要填写《长期护理计划医疗援助申请表》(Long-Term Care Program Medical Assistance Application)。如需申请，请联系老年和社区生活部 (DAFL)，以获得老年人和身体残疾者 (EPD) 豁免，电话为 (202) 724-5626；联系残疾服务部 (DDS) 获得智力和发育障碍 (IDD) 者豁免，电话为 (202) 730-1700；或者如您您在护理设施或中级护理机构(ICF)，请联系您的设施管理员寻求协助。

您也可以在离您最近的服务中心领取此申请表，或者致电 (202) 727-5355 要求将申请表邮寄到您家里。

服务中心位置

星期一至星期五 | 上午 7:30 - 下午 4:45

Anacostia 服务中心

2100 Martin Luther King Jr.Ave., SE
Washington, DC 20020
传真：(202) 727-3527

国会高地服务中心

4049 South Capitol St SW
Washington, DC 20032
传真：(202) 645-4524

Taylor 街服务中心

1207 Taylor St., NW
Washington, DC 20011
传真：(202) 576-8740

戴维斯堡服务中心

3851 Alabama Ave., SE
Washington, DC 20020
传真：(202) 645-6205

H 街服务中心

645 H St., NE
Washington, DC 20002
传真：(202) 724-8964



受益人可致电 ESA 呼叫中心，电话为 (202) 727-5355，以了解哪个服务中心为其所在地址服务



全新手机申请:

您现可通过您智能手机上的苹果应用商店 (Apple App Store) 或谷歌应用商店 (Google Play Store) 下载 District Direct 应用程序, 进行在线申请食品、医疗、现金援助, 以及一些医疗计划。请查看应用程序, 以了解更多有关可用医疗计划申请的信息。

仅供机构使用	接收日期:	处理日期:	个案编号:
所申请的计划:			申请类型 申请重新认证
<input type="checkbox"/> 现金	<input type="checkbox"/> 批准	<input type="checkbox"/> 待定	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 医疗	<input type="checkbox"/> 批准	<input type="checkbox"/> 待定	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 食品	<input type="checkbox"/> 批准	<input type="checkbox"/> 待定	<input type="checkbox"/>

我需要完成申请表的哪些部分?



医疗援助



DC Health Link

如需申请可负担私人健康保险, 可立即帮您支付您的家庭健康承保保费的税收抵免, 或查看您的家庭是否有资格从 Medicaid 哥伦比亚特区医疗保健联盟或移民儿童计划处获得免费或低价保险。

请完成所有被标明用于医疗援助的部分。如果该部分被标明用于食品、医疗和现金援助, 请回答该部分的所有问题, 除非该问题注明申请医疗援助无需回答该问题。



食品援助

如果您想申请食品福利:

请完成所有被标明用于食品援助的部分。如果该部分被标明用于食品、医疗和现金援助, 请回答该部分的所有问题, 除非该问题注明申请食品援助无需回答该问题。



现金援助

如果您想申请现金福利:

请完成所有被标明用于现金援助的部分。其中也包括临时残疾援助 (IDA)。如果该部分被标明用于食品、医疗和现金援助, 请回答该部分的所有问题。除非该问题注明申请现金援助无需回答该问题。



请注意:

申请表的以下部分可选填——您无须完成:

- **第 16 步和第 17 步**——但是, 如果您申请现金援助, 在进行申请面试时, 您可能被要求提供这些详细信息
- **第 18 步和第 19 步**——您最好将第 18 步和第 19 步中所列信息进行备份。

语言协助支持

如您不讲英语，您则有权获得免费的语言协助服务。请致电 (202) 727-5355 或 TTY/TDD 711 (855) 532-5465。哥伦比亚特区地区法律要求各机构免费以您所讲的语言为您提供信息和协助。如您未得到语言帮助，请致电哥伦比亚特区人权办公室 (Office of Human Rights)，电话为 (202) 727-4559，然后按 0 键。

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ (202) 727-5355 (ማስማት ለተሳናቸው: TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (202) 727-5355 (ATS : TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Dè dɛ nià ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsó ɔ -wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ́in m̄ gbo kpáa. Dá (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Ige nti: O buru na asu lbo asusu, enyemaka diri gi site na call (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-(202) 727- 5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)।

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)

まで、お電話にてご連絡ください。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)번으로 전화해 주십시오.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

您需要以何种语言进行阅读？	<input type="checkbox"/>								
	英语	西班牙语	越南语	法语	韩语	阿姆哈拉语	中文（普通话）	中文（粤语）	其他
您需要以何种语言进行交流以获得 ESA 服务？	<input type="checkbox"/>								
	英语	西班牙语	越南语	法语	韩语	阿姆哈拉语	中文（普通话）	中文（粤语）	其他
如您需要口译员，您需要口译员对何种语言进行翻译？	<input type="checkbox"/>								
	英语	西班牙语	越南语	法语	韩语	阿姆哈拉语	中文（普通话）	中文（粤语）	其他

您是否想要获得免费的语言口译服务？

是（一名个案工作人员将协助您）

否（填写并签署以下弃权声明）

我, _____ 承认 DHS 已经通知我, 根据哥伦比亚特区 2004 年《语言协助法案》的要求, 我有权免费获得专业和训练有素的口译服务。在下方签字即代表我同意我已拒绝了这项服务, 并选择依靠我认定的人员提供翻译协助。我知悉此人非由 DHS 确定或审核, DHS 既不负责提供这些服务, 也不承担这些因服务而可能产生的任何责任。我也了解此弃权声明只适用于这一事例。如日后需要 DHS 的翻译协助, 我将直接通知该机构要求提供此服务。

在此签名

日期

申请人或代表签名

办公使用：

此声明由（姓名） _____ 口头翻译成（语言） _____, 此人为 LanguageLine 提供的专业当面口译口译员, 或为 DHS 的多语种雇员, 原因为没有该语言的书面翻译, 或受益人无法以他/她所说语言进行阅读。

第 1 步 请告知我们有关此申请填写人的情况。

(如您现申请食品、医疗或现金援助, 请填写此步)



您的家庭现正申请哪种类型的援助? (请勾选所有适用项)

食品 医疗 现金

名字	姓氏	
中间名	后缀 (小 (Jr.)、三世 (III.) 等)	
住址 (您居住的地方)	单元	
市	州	邮编
邮寄地址 (如与以上不同)		
市	州	邮编
首选电话 (请注意, 只有移动电话可以接收短信)	您的首选电话是移动电话还是固定电话? <input type="checkbox"/> 移动电话 <input type="checkbox"/> 固定电话	
电子邮件地址		

勾选此框即代表我同意接收与我的 ESA 个案有关的短信、电子邮件和预录电话。同意这些条款并非接受福利或服务的条件。可能会产生信息和数据费用。

您是否希望指定可以代您行事的人员?

是——请务必填写下方附录 C 否

您是否希望立即提交您的 SNAP 申请?

提交申请权 (仅适用于食品申请者)

只要在本页提供您的姓名、地址以及负责的家庭成员或授权代表的签名, 您就有权立即提交 SNAP (食品援助) 申请。SNAP 福利从申请之日起提供。在整个申请过程完成之后, 您才会被获批福利。

通过在下方签名, 我允许 DHS 获取有关我的信息。DHS 可从我的雇主、房东、银行和公用事业公司处获取这些信息。我允许所有这些人向 DHS 提供有关我的信息。我已审读我的申请信息, 我相信我在整张表格上提供的信息都真实正确, 包括有关我家庭中每个人的公民身份和外国人身份的信息。我知悉如果我提供虚假信息, 我则可能会触犯法律, 并有可能受到刑事起诉和处罚。我知悉州级和联邦官员会检查这些信息。我同意协助他们的调查。

在此签字 (申请人或代表签名)	日期
-----------------	----

第 1A 步

加急 SNAP (E-SNAP)

(如只申请食品援助, 请填写此步)



如需获得 E-SNAP 的资格, 您则必须满足以下条件之一:

1. 收入和流动资源加起来低于每月的住房支出
2. 月收入低于 \$150 美元, 流动资源为 \$100 美元或以下
3. 为赤贫移民或季节性农工, 流动性资源为 \$100 美元或以下

如果获批加急 SNAP, 您将在 7 天内收到一个或两个月的 SNAP 福利, 以及一份初始通知, 其中指明了在这些初始月份之后 DHS 仍需的任何信息, 以裁定您是否有资格继续获得福利。之后, 您将在提交 SNAP 初始申请后 30 天内收到关于您是否有资格继续获得福利的决定。您必须完成申请、面试, 并对您的身份进行核实, 才可能获批 E-SNAP。

E-SNAP 筛查问题

1.本月您的家庭收入是否会达到或超过 \$150 美元? 如否, 数额为? \$ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.您的家庭是否有超过 \$100 美元的流动资源 (即现金、银行存款等)? 如否, 数额为? \$ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.您的家庭本月将支付多少住房费用 (租金/按揭贷款和公用事业费)?	\$ _____
4.本月, 您的家庭收入和流动资源是否超过了您的住房开支?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.您或您家里的任何人是否为移民或季节性农工?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 2 步

请告知我们有关您家庭中每个成员的情况, 即使您没有为其申请福利。



(如您现申请食品、医疗或现金援助, 请填写此步)

**如果您的家庭中有 5 个以上的申请人, 请另附纸张写上他们的信息

**如申请医疗保健承保, 请列出今年将被列入您的联邦报税表的每个成员 (请注意: 您不需要报税就可以接受援助)

	示例	家庭成员 #1 (您)	家庭成员 #2
1. 名字	Maya		
中间名	Michelle		
姓氏	Johnson		
后缀 (小 (Jr.)、老 (Sr.)、四世 (IV) 等)			

2. 此人与您的家庭一起申请哪些福利？ (请列出所有适用情况。如无，请写上“N/A”)	食品、现金、 医疗		
2a. 您们通常是否一起购买食材一起做饭？ (仅限食品援助)	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 出生日期	1987 年 1 月 23 日		
4. 性别 (男, 女)	女		
5. 您是否为西班牙裔或拉丁裔？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 种族/族裔：(西班牙裔/黑人/非裔美国人/亚裔/白人/夏威夷原住民或太平洋岛民/美国印第安人或阿拉斯加原住民) 此问题为自愿性质。您可以列出多于一个种族和族裔。这一信息不会影响您的福利。哥伦比亚特区收集和使用这一信息，以监督和解决健康经历中的种族和族裔差距。请考虑提供这一数据以支持这些工作。	非裔美国人		
7. 社会安全号码 (SSN) (如此人没有 SSN 或不申请福利, 此项可不填)	555-55-5555		
如此人没有 SSN, 但在申请福利, 他/她是否申请了 SSN ? 如此人未申请 SSN, 但在申请福利, 他/她为什么没有申请 ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 没有资格获得 SSN	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 此人的婚姻状况为？ (未婚、已婚、分居、离异、丧偶)	已婚		
9. 与您的关系	女儿	自己	
10. 您或您的配偶是否为此人的亲生父母或养父母？	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 此人是否为美国公民或美国国民？ (仅限申请人) 许多移民有资格获得福利 (如您回答为否, 请完成第 3 步)	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否为归化或衍生美国公民？ (仅限申请人)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如您为归化或衍生公民, 您的公民身份文件上的外国人号码和证书号码为何？ (此问题只针对申请医疗援助的人员且可选填)。	外国人号码 证书号码	外国人号码 证书号码	外国人号码 证书号码
12. 此人是否为美国印第安人或阿拉斯加原住民？ (仅限医疗援助) (如是, 请填写附录 B, 您可能有资格获得更多福利)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如是，此人的部落识别码 (Tribal Identification Numbe) 为？ (仅限医疗援助)			
13. 此人是否为现役军人或美国退伍军人？ 如是，请与哥伦比亚特区退伍军人事务办公室 (District of Columbia's Office of Veteran Affairs) 联系，以确定是否有资格获得更多福利。 哥伦比亚特区退伍军人事务办公室的联系信息为： 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001, (202) 724-5454, ova@dc.gov。	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 此人目前是否居住在哥伦比亚特区？ (仅限申请人)	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，您是否打算留在哥伦比亚特区？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如您不打算留在哥伦比亚特区，您计划何时离开？			
如您目前不在哥伦比亚特区，您是否暂时居住在哥伦比亚特区以外的地方，但计划在离家目的完成后返回？			
如您暂时居住在哥伦比亚特区以外的地方，您离开哥伦比亚特区的原因为何？ (上学、看病或接受医疗服务、服兵役、其他 (请注明))。	上学		
15. 您是否为家暴受害者？ (限于现金和视频申请人，以及申请医疗援助的受担保移民)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16. 在过去 10 年中，此人是否被联邦或州法院判定对其居住地或身份做任何虚假陈述以获得来自一个以上州的援助？ (仅限食品和现金申请人)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的定罪日期为何时？	月/日/年		
17. 此人是否已从高中毕业或获得同等学历 (GED)？ (仅限食品和现金援助)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
学校/项目名称 (仅限食品和现金援助)	Dunbar 高中		
毕业年月 (仅限食品和现金援助)	2019 年 6 月		
18. 此人是否上学或参与工作培训计划？ (仅限食品和现金援助) 如是，学校/计划的名称为？每周多少个小时	是； McKinley Tech—— 40 小时		

20. 此人是否为了避免被起诉、被拘留、因重罪或重罪未遂而入狱、或违反假释或缓刑条款而在躲藏或逃避法律？ (仅限食品和现金援助)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
21. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后因用 SNAP 福利换取毒品而被定罪？ (仅限食品援助)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
22. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后在任一州因购买或出售超过 \$500 美元的 SNAP 福利而被定罪？ (仅限食品援助)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
23. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后在任一州因以欺诈方式重复领取 SNAP 福利而被定罪？ (仅限食品援助)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，哪个州？			
24. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后因用 SNAP 福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪？ (仅限食品援助)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 2a 步 有关家庭成员 1 和 2 的进一步问题。





(如您现申请食品、医疗或现金援助，请填写此步)

- 如果您的家庭中有 5 个以上的申请人，请另附纸张写上他们的信息。
- 如申请医疗保健承保，请列出今年将被列入您的联邦报税表的每个成员（请注意：您不需要报税就可以接受援助）。
- 如只申请医疗保健承保，请只为您的家庭成员和需要医疗保健承保的人员回答这些问题。如您不为家庭成员申请医疗保健承保，请不要回答这些问题。

25. 此人是否住在诸如疗养院、医院、集体宿舍、监狱、中途宿舍、戒毒或戒酒中心或其他设施等机构？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，该机构的名称为何？	Lakewood 疗养院		
如是，该机构的地址为何？	123 Main St		
您是否由哥伦比亚特区政府机构安排到该机构？	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，哪个政府机构？	DHS		
此人居住的设施每天是否为其提供超过一顿半的膳食？ (仅限食品和现金援助)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

26. 您是否自愿停留在哥伦比亚特区？	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
27. 您目前是否为哥伦比亚特区无家可归者？	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，您是否参与了任何无家可归者服务或住房服务？（仅限食品和现金申请人）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
28. 此人是否为盲人？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
29. 此人是否为残障人士？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
30. 此人是否需要帮助进行日常生活活动或住在医疗机构？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
31. 此人是否住在寄养家庭？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
32. 此人在被寄养时是否年满 18 周岁？ (仅限医疗援助)	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
33. 此人是否为脱离父母而能完全独立生活的未成年人？	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
34. 此人目前是否怀孕或在过去 60 天内曾怀孕？ (仅限医疗和现金援助)	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，预产期为何时？（仅限医疗和现金援助）（医疗申请人请知悉，预产期估算期予以接受且不需要核实）	月/日/年		
如是，此次孕期预计生产几个婴儿？（仅限医疗援助）	1		
如此人在近期怀孕，孕期在何时结束？（仅限医疗援助）	月/日/年		
此人在怀孕期间是否加入了 Medicaid？（仅限医疗援助）	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，这是否为此人第一次怀孕？（仅限医疗和现金援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

35. 此人是否需要帮助以支付过去 3 个月内的医疗费 用？ 以下问题旨在了解我们是否可以帮您支付您在申请承保前 3 个月内的任何医疗费用。如您不需要帮助支付过去三个月内的医疗费用，请前往问题 36（ 仅限医疗援助 ）	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人在哪几个月有医疗费用？（仅限医疗援助）	一月和二月		
如是，此人在过去 3 个月里是否住在哥伦比亚特区以外地方？如您回答是，请填写附录 D（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人在过去 3 个月里美国公民身份或适格移民身份是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的报税身份在过去 3 个月里是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的收入在过去 3 个月里是否有变化？如您回答是，请填写附录 D。（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的医疗承保在过去 3 个月里是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人在过去 3 个月里是否成为了盲人或残障人士？如您回答是，请填写附录 D。（仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的资产在过去 3 个月是否有变化？如您回答是，请填写附录 D。医疗或临时残疾援助 (IDA)	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
36. 此人是否经工作获得了保险，并在过去 3 个月内失去了 保险？ （仅限医疗援助）	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，承保在何时结束？（仅限医疗援助）	2020 年 12 月 31 日		
如是，承保结束的原因为何？（仅限医疗援助）	失业		
如是，此人是否为全日制学生？（仅限医疗援助）	是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
37. 如此人为孩童，是否有父母不居家？ 父母包括亲生父母和养父母。 （仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
38. 此人是否通过 Project Wish 进行过乳腺癌或宫颈癌筛查？ （仅限医疗援助）	否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 2 步

请告知我们有关您家庭中每个成员的情况，即使您没有为其申请福利。



(如您现申请食品、医疗或现金援助，请填写此步)

如您的家庭中有 5 个以上的申请人，请另附纸张写上他们的信息)

	家庭成员 #3	家庭成员 #4	家庭成员 #5
1. 名字			
中间名			
姓氏			
后缀 (小 (Jr.)、老 (Sr.)、四世 (IV) 等)			
2. 此人与您的家庭一起申请哪些福利？ (请列出所有适用情况。如无，请写上“N/A”)			
2a. 您们通常是否一起购买食材一起做饭？ (仅限食品援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 出生日期			
4. 性别 (男, 女)			
5. 您是否为西班牙裔或拉丁裔？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 种族/族裔： (西班牙裔/黑人/非裔美国人/亚裔/白人/夏威夷原住民或太平洋岛民/美国印第安人或阿拉斯加原住民) 此问题为自愿性质。您可以列出多于一个种族和族裔。这一信息不会影响您的福利。哥伦比亚特区收集和使用这一信息，以监督和解决健康经历中的种族和族裔差距。请考虑提供这一数据以支持这些工作。			
7. 社会安全号码 (SSN) (如此人没有 SSN 或不申请福利，此项可不填)			
如此人没有 SSN，但在申请福利，他/她是否申请了 SSN？ 如此人未申请 SSN，但在申请福利，他/她为什么没有申请？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 此人的婚姻状况为？ (未婚、已婚、分居、离异、丧偶)			
9. 与您的关系			
10. 您或您的配偶是否为此人的亲生父母或养父母？			
11. 此人是否为美国公民或美国国民？ (仅限申请人) 许多移民有资格获得福利 (如您回答为否，请完成第 3 步)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您是否为归化或衍生美国公民？ (仅限申请人)			
如您为归化或衍生公民，您的公民身份文件上的外国人号码和证书号码为何？ （此问题只针对申请医疗援助的人员且可选填）。	外国人号码 证书号码	外国人号码 证书号码	外国人号码 证书号码
12. 此人是否为美国印第安人或阿拉斯加原住民？ (仅限医疗援助) (如是，请填写附录 B，您可能有资格获得更多福利)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的部落识别码 (Tribal Identification Numbe) 为？ (仅限医疗援助)			
13. 此人是否为现役军人或美国退伍军人？ 如是，请与哥伦比亚特区退伍军人事务办公室 (District of Columbia's Office of Veteran Affairs) 联系，以确定是否有资格获得更多福利。 哥伦比亚特区退伍军人事务办公室的联系信息为：441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001, (202) 724-5454, ova@dc.gov 。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 此人目前是否居住在哥伦比亚特区？ (仅限申请人)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，您是否打算留在哥伦比亚特区？			
如您不打算留在哥伦比亚特区，您计划何时离开？			
如您目前不居住在哥伦比亚特区，您是否暂时居住在哥伦比亚特区以外的地方，但计划在离开目的完成后返回？			
如是，您不在本区居住的原因为何？ (上学、看病或接受医疗服务、服兵役、其他 (请注明))。			
15. 您是否自愿停留在哥伦比亚特区？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16. 您是否为家暴受害者？ (限于现金和视频申请人，以及申请医疗援助的受担保移民)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17. 在过去 10 年中，此人是否被联邦或州法院判定对其居住地或身份做任何虚假陈述以获得来自一个以上州的援助？ (仅限食品和现金申请人)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人的定罪日期为何时？			
18. 是否为高中毕业或有同等学历 (GED)？ (仅限食品和现金援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
学校/计划名称 (仅限食品和现金援助)			

毕业年月 (仅限食品和现金援助)			
19. 此人是否上学或参与工作培训计划？ (仅限食品和现金援助) 如是，学校/计划的名称为？每周多少个小时	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
20. 此人是否为了避免被起诉、被拘留、因重罪或重罪未遂而入狱、或违反假释或缓刑条款而在躲藏或逃避法律？(仅限食品和现金援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
21. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后因用 SNAP 福利换取毒品而被定罪？(仅限食品援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
22. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后在任一州因购买或出售超过 \$500 美元的 SNAP 福利而被定罪？(仅限食品援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
23. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后在任一州因以欺诈方式重复领取 SNAP 福利而被定罪？(仅限食品援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，哪个州？			
24. 此人是否在 1996 年 9 月 22 日之后因用 SNAP 福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪？(仅限食品援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 2a 步 有关家庭成员 3-5 的进一步问题



(如您现申请食品、医疗或现金援助, 请填写此步)

- 如您的家庭中有 5 个以上的申请人, 请另附纸张写上他们的信息。
- 如申请医疗保健承保, 请列出今年将被列入您的联邦报税表的每个成员 (请注意: 您不需要报税就可以接受援助)。
- 如只申请医疗保健承保, 请只为您的家庭成员和需要医疗保健承保的人员回答这些问题。如您不为家庭成员申请医疗保健承保, 请不要回答这些问题。

	家庭成员 #3	家庭成员 #4	家庭成员 #5
25. 此人是否住在诸如疗养院、医院、集体宿舍、监狱、中途宿舍、戒毒或戒酒中心或其他设施等机构?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是, 该机构的名称为何?			
如是, 该机构的地址为何?			
您是否由哥伦比亚特区政府机构安排到该机构?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是, 哪个政府机构?			
此人居住的设施每天是否为其提供超过一顿半的膳食? (仅限食品和现金援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
26. 您是否自愿停留在哥伦比亚特区?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
27. 您目前是否为哥伦比亚特区无家可归者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是, 您是否参与了任何无家可归者服务或住房服务? (仅限食品和现金申请人)			
28. 此人是否为盲人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
29. 此人是否为残障人士?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
30. 此人是否需要帮助进行日常生活活动或住在医疗机构?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
31. 此人是否住在寄养家庭?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
32. 此人在被寄养时是否年满 18 周岁? (仅限医疗援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
33. 此人是否为脱离父母而能完全独立生活的未成年人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

34. 此人目前是否怀孕或在过去 60 天内曾怀孕？ (仅限医疗和现金援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，预产期为何时？(仅限医疗和现金援助) (医疗申请人请知悉，预产期估算期予以接受且不需要核实)			
如是，此次孕期预计生产几个婴儿？(仅限医疗援助)			
如此人在近期怀孕，孕期在何时结束？(仅限医疗援助)			
此人在怀孕期间是否加入了 Medicaid？(仅限医疗援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，这是否为此人第一次怀孕？(仅限医疗和现金援助)			
35. 此人是否需要帮助以支付过去 3 个月内的医疗费 用？ 以下问题旨在了解我们是否可以帮您支付您在申请承保前 3 个月内的任何医疗费用。如您不需要帮助支付过去三个月内的医疗费用，请前往问题 36 (仅限医疗援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人在哪几个月有医疗费用？(仅限医疗援助)			
如是，此人在过去 3 个月里是否住在哥伦比亚特区以外地方？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人在过去 3 个月里美国公民身份或适格移民身份是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人的报税身份在过去 3 个月里是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人的收入在过去 3 个月里是否有变化？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人的医疗承保在过去 3 个月里是否有变更？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人在过去 3 个月里是否成为了盲人或残障人士？如您回答是，请填写附录 D。(仅限医疗援助)			
如是，此人的资产在过去 3 个月是否有变化？如您回答是，请填写附录 D。医疗或临时残疾援助 (IDA)			
36. 此人是否经工作获得了保险，并在过去 3 个月内失去了 保险？ (仅限医疗援助)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，承保在何时结束？(仅限医疗援助)			
如是，承保结束的原因为何？(仅限医疗援助)			

如是，此人是否为全日制学生？（仅限医疗援助）			
37. 如此人为孩童，是否有父母不居家？父母包括亲生父母和养父母。 （仅限医疗援助）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
38. 此人是否通过 Project Wish 进行过乳腺癌或宫颈癌筛查？ （仅限医疗援助）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 3 步 您或您家庭中的任何人是否以非美国公民身份为自己寻求福利？

（如您现申请食品、医疗或现金援助，请填写此步）。

是——请填写以下内容。 否——跳至第 4 步



许多移民有资格获得福利。

如未列出您的身份，请在下表中列明“其他”作为您的身份。

如您不是为自己申请福利，您则不需要提供有关您自己移民身份的详情。您可以只提供寻求福利的家庭成员的移民信息。

我们必须要求移民服务局 (USCIS) 核实任何为自己寻求福利且未被列为“其他”人员的身份。这可能会影响您获得福利的资格和您的福利金额。

移民身份	
<ul style="list-style-type: none"> 合法永久居民 受庇护者 难民 古巴/海地入境者 1980 年之前获准的有条件入境者 人口贩运受害者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母 临时保护身份 (TPS) 暂缓强制递解 (Deferred Enforced Departure) 合法临时居民 联邦政府承认的印第安部落成员或出生在加拿大的美国印第安人 暂缓遣返身份 (Deferred Action Status) (除：童年入境暂缓遣返 (DACA) 外) 不属于申请医疗保险的适格移民身份) 	<ul style="list-style-type: none"> 获准暂缓递解出境人员 获美国国土安全部 (Department of Homeland Security) 假释批准至少一年的人员 美属萨摩亚居民 国土安全部发布的暂缓递解出境的行政令 密克罗尼西亚、马绍尔群岛和帕劳的公民 拥有待处理或获批： <ul style="list-style-type: none"> 自行申请移民签证的受虐待配偶或子女 美国公民或合法永久居民 (LPR) 为其配偶或子女申请的移民签证 申请取消递解出境 具有非移民身份的个人，包括工作签证 (如 H1、H-2A、H-2B)、学生签证、U 签证、T 签证和其他签证 其他

家庭成员姓名	外国人注册号	移民身份 (请使用上述类别)	移民文件类型和文件编号	此人是否为现役军人、退伍军人，或为退伍军人或现役军人的配偶或父母？

以下答案仅用于裁定医疗、食品和现金援助			
上述人员是否在 1996 年 8 月 22 日之前移居美国？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如是，是哪位成员？	
如您为合法永久居民，您是否有担保人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 担保人全名 _____			
担保人地址		市	州 邮编
担保人的雇主		担保人每月收入 \$	
您本人、您的父母、配偶和/或担保人是否曾在美国工作？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您每个月从您的担保人处收到多少支援？		\$	

第 4 步 报税信息



如您家庭中有人报税，请填写此部分（如您申请医疗援助，才需填写）

报税人姓名	报税身份	与报税人同住的受抚养人	不与报税人同住的受抚养人
请列出您家庭中的每个报税人	请告知我们报税人身份： (户主、单身、已婚联合申报或已婚单独申报) 如为联合申报，请列出您与之联合申报的人员。	请列出报税人所申报的所有居住在家中的受抚养人。	请列出报税人所申报的所有不在家中居住的受抚养人。
报税人 1			
报税人 2			

如果您的家庭中有人为非居住在您家里人员的受抚养人，请在下面列出：

受抚养人姓名	申报受抚养人的报税人姓名	报税人与受抚养人有何关系？

第 5 步 您家庭中是否有人（包括非申请者）有收入？



是——请填写以下内容

否——请跳至第 6 步（如您现申请食品、医疗或现金援助，请填写此步）

您的家庭成员 中谁有工作？ (包括您自己、配偶和受抚养人) (请写下其全名)	雇主姓名 (如为自雇, 请写下“自雇”)	雇主地址	雇主电话	聘用开始日期	工资数额 (税前和扣减前)	多久发一次工资？ (例如：每天、每周、每两周、每半个月、每月、每年、一次性支付)
您的家庭成员 中谁为自雇？	此自雇人士从事何种类型的工作？	此自雇人士多久领一次工资？	此自雇人士每次收到多少工资？	此自雇人士有哪些与业务有关的支出？	每月的自雇支出总额是多少？	

您的家庭有哪些类型的收入？

所有计划都要报告这些情况：

- 失业救济金
- 在 2018 年 12 月 31 日之后据敲定协议收到的赡养费
- 应纳税年金
- 其他应纳税所得类型：

- 彩票/赌博赢利
- 残疾津贴
- 军人退休津贴
- 净租金/版权费？
- 养殖/捕捞净收入
- 社会安全福利（非附加保障收入 (SSI)）
- 养老金和退休金

食品和现金计划需报告这些情况：

- 寄养/领养补贴
- 帮助解决开支
- 子女抚养费
- 附加保障收入 (SSI)
- 无需纳税年金
- 其他应纳税所得类型：

- 在 2019 年 1 月 1 日之前据敲定协议收到的赡养费
- 退伍军人残疾福利
- 其他退伍军人福利

收入类型	您的家庭成员中谁在接收此福利？ (全名)	金额 (税前和扣减前)	多久接收一次？ (每周、每两周、每半个月、每月、一次性付款)
在过去 60 天内，家庭中是否有成员停止工作或减少工作时间？ 是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		如是，是哪位成员？	
雇主是谁？		此个人为何停止从事这项工作？	

其他收入问题

(如您现申请食品、医疗或现金援助, 请填写此部分)

1. 请勾选所有可在家庭报税表上进行扣减的选项: (仅限医疗援助)

- 已付的赡养费 \$ _____ (请注意, 只有在 2019 年 1 月 1 日之前据敲定协议支付的赡养费才可以扣减)
- 多久一次? _____
- 其他扣减类型? _____ \$ _____ 多久一次? _____
- 学生贷款利息 \$ _____ 多久一次? _____

如您选择任何一项, 请列出申报这些扣减的家庭成员:

如果您家庭中有人支付赡养费, 其是否在 2018 年 12 月 31 日之后完成离婚手续? 是 否

2. 您的家庭中是否有人被免除了学生贷款? (仅限于医疗和哥伦比亚特区联盟)

是 否

如是, 是哪位成员? _____

此人的学生贷款为何被免除?

- 完全残疾 死亡 公共服务 贷款减免

3. 是否有人向您的家庭支付餐费或租房费? (仅限于食品和现金)

是 否

如是, 此人的全名为: _____ 每月付款: \$ _____

4. 您的家庭中是否有人拥有年金?

- 是, 年金价值: \$ _____ 否, 跳至第 7 步

年金的受益人是否为您的家庭成员? 是 否

如是, 受益人的全名: _____

此为何种类型的年金? 递延年金 即时年金 退休年金

此为何种类型的年金? 可撤销年金 不可转让年金 不可撤销年金

年金何时建立? _____ / _____ / _____

此年金是否提供气球式或递延付款? 否 是

此年金是通过哪家实体购买的? 金融实体 保险实体 其他

年金资金的来源为何? 年金领取者 退休计划 不详

如用资金购买年金, 是 否
那么资金是否来自家庭中的某个成员?

出资者的全名: _____

第 6 步 如您为子女申请医疗或现金援助，请填写此步



如您为盲人、残障人士、65岁以上人士，非儿童的主要照顾者，并且正在申请医疗援助，请勿填写这一部分。

本申请书中的任何孩童是否有父母不居家？

是——请填写以下部分 否——跳至第 7 步

作为获得某些类型的现金援助或除保费税收抵免和费用分担减免以外的医疗援助的资格条件，如果您为之申请福利的任何孩子有一位父母不居家，您则必须告知 DHS。如您不想提供不居家父母的详情，请参见第 54 页以了解允许您免于提供这些信息的理由清单。

如您认为您或许可免于提供有关非监护父母的信息，请在此处打勾。

我倾向与我的 DHS 工作人员或子女抚养工作人员进行讨论。

我庄严宣誓或确认，据我个人所知、信息和信念，我已阅读第 6 步（本步骤），其中有关亲子关系和父子关系的事实陈述真实无误，且知悉若陈述不属实则甘受刑事处罚。我明白并同意，如果我接收医疗援助（除保费税收抵免和费用分担减免外）和现金援助，所有儿童抚养费将由哥伦比亚特区总检察长办公室儿童抚养服务处（CSSD）收缴和拨付。我明白我在接收现金和医疗援助（除保费税收减免和费用分担减免外）的同时，转让了我的抚养费权利。我转让的抚养费额度不超过我从这些计划中接收的金额。如果我领取现金援助，我可能获得超出现金援助补助的额外子女抚养费。如果我收到的付款有误，我则会与 CSSD 进行联系。我明白，根据法律规定，任何误收款项均应退还给 CSSD，否则我可能会被强制向 CSSD 还款。我明白可能因某些原因我不想要子女抚养费，但与 CSSD 配合至关重要。因此，如果我有任何疑问，我会立即联系我的 CSSD 个案工作人员。

在此签名

日期

申请人或代表签名

如您为子女申请现金援助，您才需回答以下有关不居家父母的问题。如否，跳至第 7 步。

子女一	子女的全名		子女的出生日期		
	受孕子女的市和州				
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况（请提供您所拥有的所有信息）				
	父母的全名		别名		
	出生日期	出生地：（市，州）		社会安全号码 (SSN)	
	种族		电话		
	最后已知雇主		聘用日期		
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州	
	判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

子女二	子女的全名		子女的出生日期		
	受孕子女的市和州				
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况（请提供您所拥有的所有信息）				
	父母的全名		别名		
	出生日期	出生地：（市，州）		社会安全号码 (SSN)	
	种族		电话		
	最后已知雇主		聘用日期		
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州	
	判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

子女三	子女的全名		子女的出生日期	
	受孕子女的市和州			
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况（请提供您所拥有的所有信息）			
	父母的全名		别名	
	出生日期	出生地：（市，州）		社会安全号码 (SSN)
	种族		电话	
	最后已知雇主		聘用日期	
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州
判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

子女四	子女的全名		子女的出生日期	
	受孕子女的市和州			
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况（请提供您所拥有的所有信息）			
	父母的全名		别名	
	出生日期	出生地：（市，州）		社会安全号码 (SSN)
	种族		电话	
	最后已知雇主		聘用日期	
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州
判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

子女五	子女的全名		子女的出生日期	
	受孕子女的市和州			
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况 (请提供您所拥有的所有信息)			
	父母的全名		别名	
	出生日期	出生地：(市, 州)		社会安全号码 (SSN)
	种族		电话	
	最后已知雇主		聘用日期	
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州
判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

子女六	子女的全名		子女的出生日期	
	受孕子女的市和州			
	请告知我们有关指称的非监护父母的情况 (请提供您所拥有的所有信息)			
	父母的全名		别名	
	出生日期	出生地：(市, 州)		社会安全号码 (SSN)
	种族		电话	
	最后已知雇主		聘用日期	
	亲子关系是否已经确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	儿童抚养费听证会 法院/地区		市	州
判决日期	判决数额	您最后一次从非监护父母处收到钱财的日期		

如您有超过 6 个孩子有非监护父母，请另附纸张列出其信息。

第 7 步 如您在您现居住地没有登记投票，您是否希望今天在此申请登记投票？

- 是——请完成此步骤并填写选民登记申请表（附于本申请表背面）
- 否——跳至第 8 步

如两个选项您都没有勾选，您则将被视为决定此时不登记投票

登记投票的决定完全为自愿性质。申请登记投票或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供的援助金额。我们对此信息进行保密。不申请决定以及您提交申请的办公室名称将被保密，并只用于选民登记目的。如您认为有人干涉了您登记投票或拒绝登记投票的权利，您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或您选择所属政党或其他政治倾向的权利，您可以向哥伦比亚特区选举和道德委员会 (The District of Columbia Board of Elections and Ethics) 提出申诉，其地址为：441 4th Street NW, Suite 250, Washington, DC 20001；电话为：(202) 727-2525。

我们为您附上了一份选民登记表。如您希望得到帮助来填写选民登记申请表，我们会帮您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写此申请表格。如您的家庭中有更多成员需要选民登记申请表，请告知我们。

在此签名

日期

申请人或代表签名

转介

其他可能帮助您的项目信息和联系方式。

- HealthCheck 为拥有 Medicaid 的儿童提供免费检查。也支付儿童所需的其他服务的费用。HealthCheck 还可以让您免费搭车去看医生。欲知详情，请致电 (202) 639-4030。
- 妇女、婴儿和儿童计划 (WIC) 为针对五岁以下儿童的计划。通过 WIC，您每月可节省高达 \$140 的食物费用。另外，WIC 的工作人员可与您讨论有关母乳喂养的问题。欲知详情，请致电 1 (800) 345-1WIC (1 (800) 345-1942)。
- 如您有资格获得哥伦比亚特区 Medicaid，您则可拿回您最近支付的医疗费用。欲知详情，请拨打 (202) 698-2009。
- 哥伦比亚特区为需要居家护理和其他家庭护理的老年人和残障人士制定了一项特别计划。此计划的收入限额比常规医疗援助高。欲知详情，请拨打 1-877-919-2372。

艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 检测和服务	(202) 671-4900	Medicare	1-800-633-4227
酗酒和毒品	1-888-7WE-HELP	社会保障	1-800-772-1213
乳腺癌/宫颈癌筛查	(202) 442-5900	公共住房和第 8 节	(202) 535-1000

第 8 步 您家庭的医疗承保

(仅限医疗援助)



1. 您的家庭中是否有成员现已加入医疗承保？

是 否

如是，请在下方勾选承保类型，并在其所入保的承保旁写上此人的姓名：

Medicaid : _____

儿童医疗保险计划 (CHIP) : _____

此承保是否由哥伦比亚特区提供？

是 否

此承保是否由其他州提供？

是 否

如是，哪个州？ _____

雇主提供保险 : _____

健康保险名称 : _____

保单号 : _____

此承保是否为《统一综合预算协调方案》(COBRA) 承保？

是 否

此承保是否为退休人员健康计划？ 是 否

如您有承保，您则必须填写以下附录 A。

Medicare : _____

TRICARE : _____

如您有直接护理 (Direct Care) 或因公伤病护理 (Line of Duty) 承保，请不要勾选此项。

退伍军人医疗保健计划 : _____

和平队 : _____

其他

医疗保险名称 : _____

保单号 : _____

此承保是否为有限福利计划 (比如学校事故保单) ？

是 否

第 9 步 请审阅并签署此申请



如您和您的家庭现正申请医疗援助，请在下方签字。如果需要医疗援助的所有家庭成员皆为儿童、孕妇、父母/看护人亲属或无子女的成年人，我们所需的所有医疗信息到此为止。从第 10 步开始，还会有更多有关老年人、残障人士或盲人医疗援助的问题。

如果您只申请食品和现金援助，请继续填写第 10 步

- 签署此申请，即代表据我所知，我对此表格上的所有问题都进行了如实回答，如有虚假，愿接受作伪证处罚。我知悉如果我蓄意提供虚假或不真实信息，我可能会受到联邦法律的惩罚。
- 我知悉，如情况有变（且不同于）我在申请表上所写的内容，我则必须告知 DC Health Link。我可以访问 DCHealthlink.com 或致电 1 (855) 532-5465 来报告任何变更。我明白，我的信息变更可能会影响我家庭成员的资格。
- 我知悉，根据联邦法律，不得基于种族、肤色、民族血统、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾而有歧视。我可以通过访问 www.hhs.gov/ocr/office/file 提出歧视投诉。
- 我知悉我在此份申请中提供的信息将按照法律规定予以保密。我确认此份申请中申请健康保险的人员无被监禁情况（被拘留或被囚禁）。如有，下列人员被监禁：

(被监禁者人员的姓名)

如您选择申请，我们需要这些信息来检查您是否有资格获得帮助来支付医疗承保。我们将利用我们的电子数据库和国税局 (IRS)、社会安全管理局、国土安全部和/或消费者报告机构的数据库中的信息来核实您的答案。如果信息不匹配，我们则可能会要求您向我们寄送证明。

今后几年的续保

为了更便于裁定我在未来几年获得医疗承保支付帮助资格，我同意允许哥伦比亚特区健康保险网站 (DC Health Link) 使用收入数据，包括报税表信息。DC Health Link 将向我发出通知并让我进行任何更改，我可以随时选择退出。

是的，将我的资格自动延续至未来

5 年（所允许的最长年限），或至较短年限：

4 年 3 年 2 年 1 年 请勿使用报税表上的信息为我续保

如果此申请中的任何人有资格获得 Medicaid

我将我们的权利交给 Medicaid 机构，以便从其他医疗保险、法律和解或其他第三方处寻求和获取任何钱款。我也将寻求和获取配偶或父母的医疗支持的权利交给 Medicaid 机构。

如果我认为我的资格审查结果有误，我该怎么做？

如果您对有关您健康保险或医疗援助的决定持异议，您有权对我们的决定提出上诉，并获得公平听证。您可以对拒绝、终止或改变您的 Medicaid 资格、保费税收抵免或费用分担援助提出上诉。如您对您的保费税收抵免或费用分担援助数额持异议，您也可以提出上诉。一旦您提出上诉，您则可以在行政法官面前解释您为何对我们的决定持异议。

在告知您资格决定、拒绝、终止或变更的通知书邮戳日期后 90 天内，您可以对您收到的通知书中的决定提出上诉。如您未在 90 天内上诉，您则可能会失去上诉的权利。

您可以通过以下任何一种方法进行上诉：

- 致电 DC Health Link 客户服务部，其免费电话为 1 (855) 532-5465 或 TTY 711。
- 填写《**个人和家庭上诉申请**》表格，并将其通过传真发送至 (202) 724-2041，或通过电子邮件发送至 DC.OARA@dc.gov，或邮寄至：**Office of Administrative Review and Appeals**, 64 New York Avenue NE, 5th Floor, Washington DC 20002。
- 前往公众服务部的任一服务中心并填写《**上诉申请表**》
- 前往位于 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 的**行政听证会资源中心办公纸 (Office of Administrative Hearings Resource Center)**，并填写《**听证申请表**》
- 如您通过 Medicaid 计划或哥伦比亚特区联盟获得资格，您则可以通过以下方式申请举行公平听证会：
- 致电 **(202) 698-4650** 或 **(202) 727-8280**

请签署此申请

填写**第 1 步**的人员应在此申请上签名。如您为授权代表，只要您提供附录 C（随附）要求的信息，您就可以在此签字。

在此签名

日期

申请人或代表签名



决策点

选项 1

如您只想让我们考量您是否有资格获得针对非老年人（65 岁以上）、盲人、残障人士或不需要长期护理服务的 Medicaid、哥伦比亚特区联盟、移民儿童计划或私人健康保险，**您可以到此为止**。如果以下附录 A、B 或 C 适用于您的家庭，请记得填写并签署附录 A、B 和/或 C。

选项 2

如您想我们考量您参与**食品和现金计划**或**其他医疗援助计划**的资格，包括针对老年人（65 岁以上）、盲人或残障人士的 Medicaid 计划，请继续填写第 10 步。如您想申请长期护理服务，您则需要填写《长期护理计划医疗援助申请表》(Long-Term Care Program Medical Assistance Application)。如需申请，请联系老年和社区生活部 (DAFL)，以获得老年人和身体残疾者 (EPD) 豁免，电话为 (202) 724-2008；联系残疾服务部 (DDS) 获得智力和发育障碍 (IDD) 者豁免，电话为 (202) 730-1700；或者如您是在护理设施或中级护理机构(ICF)，请联系您的设施管理员寻求协助。

您也可以在离您最近的服务中心领取此申请表，或者致电 (202) 727-5355 要求将申请表邮寄到您家里。

第 10 步 请告知我们有关您家庭资产的情况



(如您现申请食品、医疗或现金援助，请填写此步)

1. 您家庭中是否有人手头或家中有现金？

是 否

如是，是哪位成员？ _____

有多少？ \$ _____

2. 是否有成员有任何金融账户？

是 否

如是，请列出您和与您一起申请人员拥有的所有账户。金融账户的一些示例为：支票/储蓄账户、401K、个人退休账户 (IRA)、年金、货币市场、股票/债券/共同基金/等。

类型

账户所有人

银行名称

账户余额

\$

\$

\$

3. 您的家庭中是否有人拥有车辆？（仅限医疗援助）

是 否

• 如是，请列出您和与您一起申请人员拥有的所有车辆。车辆的一些示例为：汽车、卡车、船只或水上交通工具、摩托车、住房汽车、全地形车 (ATV) 等。

• 如是，此车辆是否由生病或残障人士使用？

是 否

所有人

制造商/型号

车辆编号

年份

欠款数额

姓名

车辆识别码 (VIN)

驾照号或非驾照身份证号

车牌号

\$

姓名		车辆识别码 (VIN)		\$
驾照号或非驾照身份证号		车牌号		
姓名		车辆识别码 (VIN)		\$
驾照号或非驾照身份证号		车牌号		

4.您的家庭中是否有人拥有财产资产？

是 否

如是，请为您和与您一起申请的人员填写下表。

类型	哪个成员拥有此资产？	合理市价	欠款数额	购置日期
您的住宅 (仅限医疗援助)		\$		
土地		\$		
出租屋 (仅限医疗援助)		\$		
度假屋		\$		
设备/工具		\$		
机械设备		\$		
拖车		\$		
家畜		\$		
矿产权/石油权		\$		
其他：		\$		

5.您的家庭中是否有人拥有以下资产？

是 否

如是，请为您和与您一起申请的人员填写下表。

类型	哪个成员拥有此资产？	价值	购置日期
人寿保险 (仅限医疗援助)		\$	
信托		\$	
墓地		\$	
安葬计划/合同		\$	

6.在过去的 3 个月里，您的家庭中是否有人出售、交易或赠送过资产

是 否

(仅限于食品援助和追补医疗承保)？

哪个成员？	哪些东西被交易或赠送？	赠送物品的合理市价
		\$
		\$

第 11 步 请告知我们有关您家庭开支的情况



(如您现申请食品、医疗或现金援助, 请填写此步)

如果您有定期开支, 如房租、按揭贷款、公用事业费、子女抚养费、受抚养人护理费, 以及用于残疾人或 60 岁以上人士的医疗费用, 您的食品援助可能会增加。未报告或核实以下所列的任何开支, 将被视为家庭声明, 即您不希望收到用于未报告开支的扣减额。

1. 您的家庭每月为以下方面支付多少钱? (仅限食品援助)

租金: \$ _____ 按揭贷款: \$ _____

房产税: \$ _____ 业主保险: \$ _____ 公寓费/业主协会费: \$ _____

如您回答了问题 #1——谁来支付? _____

2. 您是否支付某人房租? (仅限食品援助)

是 否

如是, 您每个月支付多少钱? \$ _____

您何时开始支付房租? _____

住所类型为何?

商业寄宿房 私人住宅 其他: _____

业主每天提供几顿膳食? _____

您多久支付一次房租?(例如: 每周、每月等) _____

3. 除房租外, 请勾选所有您的家庭所支付的公用事业费。

电 气 燃料 水 电话 (包括手机) 其他: _____

如您回答了问题 #3——谁来支付? _____

4. 除租金外, 您是否支付暖气或空调费用?

是 否

(仅限食品援助)

5. 在过去的 12 个月里, 您是否从低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP) 处收到福利? (仅限食品援助)

是 否

如是, 您每个月接收多少福利? \$ _____

6. 您的家庭中是否每个人都无家可归, 而且整个月都没有接受免费的庇护? (仅限食品援助)

是 否

7. 您的家庭中是否有人支付子女抚养费?

是 否

如是, 是哪位成员? _____

8. 该家庭是否在法律上有义务支付子女抚养费?

是 否

如是, 您每个月需要支付多少钱? \$ _____

您每个月实际支付多少钱? \$ _____

9. 您的家庭中是否有人支付受抚养人的护理费用？

是 否

如是，是哪位成员？ _____

此人支付多少钱？\$ _____

多久一次？ _____ （每天、每周、每月、每两周等）

支付给谁？ _____ 为谁支付？ _____

10. 您或您家庭中的任何人是否参加过其他州的工作/工作计划？（仅限食品援助）

是 否

a. 如是，是哪位成员？ _____

b. 每周多少个小时？ _____

c. 学校/计划名称： _____

11. 您的家庭中是否有支付医疗费用的残障人士或 60 岁以上人士？（仅限食品援助）

是 否

a. 如是，是哪位成员？ _____

b. 其每个月支付多少钱？\$ _____

第 12 步 计划一般性问题



（如您现申请食品或现金援助，请填写此步）

12. 您的家庭中是否有人曾因拒绝与质量控制审查员合作而被终止补充营养援助计划 (SNAP) 或贫困家庭临时援助 (TANF)？

是 否

（仅限食品和现金援助）

如是，是哪位成员？ _____

13. 您或您家庭中的任何人之前是否以成年身份被判定犯有州或联邦一级的重罪？（仅限食品援助）

否

是，涉及性侵犯的犯罪行为

是，严重性虐待

是，对儿童进行性剥削和虐待

是，谋杀

如是，是哪位成员？ _____

如是，我证明 _____ （工整书写被定罪人的姓名）现正遵行其判决条款。

在此签名

日期

申请人或代表签名



(如您正申请临时现金援助 (Temporary Cash Assistance), 同时在等待附加保障收入 (SSI) 判定, 您才需要填写此步)

是——请填写以下部分 否——跳至第 14 步

1. 您是否曾向社会安全管理局 (SSA) 提交附加保障收入 (SSI) 申请?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 如是, 您曾何时向 SSA 提出 SSI 申请? _____	
3. 您的 SSI 申请是否仍在进行中?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>4. 您之前的申请是否被 SSA 拒绝了 SSI 资格? (仅限 IDA)</p> <p>如是, 曾何时提交? _____</p> <p>如果自您上次向 SSA 提交 SSI 福利申请后, 您的医疗状况有任何变化需要报告, 请将其列出:</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 14 步 家庭问题



(如您现申请食品或现金援助, 请填写此步)

1. 在过去的 30 天里, 您家庭中的任一成员接受过以下哪项服务? (请勾选所有适用项)

工作奖励津贴

一次性付款 \$ _____

联邦收入所得税抵免 (EITC)

以上皆非

2. 在过去的 12 个月里, 您的家庭是否收到了一次性的分流付款, 以帮助保留或接受就业?

是 否

3. 您现在或过去是否为家庭暴力的受害者? (仅限现金援助)

是 否

4. 您是否因遭遇家庭暴力而希望被转介接受私人 and 保密性的支持性服务? (仅限现金援助)

是 否

5. 您是否有身体或精神健康状况, 让您难以工作或参加培训计划? (仅限于食品和现金)

是 否

6. 您是否因从医学上讲, 您必须在家照顾身体或精神上无行为能力的家庭成员, 而很难工作或参加培训计划? (仅限于食品和现金)

是 否

7. 您是否预计有孩子会连续离家超过 90 天?

是 否

如是, 哪个成员, 从何时至何时? _____



(如您申请食品、医疗或现金援助, 请阅读并签署这些认证)

公众服务部 (DHS) 可能需要获得有关您的信息

我允许 DHS 从其他人、机构和企业处获得有关我的信息。我明白 DHS 可能会联系以下名单上的人员。我明白 DHS 可能会与不在此名单上的其他人员进行联系。我知悉 DHS 可能会与哥伦比亚特区以及马里兰州、弗吉尼亚州和其他州的人员进行联系。

- 医院、诊所和其他医疗和心理健康提供者；
- 社会服务机构；
- 当前和以前的雇主；
- 租赁机构、按揭贷款机构、公用事业公司、房东和住户管理人；
- 学校（公立、特许和私立）；
- 儿童保育和成人护理提供者；
- 子女的父母和看护人；
- 行为健康部 (DBH),
- 卫生部 (DOH)；
- 哥伦比亚特区住房管理局 (DCHA)；
- 哥伦比亚特区就业服务部(DOES)；
- 税收办公室 (OTR)；
- 国税局 (IRS)；
- 机动车辆管理局 (DMV);
- 银行、信用社和其他贷款机构;
- 信用局和其他报告机构；以及
- 任何其他必要的个人、机构和企业

我允许所有这些人向 DHS 提供有关我的信息。其中包括有关我的健康、收入、资产、账单和家庭的详情。也包括任何有关我的政府、医疗和社会服务记录。我知悉 DHS 将对我的所有信息进行保密。我将配合提供这些人在向 DHS 提供我的信息之前所要求的任何具体书面授权。

非法使用福利和处罚

如您违反公共援助计划法律，哥伦比亚特区可能会对您进行刑事指控，并力求取消您今后接收公共援助的资格。

您不得：

- 允许别人使用您的 Medicaid 卡/福利；
- 如不再为哥伦比亚特区居民，继续使用您的 Medicaid 卡/福利；
- 接受提供者的付款，以换取接受 Medicaid 所承保的服务，除非此经授权作为获批的医疗财务部 (DHCF) 计划的一部分；
- 提供虚假信息或隐瞒信息以获得或继续获得福利；
- 从事 SNAP 贩卖，包括交易或出售 SNAP 福利，或电子福利转账 (EBT) 卡；
- 使用 SNAP 购买不允许购买的物品，如酒精、毒品和枪支，或用于支付信贷账户；
- 允许未获批为授权代表或提名人的人员使用您的 EBT 个人识别号码 (PIN)；
- 使用他人的福利；
- 未经授权使用他人的 EBT 卡；或者，
- 在酒肆、成人娱乐场所（如脱衣舞俱乐部）或赌博场所（如赌场）使用含有 TANF 福利的 EBT 卡。

如果您的现金援助因为您没有遵守规则而被减少或终止，您的 SNAP 福利将不会有所增加。如果一个家庭成员犯有故意违反计划的行为 (IPV)，即故意违反规则；

- DHS 可取消此人的福利计划资格。
- DHS 可因第一次违规 (TANF 和工作就业和责任计划 (POWER)) 而取消此人资格 6 个月。
- DHS 可因第一次违规 (SNAP) 或第二次违规 (TANF 和 POWER) 而取消此人资格 12 个月。
- 在第二次违规 (SNAP) 或在法院第一次认定此人犯有使用 SNAP 福利购买非法毒品的罪行后，DHS 可取消此人资格 24 个月。
- DHS 可永久取消此人参与福利计划的资格：
 - 在第三次违规后 (TANF、POWER 和 SNAP)，或
 - 在法院第二次认定此人犯有使用 SNAP 福利购买非法毒品的罪行后，或
 - 在法院首次认定此人犯有使用 SNAP 福利购买枪支、子弹或爆炸物的罪行后，或
 - 在法院认定此人贩卖 SNAP 福利 \$500 美元或以上的罪名成立后。

DHS 可永久取消犯有故意违反计划行为的人员参与福利计划的资格。

如果发现此人犯有为了同时领取多项福利而对自己的身份或居住地进行虚假陈述的罪行，DHS 可取消此人资格十年。

任何故意违反任一规则的成员都可能被禁止参与 SNAP 计划，时间为一年至永久，被处以高达 \$25 万美元的罚款，被监禁长达 20 年，或两者兼而有之。

法官还可延长取消此人接收 TANF 和/或 SNAP 福利的资格，时长 18 月。此人还可能要面临其他联邦法律的进一步起诉。在一年内要求更换四 (4) 张或以上 EBT 卡的个人，可能会被移交给哥伦比亚特区监察长办公室 (Office of the Inspector General)，以调查是否贩卖福利。

我证明并声明，据我所知和所信，所提交的信息正确无误，且我为之申请福利的人员是美国公民或在美国合法居留，如有虚假，甘受作伪证之惩罚。

在此签名

日期

申请人或代表签名



- 是, 请按照以下说明预约您的 TANF 评估, 并在赴约时携带本页 (40) 和第 57 页。
- 否——如您申请了食品援助, 请跳到第 17 步。
如您申请了医疗援助, 则无需更多信息。

如需获批 TANF (现金) 福利的批准, 您则必须完成介绍会/评估会, 并签署一份个人责任计划书 (IRP)。必须在提交此福利申请的 45 天内完成。

我如何进行预约？

你必须致电或前往工作机会局家庭资源中心办公室 (Office of Work Opportunity Family Resource Center) 的某个办公点来安排预约。预约时间为星期一至星期四, 上午 8:15 至 下午 3:00。

Anacostia 2100 Martin Luther King Jr. Ave. S.E. Suite 402 Washington, D.C.20020	戴维斯堡 3851 Alabama Ave.S.E.Washington, D.C.20020	国会山高地 4049 South Capitol Street.SW Washington, DC 20032
H 街 645 H St., NE Washington, D.C.20002	Taylor 街 1207 Taylor Street, N.W. Washington, D.C.20011	

我的介绍会/评估会将持续多长时间？

您应计划在办公室至少停留 90 分钟。您有责任安排并遵守这一预约。

我应该携带哪些材料来参加我的介绍会/评估会？

您必须携带侧分表格 (第 40 页)、您的申请收据 (第 57 页) 和一张带照片的身份证。

我往返介绍会/评估会预约的差旅费是否会被报销？

工作机会办公室可应要求提供地铁援助/报销。

申请人的全名	出生日期	个案编号
--------	------	------

我明白, 未完成介绍会、评估会和签署 IRP, 将导致被拒发福利。

申请人或代表签名：_____ 日期：_____

OWO 雇员签名：_____ 服务中心：_____ 日期：_____



(如在申请医疗援助且家庭中有人有资格经工作获得健康承保的情况下，您才需要填写)

经工作获得的健康承保

只有当家庭中有人有资格经工作获得健康承保时，您才需要回答这些问题。请为每份提供承保的工作附上本页副本。

请告知我们提供承保的工作情况。

拿着下一页的雇主承保工具 (Employer Coverage Tool) 去找提供承保的雇主，来帮您回答这些问题。您只需在递交申请时附上此页，而无需附上 Employer Coverage Tool。

雇员信息

雇员姓名 (名字、中间名、姓氏)

社会安全号码 (SSN)

雇主信息

雇主名称

雇主身份号码 (EIN)

雇主地址

雇主电话号码

市

州

邮编

有关经此份工作提供的雇员健康承保问题，我们可以联系谁？

电话号码 (如与以上不同)

电子邮件地址

您目前是否有资格享受该雇主提供的承保，或者您在未来 3 个月内是否会有资格？

是 (继续)

如您处于等待或试保期，您何时可以加入承保？(月/日/年) _____

列出其他有资格经此份工作获得承保的人员姓名。

姓名：_____

姓名：_____

姓名：_____

姓名：_____

否 (到此为止，前往申请书中的第 5 步)

请告知我们有关该雇主提供的健康计划的情况

该雇主是否提供符合最低价值标准*的健康计划？

 是 否

仅限于向雇员提供的符合最低价值标准*的最低成本计划 (不包括家庭计划)：如该雇主有健康计划，请提供员工在获得任何戒烟计划的最大折扣且没有获得任何其他基于健康计划的折扣的情况下，所要支付的保费。

* 如某健康计划为标准人群支付至少 60% 的医疗服务总费用，并为医院和医生服务提供大幅承保，则该计划符合最低价值标准。大多数基于工作的计划符合最低价值标准。

雇员要为该计划支付多少保费？

\$

多久一次？ 每周一次 每两周一次 每月两次 每月一次 每季度一次 每年一次

雇主在新的计划年度将做出什么改变（如已知）？

- 雇主将不提供健康承保
- 雇主将开始向雇员提供健康承保，或变更仅向雇员提供的符合最低价值标准*的最低成本计划的保费（保费应体现健康计划折扣。）

雇员要为该计划支付多少保费？

\$

多久一次？ 每周一次 每两周一次 每月两次 每月一次 每季度一次 每年一次

变更日期：（月/日/年）

雇主承保工具 (Employer Coverage Tool)



行政管理和预算办公室
(OMB) 批准表格
编号：0938-1191

使用此工具来帮助回答您的医疗援助申请表附录 A 中的问题。申请书的这一部分问及您有资格享受的任何雇主医疗承保 (**即使是经他人, 如父母或配偶的工作**)。以下方框中的信息与附录 A 方框中的信息相匹配。例如：您可以用本页问题 14 的答案来对附件 A 问题 14 进行答复。

在第 1 和第 2 格写上您的姓名和社会安全号码, 并要求雇主填写表格剩余部分。为每个提供您有资格享受的健康承保的雇主皆填写一份。

雇员信息

雇员需填写此节。

1. 雇员姓名: (名字、中间名、姓氏)

2. 雇员社会安全号码 (SSN)

雇主信息

请向雇主询问这些信息。

3. 雇主名称

4. 雇主身份号码 (EIN)

5. 雇主地址 (医疗保险交易市场 (Marketplace) 会将通知寄到此地址)

6. 雇主电话号码

7. 市

8. 州

9. 邮编

10. 有关经此份工作提供的雇员健康承保问题, 我们可以联系谁?

11. 电话号码 (如与以上不同)

12. 电子邮件地址

13. 雇员目前是否有资格享受该雇主提供的承保, 或者雇员在未来 3 个月内是否会有资格?

是 (前往问题 13b)。

13a. 如果由于包括等待期或试保期结果在内等原因, 雇员当前不符合条件, 则雇员何时才有资格获得承保? _____ (月/日/年) (前往下一问题)

否 (停止填写并将此表交回给雇员)

请告知我们有关该雇主提供的 **健康计划** 的情况

雇主提供的健康计划是否承保雇员配偶或受抚养人?

如是, 承保哪些人? 配偶 受抚养人

否 (前往问题 14)

14. 该雇主是否提供符合最低价值标准*的健康计划？ 是（前往问题 15） 否 （停止填写并将此表交回给雇员）	
15. 仅限于向雇员提供的符合最低价值标准*的最低成本计划（不包括家庭计划）：如该雇主有健康计划，请提供员工在获得任何戒烟计划的最大折扣且没有获得任何其他基于健康计划的折扣的情况下，所要支付的保费。	
a. 雇员要为该计划支付多少保费？	\$
b. 多久一次？ <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 每季度一次 <input type="checkbox"/> 每年一次	
如果计划年度即将结束，而且您知悉所提供的健康计划将发生变更，请前往问题 16。如您不知悉，请 停止填写 并将此表交回给雇员。	
雇主在新的计划年度将做出什么改变（如已知）？ <input type="checkbox"/> 雇主将不提供健康承保 <input type="checkbox"/> 雇主将开始向雇员提供健康承保，或变更仅向雇员提供的符合最低价值标准*的最低成本计划的保费（保费应体现健康计划的折扣。）	
雇员要为该计划支付多少保费？	\$
多久一次？ <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 每季度一次 <input type="checkbox"/> 每年一次	
变更日期： _____ （月/日/年）	

**美国印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员 (AI/AN)**

如您或您的家庭成员为美国印第安人或阿拉斯加原住民，请填写本附录。将此表与您的食品、医疗和现金福利联合申请一起提交。

请告知我们有关您的美国印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员的情况。

美国印第安人和阿拉斯加原住民可以从印第安人卫生服务局 (Indian Health Services)、部落健康计划或城市印第安人健康计划处获得服务。他们也可能不需要支付费用分担，并可能获得特定的每月参保期。回答以下问题，以确保您的家庭得到尽可能多的帮助。

请注意：如您需列入更多人员，请将此页复印并随附。

	AI/AN 人员 1		AI/AN 人员 2	
1. 姓名 (名字、中间名、姓氏)	名字	中间名	名字	中间名
	姓氏		姓氏	
2. 是否为联邦承认的部落成员？	<input type="checkbox"/> 是 如是，部落名称：		<input type="checkbox"/> 是 如是，部落名称：	
	<input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 否	

<p>3. 此人是否曾从印第安人卫生服务局、部落健康计划或城市印第安人健康计划处获得过服务，或通过这些计划的转介获得过服务？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如否，此人是否有资格从印第安人卫生服务局、部落健康计划或城市印第安人健康计划中获得服务，或通过这些计划的转介获得服务？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如否，此人是否有资格从印第安人卫生服务局、部落健康计划或城市印第安人健康计划处获得服务，或通过这些计划的转介获得服务？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>4. 接收的某些钱财可能不会被计入 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP)。列出您申请中报告的任何收入（金额和频率），包括来自以下来源的钱财：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 从自然资源、使用权、租赁或特许权使用费中获得的部落人均付款 • 从自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或内政部 (Department of Interior) 指定为印第安人托管土地（包括保留地和前保留地）使用费中获得的付款 • 出售具有文化意义的物品而获得的钱财 	<p>\$</p> <p>多久一次？ _____</p>	<p>\$</p> <p>多久一次？ _____</p>

附录 C

授权代表授权表



您可以指定人员代表您行事，其最多可以 3 个角色代您行事。如有关 Medicaid，您也可以选择一个机构代表。有关每个角色可以指定谁来担任的详细情况，见第 54 页。

<input type="checkbox"/> 补充营养援助计划(SNAP) <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 医疗	代表 ——此人/机构可以申请福利、提供面试协助、接收通知、报告变动，并进行查询。您的家庭将对因代表提供不正确信息而导致的任何超额发放负责。				
	全名		如为个人，请提供出生日期		
	电话		电子邮件		
	地址	单元	市	州	邮编
	我授权此人： (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 申请福利 <input type="checkbox"/> 面试协助 <input type="checkbox"/> 接收通知 <input type="checkbox"/> 报告变动 <input type="checkbox"/> 进行查询				
<input type="checkbox"/> 补充营养援助计划(SNAP) <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 与代表相同	被指定人 ——此人将只收到一张印有其姓名的电子福利转账 (EBT) 卡，并能代表您领取您的现金和食品福利 (仅限食品和现金)				
	全名		出生日期		
	电话		电子邮件		
	地址	单元	市	州	邮编
<input type="checkbox"/> 与代表相同 <input type="checkbox"/> 与被指定人相同	快递员 ——此人可以从 EBT 办公室领取您的 EBT 卡 (仅限食品和现金)。				
	全名		出生日期		
	电话		电子邮件		
	地址	单元	市	州	邮编

签名即代表我证实允许上述指定个人代表我行事。我明白，任何蓄意提供虚假信息的人员都可能依适用的联邦和州法规受到起诉。如果哥伦比亚特区裁定授权代表故意提供有关家庭情况的虚假信息或不当使用福利，则哥伦比亚特区可以取消该人作为授权代表的资格，时间最长为一年。我明白，授权代表行事权一直有效，直到我修改授权或通知该办事处不再授权该代表代表我行事，或授权代表通知该办事处他或她不再以此身份行事，或该个人或组织的权利所依据的法律授权发生变化。

申请人签名 _____ 日期 _____

我同意对办事处提供的有关申请人或受益人的任何信息进行保密，或受法律约束进行保密。

(如果 Medicaid 的授权代表为医疗服务提供者或组织的工作人员或志愿者) 我确认，我将遵守《联邦规则汇编》(CFR) 第 42 篇第 431 节 F 分节 和 CFR 第 45 篇第 155.260(f) 节，CFR 第 42 篇第 447.10 节中的规定，以及其他有关利益冲突和信息保密的州和联邦法律。)

授权代表签名

日期

授权被指定人签名

日期

授权快递员签名

日期



(如在申请医疗援助, 且您对问题 36 回答为是并对问题 36 的任何子问题回答为是, 您才需要填写此部分)

如您当前没有这些信息, 您可以在提交此申请后的 9 个月内对这些月份进行申请。

居住史: 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内为非哥伦比亚特区居民, 请为每个非哥伦比亚特区居民的人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	州		家庭成员姓名	州		家庭成员姓名	州	

公民身份/适格移民身份信息: 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内公民身份/适格移民身份发生了变化, 请您家庭中发生了此变化的每个人员填写下表。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	移民身份		家庭成员姓名	移民身份		家庭成员姓名	移民身份	

税务信息： 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内报税身份有变化， 请为发生了此变化的每个人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	报税身份 (报税人、受抚养人、非报 税人)		家庭成员姓名	报税身份 (报税人、受抚养人、非报 税人)		家庭成员姓名	报税身份 (报税人、受抚养人、非 报税人)	

收入史： 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内收入有变化， 请为发生了此变化的每个人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	收入类型 (工资/薪金、养老金、失 业金、自雇收入、社会保 险等)		家庭成员姓名	收入类型 (工资/薪金、养老金、失 业金、自雇收入、社会保 险等)		家庭成员姓名	收入类型 (工资/薪金、养老金、 失业金、自雇收入、社会 保险等)	

其他医疗承保： 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内医疗承保有变化， 请为发生了此变化的每个人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	承保类型	承保是否已 开始或结 束？	家庭成员姓名	承保类型	承保是否已 开始或结 束？	家庭成员姓名	承保类型	承保是否 已开始或 结束？

残障： 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内残障状况有变化， 请为发生了此变化的每个人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	残障状况 (盲人或残障人士)		家庭成员姓名	残障状况 (盲人或残障人士)		家庭成员姓名	残障状况 (盲人或残障人士)	

资产信息： 如您或您的家庭成员在本申请之前的 3 个月内资产有变化， 请为发生了此变化的每个人员填写以下表格。

第一个月	月份	年份	第二个月	月份	年份	第三个月	月份	年份
家庭成员姓名	资产类型	价值	家庭成员姓名	资产类型	价值	家庭成员姓名	资产类型	价值



(本附录仅由 Project Wish 填写，以用于乳腺癌和宫颈癌 Medicaid 申请。)

Medicaid 申请人姓名 (名字、中间名、姓氏)

社会安全号码

出生日期

Project Wish 协调员：请阅读以下答复，如果申请人参与了 Project Wish，请勾选是。 是

该申请人参与了 Project Wish 计划，此计划为哥伦比亚特区对疾病控制和预防中心 (CDC) 的国家乳腺癌和宫颈癌早期检测计划 (NBCCEDP) 的践行，并根据 NBCCEDP 的指导方针接受了筛查和/或诊断检测。

(如选择是，此表必须由诊断或治疗医生填写。)

 是

该申请人于此州_____ (在此列出州和计划名称)

接受了 CDC 的 NBCCEDP 筛查，并根据 NBCCEDP 的指导方针接受了筛查和/或诊断检测。(如选择是，此表必须由诊断或治疗医生填写。)

Medicaid 申请者的诊断信息

诊断：

医生意见：

诊断日期：

医生签名：

日期：

医生姓名：

设施/医院/诊所名称：

设施/医院/诊所地址：

我签署本表格，即表示据我所知，我已对本表格上的所有问题提供了真实的回答，若不属实，甘受伪证罪之罚。我知

悉，如果我提供虚假和或不实信息，我可能会受到联邦法律的惩罚。

NBCCEDP 协调员签名：

日期：

NBCCEDP 协调员姓名：



TANF 儿童抚养合作

如无正当理由裁定，法律要求您在确定父子关系和确保经济和医疗支持方面进行合作，此为获得援助资格的条件。您可以随时提出“正当理由”。您有权在提供“正当理由”的实质证据后，免于遵守子女抚养费 and 亲子关系确立的合作要求，该“正当理由”必须经与总检察长办公室 (OAG) 子女抚养服务处 (CSSD) 的会议确定。未能配合确立父子关系和子女抚养费，可能会导致您被处以 TANF 补助金降减 25% 的制裁。您的合作可能会帮助您的孩子被授予经济或医疗支持，在没有正当理由裁定的情况下不进行合作会导致您被处以 TANF 补助金经济制裁。CSSD 应提供合理协助，以获得正当理由的实质证据。

如果合理预期进行合作会导致为之申请援助的儿童、申请人或受助人、申请人或受助人的家庭成员、或申请人或受助人的直系亲属造成肢体、性或情感上的伤害，或者如果 CSSD 发现了会使合作或因合作而直接导致的行动对为之申请援助儿童不利的情况，包括但不限于以下 (1) 项，则应认定存在正当理由：

1. 子女因乱伦或性侵犯而受孕 (本项无需乱伦或性侵犯定罪) ；
2. 有管辖权的法院正在审理收养该儿童的法律程序；或
3. 申请人或受助人目前正在接受公共或有执照的私人社会机构的帮助，以解决是保留孩子还是放弃孩子供人收养的问题。

根据所提供的实质证据和任何必要的调查，CSSD 应确定合作是否符合为之申请援助的儿童的最大利益，应确定其裁定理由，且应以书面形式向申请人或受助人提供该裁定和理由。这些权利包括：如果 CSSD 裁定申请人或受助人没有正当理由不进行合作，而申请人或受助人选择不进行合作，则有权获得公平听证，对不合作的处罚提出上诉。CSSD 工作人员可审查职员的调查结果，以及裁定正当理由的依据，并可参与任何涉及不合作正当理由的听证会。在有正当理由申报正在进行或已获批的情况下，CSSD 工作人员不得试图确定父子关系，收取抚养费，收集第三方信息，或追究第三方的医疗服务责任。在以下情况下，CSSD 和 ESA 应做出一切合理努力，确保对您或您孩子的行踪进行保密，并采取其他必要措施，保护您们免受伤害：正当理由申报正在进行或已获批；已对您或您的孩子下达了民事或临时保护令；或 CSSD 有理由相信，公开这些信息可能会对您或您的孩子造成伤害；且在申请人或受助人已做出真诚努力来证实其申报的正当理由申报结果出来之前，不得拒绝、延迟、减少或停止 TANF 福利。

TANF 未能满足居家生活要求

您，如为怀孕或为人父母青少年，则必须在资格要求、权利和责任以及居家生活要求豁免方面进行配合。TANF 福利的申请人或受助人如为怀孕或为人父母青少年，且从未结婚，则只有在该青少年和该青少年的子女居住在由怀孕或为人父母青少年的父母或法定监护人所维持的住处，或怀孕或为人父母青少年的另一个成年亲属所维持的住处时，才有资格按市长决议享受 TANF 福利，除非：

1. 怀孕或为人父母青少年无在世父母、法定监护人或其他适当的成年亲属；
 - a. 无有资格作为怀孕或为人父母青少年法定监护人的父母、法定监护人或其他适当的成年亲属允许怀孕或为人父母青少年住在其家中；
 - b. 该部在据市长颁布条例进行调查后裁定，如果申请人、受助人或受抚养子女与该青少年的父母、法定监护人或其他成年亲属居住在同一住所，其身体或情感健康或安全将受到危害；或
 - c. 据市长颁布条例，该部裁定情况证明有正当理由让申请人或受助人和受抚养子女在与怀孕或为人父母青少年的父母、监护人或其他成年亲属分开居住时接受援助（条例中规定的标准纳入对受抚养子女最大利益的考虑）。
 - d. 调查工作应由有执照的社会工作者进行。也可以聘用其他受过训练的专业人员，如医生、护士或生理学家，其被认为是该部做出合理的健康和安全的裁定所必需人员。
 - e. 当怀孕或为人父母青少年和申请人或受助人的受抚养子女被要求与怀孕或为人父母青少年的父母、法定监护人或其他成年亲属一起生活，或在本节副节 (e)
(1) 所述的环境中生活时，则 TANF 可以以保护性付款的形式进行支付。
 - i. (e)(1) 如果怀孕或为人父母青少年免于遵守居家生活要求，则该部应提供或协助怀孕或为人父母青少年寻找第二机会之家，留产院，或其他适当的成人监督的支持性居住安排，除非该部裁定该怀孕或为人父母青少年目前的居住安排是适当的。该部在为怀孕或为人父母青少年提供或协助寻找居住安排时，应考虑怀孕或为人父母青少年以及怀孕或为人父母青少年子女的需要和关切。之后，该部应裁定怀孕或为人父母青少年的适当居住安排，并要求怀孕或为人父母青少年和受抚养子女在该种居住安排中生活，以作为继续领取 TANF 福利的条件。如果该部裁定怀孕或为人父母青少年的情况发生了变化，目前的安排不再合适，怀孕或为人父母青少年则可住在另一合适安排处，并继续领取 TANF 福利。

TANF 和 POWER 的正当理由核实

对于未能参加首次介绍会、咨询或评估活动，或未能参加或完成其他就业准备或求职活动，或未能按照 ESA 指示参加工作活动的正当理由核实，应包括以下（1）项或多项内容：

- a. 如有必要，经核实的申请人或申请人家庭成员或直系亲属的身体或精神疾病或医疗状况，如果家庭或家族无其他合适成员可提供所需护理，从而使申请人或受助人无法参加所要求的活动。
- b. 申请人为参加或继续参加活动或接受就业的托儿服务需求，如果在离申请人住宅或服务地点的合理距离内没有适当的和可负担的托儿服务（正式或非正式）。就本段而言，照顾儿童的需求，如果申请人正在照顾六（6）岁以下的儿童，或有特殊健康护理需求（由 ESA 裁定的合格医疗证据证实）而无法正常上学；
- c. 申请人为父母或其他照顾者，亲自为六（6）岁以下儿童提供照顾，并参与活动或就业，平均每周至少二十（20）小时；
- d. 申请人居住的地方离某个项目或活动很远，无可用交通工具。如果一个正常的工作或培训日需乘坐合理可用公共或私人交通工具往返两（2）小时以上，其中不包括接送儿童往返于保育设施或学校所需的时间，则应视该个人住在偏远地区。但是，如果该地区的正常通勤时间超过两（2）小时，则往返通勤时间不应被视为正当理由。
- e. 非政府实体、雇主或其他计划或活动的歧视行为为违反联邦或哥伦比亚特区法律行为；
- f. 在未被支付工作参与津贴的情况下进行工作或参与；
- g. 违反《哥伦比亚特区市政条例》(DCMR) 第 29 章第 5811 节中所列的任何工作场所保护措施；以及
- h. 超出申请人控制范围的特殊且不可预见的情况，使得申请人无法参与规定的活动，包括但不限于家庭暴力、房屋火灾或汽车失事。

申请人正当理由请求拒信应以书面形式给出，并可通过公平听证程序进行上诉。ESA 可要求对正当理进行合理核实。

TANF 要求核查未成年子女入学情况和怀孕或为人父母青少年的就学情况

领取 TANF 福利的一个条件为，必须核实每个年龄为 16、17 或 18 岁的受抚养子女的入学情况，必须核实所有 20 岁以下且未顺利完成高中或同等教育的怀孕或为人父母青少年（男性或女性）的就学情况。如未核实受抚养子女的入学情况，该子女将被视为没有资格获得援助，并将在该子女年满 16、17 或 18 岁前一个月的最后一天被移出援助单位。如果怀孕或为人父母青少年的就学情况未经核实，在未达到就学要求的每个月份该青少年将无 TANF 资格。

如需提供入学或就学证明，您可以在 45 天申请处理期或在适当的重新认证期或变更报告期向服务中心提供下列文件之一。

- 就学情况核实表，
- 最近发布的本学年的成绩单，
- 学校当局的书信，
- 奖学金委员会或其他类似组织的信函，或
- 经与学校的数据共享协议和交流获得的学业成绩信息。

怀孕或为人父母青少年必须上高中或参与该部批准的同等教育、培训或其他类似计划，除非符合有正当理由的例外情况之一。可不遵守就学要求的正当理由应包括以下内容：

- 该青少年的子女有特殊的医疗需求，使其无法正常就学，此应经由公众服务部 (DHS) 主任或其指定人员裁定的合格医疗证据来证实；
- 经 DHS 裁定的特殊且不可预见的情况，超出了青少年的控制范围，使其无法参加所规定的活动。
- 有一个未满 12 星期的孩子
- 在离学校合理的距离内，没有适当的托儿所，或负担不起，或不适合，而且所要照顾的孩子未满六岁，
- 此次缺勤被教育或培训机构或计划视为“有理由缺勤”

签名

- 我确认已收到有关儿童抚养费配合和不配合正当理由的通知。
- 我确认已收到有关未能满足 TANF 计划居家生活要求的通知。
- 我确认已收到有关对 TANF 计划正当理由要求进行核实的通知。
- 我确认已收到有关 TANF 计划未成年子女入学情况和怀孕或为人父母青少年就学情况核查的通知。

在此签名

日期

申请人或代表签名

第 18 步 关于您 EBT 卡的信息

(仅限食品和现金援助)



如您接收食品或现金福利，您则需要一张 EBT 卡。福利将被发放到您的 EBT 卡上。您的第一张 EBT 卡为免费。您可从以下地点获得一张 EBT 卡：

- 611 H Street NE (早上 8:15 至中午 11:45 以及 下午 1:00 至 4:45)
- 1649 Good Hope Road, SE (早上 8:15 至下午 4:45)

请随身携带您的身份证、申请收据 (本资料包的此页)。

此为您的收据 (由 DHS 填写)

此日期戳表明 DHS 已收到您的申请。请保留此页以作记录。如您有任何问题，请致电 ESA 呼叫中心：(202) 727-5355。

受益人的全名		DHS ESA 日期戳		
个案编号				
谁请类型	<input type="checkbox"/> 申请 <input type="checkbox"/> 重新认证 <input type="checkbox"/> 加急			
已申请	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 现金			
已获批计划	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 现金			
被拒计划	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 现金			
待定计划	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 现金			

第 19 步 阅读有关您的权利和计划规则的信息。

总则

您必须提供真实、完整的信息。如您说谎或提供虚假信息，您则可能失去您的福利金。您可能被罚款和入狱。我们可能会核实您的信息，以确保其正确性。我们可能会核查您的收入，您的社会安全信息和您的移民信息。我们通过电脑匹配程序来核实这些信息。我们还可能与您面谈并进行家访。您的个案可能会被选中进行质量控制审查。此为对您所有信息的详细审查。其中可能包括个人面谈和对您病历的审查。申请即表明您同意配合州级或联邦审查员。如果您拒绝合作，您则可能会失去全部或部分福利金。如您正在接受调查或为逃避法律而逃亡，我们则可能会与联邦和当地机构分享您的信息。如果出现针对您的补充营养援助计划 (SNAP) 索赔，本表上的信息，包括社会安全号码 (SSN)，可能会被发送至联邦和州级办公室，或私人索赔催收机构，以对家庭中的所有成年人采取索赔行动。根据联邦和哥伦比亚特区法律，您必须提供您的社会安全号码 (如有)，才能为自己领取福利，除非您申请医疗保健联盟 (Healthcare Alliance) 或移民儿童计划 (Immigrant Children Program)，并且声明自己为非美国公民或适格外国人 (请参见 DCMR 第 22-B 篇第 3304、3305、3306 节，CFR 第 42 篇第 435.910 节，《美国法典》(USC) 第 42 篇第 1320b-7(a)(1) 节，CFR 第 45 篇第 155.310(a)(3) 节，CFR 第 7 篇第 273.6 节，《哥伦比亚特区法典》(DC Code) 第 4-204.07、4-205.05a、4-205.72、4-217.07 节，和 92-49 号市长指令)。申请人家庭成员的外国人身份须由美国公民及移民服务局 (USCIS) 通过向 USCIS 提交的申请信息进行核实，从 USCIS 收到的提交信息可能会影响您家庭的资格和福利水平。

您的 SSN 将被用来核实您的身份和公民身份、裁定领取福利资格和福利金额，以防止重复领取福利，并进行必要的计划变更。公众服务部 (DHS) 的计算机系统通过您的 SSN 和来自联邦和地方的记录，包括美国国税局 (IRS)、美国社会安全管理局 (SSA)、哥伦比亚特区就业服务部 (DOES) 和哥伦比亚特区儿童抚养服务部 (CSSD)，经收入和资格验证系统 (IEVS) 来核实您的收入。如发现存在差异，DHS 会对来自 IEVS 的信息进行请求，使用，并通过旁系联系人对其进行核实。这些信息可能会影响您家庭的资格和福利水平。DHS 也将保留向收入核查部门和其他地方机构核实您的信息的权利。

除非您收到简化报告通知，否则您必须及时报告可能影响您领取 SNAP 和现金福利资格的变更，例如您的收入、资产、住房和儿童保育费用以及与您同住人员等方面的变更。您必须及时报告可能影响您获得医疗援助资格的变更；居住地、收入、与您同住人员、公民/移民身份的变更，以及监禁情况变更。如您以老年人、盲人或残障人士身份领取 Medicaid，您则必须报告资产变更。如需报告变更，请拨打 (202) 727-5355。除 SNAP 中应报告的收入变更 (此变更必须在家庭收到因该变更而产生的第一笔款项之日起十 (10) 天内进行报告)，如果接受 TANF 的家庭中预计有未成年人离家超过九十 (90) 天，需在五 (5) 天内进行报告，以及有关 TANF 受助人收入发生重大变化的临时报告 (如果在月底前至少十 (10) 天内提供给 DHS，则为及时报告)，您必须在变更后该月 10 号前向我们致电。未能及时报告可能会影响您的资格或福利金额的变更，可能会导致福利减少或丧失，并受到民事或刑事处罚。

为裁定您的现金援助、食品援助和医疗援助资格或其他计划资格相关用途而收集的所有信息和证明文件都将被保密。每项计划都提供了保护措施，对您信息的使用和披露将仅限于与该计划的管理直接相关的目的。向未经授权人员透露有关您资格的信息为违反联邦和哥伦比亚特区法律行为，并可能导致法律诉讼。我们将对您的资格信息进行保密，除非您允许我们 (或法律允许我们) 向他人发布信息。

授权人

您不得指定未成年人、零售商、无家可归人员膳食提供者 (如果您为无家可归的 SNAP 受助人)、处理此个案的政府雇员，或因故意违反计划而被取消任何食品或现金援助计划资格的个人，作为现金援助和 SNAP 授权人。如果您目前住在戒毒所或戒酒所，您则必须指定一个人员作为您的 SNAP 代表。除非您的戒毒所或戒酒所或其他集体居住安排以您的 SNAP 授权代表身份行事，则您的家庭将对因授权代表提供错误信息而导致的任何现金或 SNAP 福利超额发放负责。任何蓄意提供虚假信息的人员都可能因其行为依适用的联邦和州法规而受到起诉。

户主

户主为负责填写本申请表的人员，也是 DHS 就您的家庭福利进行沟通的联络方。在每次认证行事或当您的家庭构成发生变化时，您的家庭可以选择一个新的户主。如需报告户主变更，请联系 DHS。如您只为自己申请福利，则您就是户主。如果生活在您家庭的多个人员在寻求福利，请按照以下指导方针选择您的户主：

- 如您家庭中住有一个或多个 18 岁以下子女，户主则必须为子女的父母且年满 18 周岁或对子女有监护权年满 18 周岁的成年人。
- 如果您的家庭中未住有 18 岁以下子女，请从生活在您家庭中年满 18 岁的成年人中选择一个户主。

如果您的家庭不能商定一个人员作为户主，DHS 将指定您家庭中的一个人员作为户主。

重新认证

我们将向您邮寄一份重新认证的通知。如果您接收医疗援助，而您的重新认证表未通知您需要面谈，您则只需填写表格并将其寄回给 DHS/ESA。如果您接收食品援助 (SNAP) 或现金援助 (TANF、POWER、儿童一般性援助 (GC) 或 IDA)，您则还需完成面谈，并提供任何所要求的核实材料。如果您不进行重新认证，您则将失去您的福利。另外，如果您搬家，请通知我们。您有责任让我们知悉您的当前地址，以便我们能够向您发送有关您福利的重要表格和通知。提供您的福利卡，也可能需要使用您的地址。致电 (202) 727-5355 来报告您的新地址。

申请 SNAP 家庭的隐私法声明

此信息的收集，包括每个家庭成员的 SSN，为《美国法典》(U.S.C.) 第 7 篇第 2011-2036 节《2008 年食品和营养法案》(Food and Nutrition Act of 2008) (经修订) 授权。此信息将被用来裁定您的家庭是否有资格参与或有资格继续参加 SNAP。我们会通过电脑匹配程序来核实这些信息。这些信息也将被用于监测对计划法规的遵守情况和用于计划管理。这些信息可能会被披露给其他联邦和州的机构进行正式审查，并披露给执法人员，以便逮捕逃避法律人员。如果出现针对您家庭的 SNAP 索赔，本申请上的信息，包括所有社会安全号码 (SSN)，可能会被转送至联邦和州级办事处，或私人索赔催收机构，以采取索赔催收行动。提供所要求的信息，包括每个家庭成员的 SSN，为自愿行为。但是，未能提供 SSN 将导致每个未能提供 SSN 的人员被拒发 SNAP 福利。任何提供的 SSN 都将将与适格家庭成员 SSN 使用和披露的相同方式进行使用和披露。

如果您没有 SSN 或不记得您的 SSN，我们可以帮您获得。如果您需要帮助或有任何问题，请联致电 ESA 呼叫中心，电话为 (202) 727-5355。

人权

根据经修正的《1977 年哥伦比亚特区人权法案》(DC Human Rights Act of 1977)、《哥伦比亚特区正式法典》(DC Official Code) 第 2-1401.01 节及其后章节 (法案)，哥伦比亚特区不因实际或认为的以下原因而进行歧视：种族、肤色、宗教、民族血统、性别 (性别或性骚扰)、年龄、婚姻状况、性别认同或表达、个人外貌、性取向、家庭状况、家庭责任、录取入学、政治派别、遗传信息、残疾、收入来源、家庭内罪行的受害者身份、居住地或营业地。性骚扰是性别歧视的一种形式，为该法案所禁止。此外，该法案禁止基于上述任何受保护类别的骚扰行为。我们不会容忍违反该法案的歧视行为。违反者将受到纪律处分。针对可能违反本法案的投诉，可向以下机构提出：Government of the District of Columbia Office of Human Rights | 441 4th Street, N.W., 570N Washington, D.C.20001 | 电话:(202) 727-4559 | 传真：(202) 727-9589| TTY 711

公平听证

如您认为 DHS 误判，您则可以要求公平听证。请拨打 (202) 442-9094 以了解详情。在公平听证会上，您可以请其他人代您发言。其可为律师、朋友、亲属或其他人员。您也可以带证人。我们将为您和您的证人支付前往公平听证会的交通费。我们也会支付您的一些其他费用。您也可以获得有关公平听证的免费法律帮助。致电推荐页面（第 26 页）上的组织，以获得免费的法律帮助。您可以通过以下任何一种方法申请举行公平听证：

- 致电 ESA 呼叫中心，电话为 (202) 727-5355
- 填写听证申请表，并将其通过传真发送至 (202) 724-2041，或通过电子邮件发送至 DC.OARA@DC.GOV
- 前往公众服务部 (Department of Human Services) 的任一服务中心并填写听证申请表。
- 前往位于 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 的行政听证办公室 (OAH) 资源中心，拨打 OAH 电话 (202) 442-9094，或填写公平听证申请表格，并将其通过传真发送至 (202) 442-4789，或通过电子邮件发送至 oah.filing@dc.gov。
- （仅限医疗援助）联系位于 441 4th Street NW, Suite 250 North, Washington DC 20001 的医疗保健监察员和权利法案办公室 (Office of Health Care Ombudsman & Bill of Rights)，可拨打监察员电话 (202) 724-7491 或 1 (877) 685-6391，发送保密传真至 (202) 478-1397，发送电子邮件至 healthcareombudsman@dc.gov，或访问其网站：www.healthcareombudsman.dc.gov

当分配给公平听证程序的标准时间可能会危及个人的生命，健康或个人达到、保持或恢复最大功能的能力时，您可以要求对 Medicaid 进行加急公平听证。就 Medicaid 而言，您必须在 90 天内收到公平听证会的最终决定，或在 7 个工作日内收到有关资格的加急公平听证会最终决定。

医疗援助规则

使用此申请表来申请医疗援助。在您提出申请后，您将在 45 天内（如果 DHS 必须确定您是否残疾，则在 60 天内）收到关于您的医疗援助的决定。如您在此期限内没有收到通知，请致电 (202) 727-5355。如您获得 Medicaid，您则必须在每年我们向您发送重新认证通知时进行重新认证。获得医疗援助没有时间限制。另外，如您失去贫困家庭临时援助 (TANF)，您仍可以获得医疗援助。

子女抚养费：除非获得豁免，您同意与哥伦比亚特区儿童抚养服务处 (CSSD) 充分合作，以确定父子身份，并根据法律规定确定子女和医疗抚养费。孕妇无需在确定父子身份和获得医疗抚养费方面进行合作。如您不配合，您则会失去您的福利。如果您有充分理由不与 CSSD 合作，例如担心自己或家人的安全，您则不必与 CSSD 合作。但是，您必须申请进行合作例外情况。如您有疑问，请致电 (202) 442-9900。

遗产追讨：如您疗养院或其他医疗机构，哥伦比亚特区将对我们的账单进行追讨。此外，如您年满 55 周岁，哥伦比亚特区将对您得到的服务进行追讨。这意味着我们可以在您的财产或遗产上设置留置权或进行索赔。如您有疑问，请致电 (202) 698-2000。

诉讼：如您就医疗索赔或伤害进行起诉，或与第三方达成和解协议，您则必须在 20 个日历日内提供该行为的书面通知（通过派人专递或挂号信邮寄），并将其寄送至 Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 441 4th Street, N.W., Suite 1000-South, Washington, DC 20001。如您有疑问，请致电 (202) 698-2000。

自费报销信息：如您有资格获得 Medicaid 的期间支付了处方药、医生看诊或住院费用，您可能会得到费用报销。

要求：您可能获得资格获得报销，如您在您或家庭成员有资格获得 Medicaid 的期间，您

- a. 支付了处方药、医生看诊或住院费用；或者
- b. 您仍在支付账单或被药房、诊所、医生或医院要求支付处方药、医生看诊或住院的账单。

如您认为您有权获得报销，您则必须在您去药房、诊所、医生或医院就诊之日起六 (6) 个月内，或在您得知您有资格获得 Medicaid 之日起六 (6) 个月内（以较晚日期为准）申请报销。

您必须填写并向哥伦比亚特区医疗财务部 (DHCF) 提交一份《Medicaid 报销申请表》(Medicaid Reimbursement Request Form)。您可以在任一 ESA 办公室获取一份表格副本，或者您可以通过网址：

<https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form> 下载一份副本。

如您有问题，或者您需要帮助填写此表或获得所要求的信息，请联系：

- a. 哥伦比亚特区医疗财务部的 Medicaid 受益人索赔研究小组 (Medicaid Recipient Claims Research Team),其电话为 (202) 698-2009。
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202) 682-2100, 此律所可以帮您填写 Medicaid 报销表。

就您报销申请的决定必须在 90 天内做出：

- a. Medicaid 受益人索赔研究小组必须在您提交索赔后的 90 天内对您的报销索赔做出决定。如果在这 90 天内未做出决定，您的索赔将被视为有效，您将在 90 天期限结束后的 15 天内得到付款。
- b. 如您对 Medicaid 受益人索赔研究小组的决定不满意，您有权要求举行公平听证。您可以致电哥伦比亚特区行政听证办公室 (OAH) 要求举行公平听证会，其电话为 (202) 442-9094。OAH 位于 441 4th Street, N.W. Suite 450 N., Washington, DC 20001-2714。
- c. 如您对公平听证的结果不满意，您可以在 30 天内向美国哥伦比亚特区联邦地区法院 (United States District Court of the District of Columbia) 提出上诉。

您可以联系 Terris Pravlik & Millian, LLP 来获得免费的法律援助，以帮助您在公平听证会或上诉中陈述您的案件，其地址为 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, 电话为 (202) 682-2100。

您也可以从以下组织获得法律帮助：

Bread for the City Legal Clinic
1525 Seventh Street, NW
(202) 265-2400

Bread for the City Legal Clinic
1640 Good Hope Road, SE
(202) 561-8587

Neighborhood Legal Services
1213 Good Hope Road, SE
(202) 678-2000

哥伦比亚特区 Legal Aid Society
1331 H St. NW Suite 350
(202) 628-1161

哥伦比亚特区 Legal Aid Society
2041 Martin Luther King Jr.Ave.SE, Suite LL-1
(202) 628-1161

哥伦比亚特区友谊浸信会 (District of Columbia Friendship Baptist Church) 的 Legal Aid Society,
900 Delaware Ave., SW
(202) 628-1161

Legal Counsel for the Elderly
(针对 60 岁及以上人士)
Building A, 4th Floor
601 E St. NW
(202) 434-2120

社会安全号码：就 Medicaid 而言，提供非申请者的社会安全号码 (SSN) 为自愿性质。有关 Medicaid，非申请人的 SSN 将只用于确定申请人或受益人的 Medicaid 资格或其他保险可负担性计划资格，或用于与 Medicaid 州计划管理直接相关的目的。

公众服务部 (DHS) 遵守适用的联邦民权法，不存在基于种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别的歧视。DHS 不因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别而排斥他人或给予不同待遇。DHS：

- 为残障人士提供免费的辅助工具和服务，以便与之进行有效的沟通，例如：
 - 合格的手语译员
 - 其他格式的书面信息（大字体、音频、无障碍电子格式、其他格式）
- 为主要语言非英语人士提供免费的语言服务，如：合格的口译员或用其他语言书写的信息

如您需要这些服务，请联系 Surobhi Rooney。如您认为 DHS 未提供这些服务或有其他基于种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别的歧视行为，您可以向以下机构人员提出申诉：Surobhi Rooney, DHCF 民权协调员，441 4th St. NW, Washington, DC 20001 surobhi.rooney@dc.gov。您可以通过亲自递交或通过邮寄、传真或电子邮件提出申诉。如您需要帮助提出申诉，Surobhi Rooney 可以帮助您。您也可以通过民权办公室 (Office for Civil Rights) 投诉门户 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby> 以电子方式向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室提出民权投诉，

或通过发送信件至：U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C.20201, 或拨打电话 1 (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)。投诉表格可经网址：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取。DHS 遵守适用的联邦民权法，且不存在基于种族、肤色、民族血统、年

龄、残疾或性别的歧视。

临时残疾援助 (IDA)

在申请后，您将在 60 天内得到有关您 IDA 的决定。IDA 申请人还必须申请附加保障收入 (SSI)，并提供 SSI 申请日期证明。当指定的经济安全管理局 (ESA) 服务中心收到 IDA 申请并完成面对面约谈时，即被认为已提交 IDA 申请。如您未在 60 天内收到通知，您可以获得公平听证。IDA 的批准视可用经费而定。如在裁定受益人符合所有资格要求时，经费已用完，受益人将被列入等待名单，并在有经费可用时获得批准。此外，如您认为您的福利金额不正确，您则可以获得公平听证。

如果您获得 IDA，您则必须与您的 IDA 个案经理进行配合。这意味着：

- 向我们提供医疗报告和其他材料；
- 遵守您与医生和社会安全管理局的预约；
- 遵守您与个案经理的预约；以及
- 按要求去参加治疗计划。

如您不遵守这些规则，您则可能会失去部分或全部的 IDA 福利。另外，DHS 将从您的第一张“一次性”SSI 支票中取出 IDA 金额；DHS 会将您第一张 SSI 支票的余额数寄给您。IDA 申请人必须签署一份 DHS 340 号文件，即《临时援助报销授权书》(Authorization for Reimbursement of Interim Assistance)，同意向 ESA 报销其 IDA 费用。如果同期收到的 SSI 福利等于或超过 IDA 付款，IDA 受助人将偿还收到的全部 IDA 援助金。如果同期收到的 SSI 福利少于 IDA 付款，受助人将偿还 IDA 付款中相当于 SSI 福利的那部分金额。如果 SSA 认定您为残疾，但您在补发福利之前撤回 SSI 申请，您将对收到的 IDA 负责。

美国农业部 (USDA)/美国卫生与公众服务部 (HHS) 非歧视声明

本机构不得因种族、肤色、民族血统、残疾、年龄、性别以及在某些情况下的宗教或政治信仰有歧视行为。

美国农业部也禁止在其组织或资助的任何计划或活动中因种族、肤色、民族血统、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰或对以前民权活动的报复或反击而有歧视行为。

若残障人士需要替代通信方式以获取计划信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语等），则应与其申请福利的机构（州或地方）联系。

失聪、有听力障碍或言语障碍的人士可以通过联邦中继服务联系美国农业部，电话为 (800) 877-8339。另外，计划信息可能会以英语以外的语言提供。

如需提出计划歧视投诉，请填写《美国农业部计划歧视投诉表》(USDA Program Discrimination Complaint Form) (AD-3027)，此表格可在线获取：<https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>，或在任以美国农业部办公室获取，或者写信至美国农业部，在信中提供此表要求的所有信息。如需索要一份投诉表，请致电 (866) 632-9992。可通过以下方式向美国农业部提交完成的表格或信函：

1. 邮件：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；或者
3. 电子邮件：program.intake@usda.gov。

有关补充营养援助计划 (SNAP) 问题的任何其他信息，相关人员应拨打美国农业部 SNAP 热线电话 (800) 221-5689，该号码也有西班牙语服务，或拨打州信息/热线电话（[点击链接查看各州热线电话列表](#)）；链接为 <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>。

如需对经美国卫生与公众服务部 (HHS) 接收联邦财政援助的计划进行歧视投诉，请写信至：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20201 或致电 (800) 368-1019（语音）。

本机构为平等机会提供者。

TANF（贫困家庭临时援助）

你有权在申请现金援助的同时，申请 SNAP 福利。作为申请过程的一部分，您必须完成介绍会、评估并制定初步的自给自足计划，此为获得 TANF 福利的条件。如果您正在领取附加保障收入 (SSI)，或如果

您为非您亲生子女的照护人，则此要求对您不适用。如需安排评估预约，请致电 DHS 工作机会办公室 (OWO) 的家庭资源中心，电话为 (202) 698-1860。您将在 45 天内得到有关您 TANF 的决定。如您未在 45 天内收到通知，您可以获得公平听证。此外，如您认为您的福利金额不正确，您也可以获得公平听证。

如果预计任何未成年人离家时间超过九十 (90) 天，您有责任报告其离家情况。如果未成年人在没有 DCMR 第 29 篇第 5802.2 节规定的正当理由的情况下离家或预计离家超过九十 (90) 天，则该未成年人将没有资格获得 TANF 福利。如果您未在知情后的五天内上报未成年人

如果其离家或预计离家超过九十 (90) 天，您未在知情后五天内上报，在给出充分和及时通知后，父母或看护亲属的需求应被排除在 TANF 福利之外，为期三 (3) 个月。如果您上报了未成年人离家或预计离家超过九十 (90) 天的情况，则从孩子离家的下一个月开始，父母或看护亲属的需求应被排除在 TANF 福利之外，为期一 (1) 个月。

工作就业和责任计划 (POWER)： 如果您有资格领取 TANF 福利但不能工作，您可以随时申请临时转到 POWER 计划。只需告知我们让您无法工作的身体或精神状况，您就可以申请 POWER。如果您有以下情况，您也可以有资格获得 POWER：

- 19 岁以下的怀孕或为人父母青少年在学校就读
- 您需照顾您家里一个身体或精神上无行为能力的成员
- 您年满 60 周岁
- 您为家暴受害者。

在领取 TANF 期间，参与活动会带来收益： 当您参与您 TANF 提供者的活动时，您有资格获得津贴和奖金。这将为您的家庭带来更多资金。

制裁： 如果您不遵守您的计划或工作要求，除非您有充分理由，您的 TANF 福利将被减发。此称为工作制裁。我们希望您让自己处于最佳状态，为您和您的孩子取得成功。DHS 提供服务，协助您筹备和获得工作，解决阻碍您成功工作的问题，并帮助您获得更好的工作。如果您将受到制裁，我们会提前通知您。

电子福利转账卡 (EBT)： 您用您的 EBT 卡来获取您的 TANF 福利。您不得在酒肆、赌场或脱衣舞俱乐部使用您的 EBT 卡。如果您在此类场所使用该卡，该交易将被阻断。DHS 对在此类场所使用该卡的情况进行监控。未能向 DHS 报告您在这些禁用场所使用您 EBT 卡上的 TANF 福利，则将被视为违反《哥伦比亚特区官方法典》第 4 章第 218.01(c) 节中公共援助欺诈条款的隐瞒行为。(http://www.lexisnexis.com/hottopics/dccode/)。哥伦比亚特区

可根据上述法典进行处罚。如果您在禁用场所使用该卡，您的需求将从您家庭的 TANF 福利中删除，且您可能被永久取消该计划资格。

家庭暴力： 您有权随时请求以家庭暴力为由免除 TANF 的工作要求和 TANF 的儿童抚养费合作要求。DHS 会将家暴受害者转介

至适当服务。对家暴进行披露为自愿性质，且不会对获得援助的能力产生不利影响或延误。披露的信息将被保密；但是，有关虐待儿童、忽视儿童或虐待老人的披露信息必须上报给儿童保护服务处 (Child Protective Services) 或哥伦比亚特区成人保护服务处 (APS)。

POWER 资格

如援助单位有以下情况，则应有参与 POWER 资格：

- 援助单位的负责人为未成年子女的父母；
- 援助单位的负责人在身体上或精神上无行为能力；以及
- 援助单位负责人的身体或精神上的无行为能力已由合格的医学证据所证实，且由 ESA 综合考量援助单位负责人的年龄、之前的工作经验、教育和其他与援助单位负责人的工作能力有关的因素裁定：
 - 在很大程度上阻碍了援助单位负责人的工作能力或参与求职或就业准备活动；且
 - 预计持续 30 天以上。

除上述情况外，援助单位可符合 POWER 的要求，如果援助单位负责人为未成年子女的父母，并且：

- 由于医疗需要，需要在家中照顾身体或精神上无行为能力的家庭成员；或
- 已被该部确定为家暴受害者，正在接受相关的支持咨询或服务，并且已接受该部或该部指定人员的家庭暴力评估，评估结果建议免除工作要求或子女抚养费方面的配合；或者
- 为怀孕或为人父母青少年，其：
 - 已被该部认证为免除居家生活要求；
 - 正在就读高中或普通教育同等学历课程；并且，
 - 满足其工作要求，遵守其 TANF 个人责任计划书 (IRP) 或其在参与 POWER 期间制定的任何同等计划。

如果人员接收以下福利，则其将没有资格获得 POWER：

- 贫困家庭临时援助 (TANF)
- 附加保障收入 (SSI)；或
- 失业补偿金。

儿童抚养权 (TANF)

所有儿童抚养费都将通过 CSSD 收缴和分发。您现转让您的抚养权，转让数额最高可达 TANF 补助金，您可以获得当前每月儿童抚养义务的前 \$150.00 美元，或来自离家父母或配偶的自愿儿童抚养费，以及高于 TANF 补助金的任何金额。如果您误收付款，请立即联系 CSSD。如果您误收付款，而您又未退回付款，您可能被强迫对 CSSD 进行偿还。如果您不同意这些条件，您则不能获得 TANF。一旦您不再参与 TANF，您则可以保留当前的任何儿童抚养费。如果您使用 TANF 福利，即代表您同意这些条件。

SNAP (食品援助)

您必须通过亲自递交、经授权代表、在线或邮寄的方式向 DHS 服务中心提交 SNAP 申请。您有权以书面形式申请或重新申请 SNAP。您有权在办公时间内联系 DHS 服务中心的当天提交 SNAP 申请表格。在提交申请之前，您无需接受面试，且您可以提交不完整申请，只要其包含了申请人的

姓名和地址，并由家庭负责成员或家庭授权代表签字。

申请日期指 DHS 任一服务中心收到申请的日期。如果在正常工作时间之外收到申请，申请日期则将为下一个工作日。如果申请人

住在某机构，在离开机构之前联合申请 SSI 和 SNAP，申请日期则为离开机构的日期。如果表格未经签署，则申请日期无法确定，且处理申请的最后期限也不会开始计时。您有权以书面形式在 SNAP 申请上签字。为遵守民法，如有必要，非书面签名将予以接受。

DHS 必须主动向您提供一份完整申请书副本。也可经电子格式提供。您可以将 SNAP 申请与其他福利申请分开提交。如果您同时申请 SNAP 和现金援助，并且您的 SNAP 福利首先获批，当您接收现金援助时，这些 SNAP 福利可能会被减发、暂停或终止。在这些情况下，DHS 无需向您发出不利措施通知。如果您符合条件，您将在七 (7) 天内收到加急 SNAP 福利。在申请后，您将在 30 天内得到有关您 SNAP 的决定。DHS 提供福利的时间长短从申请日期开始算起。如您未在此期间收到通知，您可以获得公平听证。此外，如您认为您的福利金额不正确，您则可以获得公平听证。您必须与 DHS 进行面试，才能获得 SNAP。如果您需要通过电话进行面试，请告知您的工作人员。如果您投递、邮寄或传真您的申请，DHS 将尝试通过电话与您面谈。DHS 必须为任何要求面谈的家庭提供面谈机会。面谈可由户主、配偶、任何其他负责的家庭成员，或授权代表完成。申请现金援助的缺点和要求

并不适用于 SNAP 福利。领取 SNAP 福利对任何其他可能适用于您家庭的计划时限没有影响。我们鼓励您立即提交 SNAP

申请表。即使您不再领取现金援助，您仍有资格获得 SNAP 福利。在裁定资格之前，您可以随时自愿撤回您的申请。在您撤回申请后，您有权随时重新申请。SNAP 福利的发放有一个特定的时间段，称为认证期。您必须在认证期结束前重新认证您的 SNAP 福利，否则您的 SNAP 福利将过期。请注意：一些老年人和残疾人受益人只需每两年重新认证一次。但是，获取 SNAP 没有时间限制，除非您在哥伦比亚特区无受抚养人的健全成人 (ABAWD) 时限未被免除期间，为非豁免的 ABAWD (请参见 SNAP 工作登记权利和责任的书面声明 (Written Statement of the SNAP Work Registration Rights and Responsibilities))。事实上，即使您失去了

TANF，您仍可能获得 SNAP。我们将向联邦、州和地方官员核实您在 SNAP 申请中提供的信息，以了解其是否属实。如果您提供的任何信息不属实，我们可能会拒绝您的 SNAP 申请，并且您可能会因故意提供错误信息而受到刑事起诉。如果您获得 SNAP，您则必须遵守以下这些规则。

- 请勿为获得 SNAP 而撒谎或隐瞒信息；
- 请勿交易或出售您的 SNAP；
- 请勿使用他人 SNAP；
- 请勿用 SNAP 购买酒精或烟草。

如果您故意违反这些规则，您则可能会被处以罚款并入狱，最长可达 20 年。第一次违规，您可能会失去一年的福利，第二次违规，您可能会失去两年的福利，第三次违规，您则可能永久失去福利。如果您谎报居住在哥伦比亚特区或您的身份，则您在十年内都不能获得 SNAP。如果您出于任何目的 (例如，获取毒品、枪支、弹药或爆炸物) 出售或交易您的 SNAP，或贩卖 \$500 美元或以上的福利，如被法院定罪，第一次犯罪，您则可能会失去 2 年的福利，第二次犯罪，您则可能会永久失去福利。

应向非美国公民的申请人提供合理的机会，以提交予以接受的文件证明其适格外国人身份。如果您不希望 DHS 与美国移民局 (USCIS) 联系以核实任何家庭成员的移民身份，您可以选择撤回申请或选择在没有该家庭成员的情况下参与 SNAP。您必须与 DHS 配合以完成申请程序，包括面谈和核实申请表中的某些信息。如果您拒绝配合，则申请将被拒。您还必须配合质量控制审查员之后对您的资格进行的任何审查。如果您拒绝配合，您将被裁定为没有资格。您必须向我们报告某些情况的变更。我们将向您提供一份通知，让您了解更多有关向我们上报变更

的信息。每位非豁免的 ABAWD，当其工作时间低于平均每周二十 (20) 个小时时，必须向我们报告。如果您收到大量的彩票或赌博赢利（一次游戏盈利金额等于或大于当前 SNAP 老人或残疾人家庭资源限额），必须向我们报告，并可能导致立即失去 SNAP 资格。在整个月内没有得到免费住所的无家可归家庭可以选择使用标准的无家可归者住所扣除额，或者在计算其 SNAP 福利金额时，将住所和公用事业费用与扣除其他费用后的净收入的一半进行比较，从而计算出多余的住所扣除额。

SNAP 工作登记人的权利和责任

作为获得 SNAP 福利的条件，每个非豁免的家庭成员有责任遵守以下 SNAP 工作要求：

- 在申请时和初次登记后每 12 个月进行一次工作登记或由 DHS 为其登记。
- 如果 DHS 指派，在 DHS 要求的范围内参与 SNAP 就业和培训 (E&T) 计划。目前，DHS 规定参与 E&T 计划为自愿性质。
- 如果 DHS 指派，参与工作福利计划。
- 向 DHS 或其指定人员提供有关您的就业状况或是否可从事工作的充分信息。
- 如果 DHS 或其指定人员将您转介至一个合适雇主计划，请到雇主处报道。
- 接受在未发生罢工或闭厂地点或工厂的适当就业善意提议，其工资等于联邦或州最低工资或《公平劳动标准法》(Fair Labor Standards) 第 6(a)(1) 条规定的最低时薪适用于就业提议时的工资的 80%，以较高者为准。
- 请勿在没有正当理由的情况下，自愿辞去每周 30 小时或以上的工作，或将工作时长减少到每周 30 小时以下。
- 以下人员有权免除 SNAP 工作要求：
 - 未满 16 周岁人员或年满 60 周岁人员。
 - 16 或 17 岁人员，非户主，或正在上学，或正在参加就业培训计划，至少为半日制。
 - 在身体或精神上不适合就业人员。
 - 受制于并遵守任何 TANF 工作要求的人员。
 - 负责照顾 6 岁以下受抚养儿童或无行为能力者的父母或其他家庭成员。
 - 领取失业补偿金的人员。已申请但尚未领取失业补偿金的人员，如果其正遵守联邦-州失业补偿金申请程序的工作要求，也可以获得豁免。
 - 定期参与吸毒或酗酒治疗和康复计划的人员。
 - 每周工作至少 30 个小时，或每周赚取的工资至少等于联邦最低工资乘以 30 个小时的受雇或自雇人员。其中包括与雇主或员工主管签订合同或类似协议的移民和季节性务农工人，且在 30 天内开始就业。受雇或自雇人员如果在没有正当理由的情况下自愿减少工作强度，并且减少后每周工作时间少于 30 小时，则没有资格参与 SNAP。
 - 在任一公认学校、培训计划或高等教育机构中至少半日制就读的学生。在高等教育机构中至少半日制就读的学生必须符合 SNAP 的学生资格要求。在正常的上课、放假和休课期间，学生仍可获得豁免。

任何非豁免个人如果在无正当理由的情况下拒绝或不遵守 SNAP 工作要求，则将没有资格参与 SNAP，并将被视为无资格的家庭成员。以下取消资格期将予以施行：

- 对于第一次发生的不合规行为，个人将被取消资格，直到以下时间，且以较晚时间为准：
 - 个人遵守规定的日期；
 - 一个月；或
 - 长达三个月。
- 对于第二次发生的不合规行为，直到以下时间，且以较晚时间为准：
 - 个人遵守规定的日期；
 - 三个月；或
 - 长达六个月。
- 对于第三次或之后发生的不合规行为，直到以下时间，且以较晚时间为准：
 - 个人遵守规定的日期；
 - 六个月；
 - 由 DHS 裁定的日期；或
 - 永久。

DHS 也可取消整个家庭的资格。您有权要求 DHS 向您解释您的工作要求、已进行工作登记的家庭成员的权利和责任以及未能遵守的后果。您有权要求 DHS 向家庭中每个登记工作的个人提供上述书面声明。