

營養補助協助計劃(SNAP) 幫助收入很少或沒有收入的人能在指定的商店裡購買健康的食物。當家庭收入增加，SNAP 營養補助協助計劃的補助可以增加家庭食物的購買力。

家庭包括任何人、家庭或一組集體成員居住和購買食物並一起煮飯用餐。任何符合基本收入和其他要求的家庭也許能夠得到 SNAP 的補助。

申請 **SNAP**:

- 撥打 **1-855-306-8959**; 或
- 開始在這個網址 <https://benefind.ky.gov/> 進行網路申請; 或
- 本人親自到你當地的 **DCBS** 辦公室來申請; 或
- 在下一頁打印書面申請表，完成並拿到你當地的 **DCBS** 辦公室或者郵寄到: **DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

如果你因為不會說英語或有障礙而與我們有溝通上的困難，請讓我們知道。免費語言協助或其他幫助及服務在請求後能予以提供。

如果你是在網路上申請或是在網路上打印申請表並繳回來，在你的申請可以被處理之前必須要進行面談。每一個家庭支援辦公室的地點和郵寄地址是列在這裡。福利將從你的申請收到的那天日期開始。

你的家庭也許可以指定某人來做為你的授權代表替你在申請 SNAP 福利面談時提供關於你的信息回答問題 並且使用你的福利來幫助你的家庭購買食物。

如果你的家庭立即需要協助，你也許可以在申請之後幾天內得到你的 SNAP 福利， 如果:

- 你家庭每月租金/房屋抵押貸款和水電瓦斯費超過每月總收入; 或
- 你家庭每月總收入少於**\$150** 並且財力，例如現金或銀行帳戶，總共等於或少於**\$100**; 或
- 你家裡的家庭成員包括貧窮的移民或季節性的農場工人。

SNAP 申請人有權利:

- 在聯繫 DCBS 申請的同一天繳交 SNAP 的申請表。
- 在申請的 **30** 天內被通知是否 SNAP 被批准或否決。
- 在幾天之內得到 SNAP 的福利如果你符合資格、有很少或沒錢、並且你符合某些收入的要求。
- 請求進行一個公正的聽證會，如果你不同意在你案子裡所採取的行動。

如果要更多有關 SNAP 的訊息，請撥打 **1-(855) 306-8959** 與 DCBS 聯繫。

根據聯邦民權法律和美國農業部 (USDA) 民權法規和政策，美國農業部，它的代理處，辦公室，和員工，以及參與或管轄美國農業部計劃的機構禁止在種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾、政治或宗教信仰的基礎上歧視，或報仇，或對美國農業部之前所執行或資助的任何計劃或活動中的民權運動進行報復。

有殘疾並要求有溝通的替代方式以得到補助計劃資料的申請人(例如盲文、大字本、錄音帶、美語手語、等等。)應該與他們申請福利所在地(州或當地)的代理處聯繫。聾啞或有聽覺障礙的申請人也許可撥打(800)877-8339這個電話經由聯邦傳遞服務來與美國農業部聯繫。除此之外，補助計劃資料也許可以以英語之外的其他語言來獲得。

對計畫提出歧視申訴，請完成美國農業部計畫歧視申訴表格，(AD-3027)，可在下列網址:http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html下載，和在任何美國農業部辦公室，或寫一封註明給美國農業部的信，並且在信裡提供所有表格裏要求的資料。要求一份申訴表格的複印本，請撥打(866) 632-9992這個電話。可藉由下列方式繳交你所完成的表格或信件給美國農業部:

- (1) 郵件: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 電傳: (202)690-7442; 或者
- (3) 電郵: program.intake@usda.gov.

這個機構是平等机会提供者。

你也許可以向健康和家庭服務內閣，人力資源管理辦公室，EEO 執法科分部，提出申訴，地址是 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 或者撥打這個電話(502) 564-7770 分機 4107。

如果你對關於你 SNAP 的案件還有其他申訴的地方，你可以打到申訴專員辦公室電話號碼是 1-800-372-2973 or (TTY) 1-800-627-4702。

如果你不同意我們在你的SNAP 申請上所做的某些事情，你可以在收到我們寄給你有關於SNAP 申請通知90天之內要求進行一個聽證會。

我要如何要求進行聽證會:

撥打電話 1-855-306-8959; 或

附上另一張分開的紙並解釋你請求聽證會的理由，簽名並寫下日期，然後: 寄回到任何DCBS 的辦公室；或者

寄回到: 健康和家庭服務內閣，行政聽證部門，家庭和兒童行政聽證分部，105 Sea Hero Road, 2 號室，法蘭克福市，肯塔基州 40601

SNAP申请表

什么是SNAP?

营养补充协助计划 (简称SNAP)的目的是来帮助你购买食物来保证你的健康。你从此计划中所得到的福利,称为食物福利。

如何才能得到SNAP的福利?

步骤1. 填写一份申请表

任何人都可以提交一份申请。尽可能回答所有你能回答的问题。如果你想申请SNAP但当天不能完成全部8页的申请表,请务必完成该页的申请表并交回此页。并在尽可能快的时间内完成并交回其余部分的申请表(2-8页)。

步骤2. 交回申请表

你可以打这个电话 (502) 573-2007电传或寄邮件到 DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. 当地的社区服务部门(简称DCBS)来提交你的申请。或者,你可以在办公时间内亲自将申请表提交到当地DCBS办公室。当我们收到你的申请之后,我们将同你预定一个面谈时间。你有权在短期内得知你是否可以享有此计划的福利。我们从收到此页申请表包括你的姓名,地址和你的签名日期开始计算,我们开始调查决定你是否享有营养补充协助计划的资格。如果你具备得到此福利的资格,你将从此日期起享有营养补充协助计划的资格。

步骤3. 和我们联系

在你的面谈结束以后,你将需要提供给我们:

- 你的身份证明,比如你的驾驶证,社保卡或其他外籍人员的文件证明;
*见第二页有关于提供你的社保号的备注。
- 家庭人员证明,比如租房契约或书面文件;
- 你居住在肯塔基州的证明;
- 你的孩子的赡养费用证明或者子女抚养费;和
- 你在过去60天内所有的金钱收入证明,包括任何支票存根。
- *如果你不能收集到所有的证明,你依然应该来和我们面谈。我们会帮助你。

告诉我们有关于你的信息

你的法定姓名:

(姓) (名) (中间名缩写) (社保号码)

(出生日期) (街道地址) (城市) (州) (邮政编码)

居住的县、郡(county) _____ 电话号码 (____) _____ 你的 他人的

如果你的邮寄地址不同于住居地址,请在下面提供你邮寄地址:

(街道地址) (城市) (州) (邮政编码)

签名/标记(X)

证人 (如 X 已签)

今天的日期

/ /

名字: _____ 社保号码: _____

口頭語言: _____ 書面語言: _____

你的英語程度是否有限? 是 否

如果在面谈时由于英语程度你需要一名翻译员, 我们可以提供一名免费的翻译人员。在面谈时你是否需要翻译人员? 是 否 如果是, 什么语言? _____

你是否需要協助來進行有效的溝通? 是 否 如果是, 請選擇所有適合的項目:

- | | | | |
|---------|---------|----------|-----------|
| 美語手語翻譯員 | 提示口語翻譯員 | 口譯員 | |
| 觸覺翻譯員 | 視頻轉播翻譯員 | 電訊轉接服務 | |
| 盲文 | 大字本 | 電子通信(電郵) | 其他: _____ |

你是否有身体或精神狀況在面谈时需要特殊协助(例如輪椅專用通道, 等等。)? 是 否
如果答案为是, 你需要什么样的协助? _____

我什么时候才能得到营养补充协助的资格?

你也许可以 在你提交申请的5天后得到营养补充协助计划的资格。又称为加快津贴。如果你具备此 加快津贴的资格, 你不只需要填写该页。请阅读以下内容向我们或咨询此加快津贴的详细内容。

你需要填写完成所有的申请来申请此津贴。我们需要**所有页数**的申请表来决定你是否具有津贴资格, 即使你已经具有加快津贴的资格。如果我们能得到更多有关于你的信息, 我们可以对你提供更好的帮助。请向我们提供你尽可能所有的信息。如果你需要帮助, 请向我们咨询我们将对你提供帮助。你同时需要提供一份你的身份证明, 例如你的驾驶证, 社保卡或其他外籍人员证件。

加快津贴 - 5天内的营养补充协助计划
在5天内得到营养补充协助的资格的条件:

- 家庭总收入少于 \$150和資產等於或少於\$100; 或
- 家庭的房租, 按揭付款和水电费用多于家庭总收入或资产收入; 或
- 家庭为移居或季节性农民工作者其收入停止或刚开始, 其资产少于\$100

30天的营养补充协助计划:

- 如果你不能得到加快津贴, 你将收到一封信告知你:
- 你获得食品津贴的资格和津贴数额, 或
 - 你不具备营养补充协助计划的资格和原因

你可以同時申請營養補充協助計畫和其他津貼。但是你的營養補充協助的申請將會分開來處理。我們必須根據營養補充協助計畫的規則來處理你營養補充協助的申請並且我們會盡快地讓你知道我們的決定, 我們在收到你簽名的申請30天內就會通知你不會超過30天。你的營養補充協助的申請不會因為其他津貼的申請被拒絕或者是你失去了其他已經得到的 津貼而因此被拒絕。

我可以选择其他人来帮助我么?

你可以选择其他人来帮助你。你不一定非要选择其他人。如果你需要的话, 该人员可以帮助你填写申请表, 替你回答问题, 在面谈时提供关于你的信息。使用EBT卡, 帮助你购买食物。我们可以向该人提供你的信息。

名字: _____ 社保号码: _____

备注: 酒精和药物康复中心的住院病人，必须指定其机构的一名工作人员来为病人申请。

<u>代表人:</u>			
_____ (姓)	_____ (名)	_____ (中间名缩写)	
_____ (邮寄地址)	_____ (城市)	_____ (州)	_____ (邮政编码)
_____ 出生日期	/	/	_____ () 电话号码
月	日	年	

有关于外籍状况的信息

你可以为你家庭申请营养补充协助计划，即使某些家庭成员因为移民情况而不具备其资格。例如，不具有法定移民资格的父母可以为其具备美国国籍或法定移民资格子女申请营养补充协助计划。不具有法定移民资格的人也许没有资格申请营养补充协助计划。我们将不会通知美国移民局（简称USCIS）有关于你通报没有法定移民资格人员的信息。我们必须使用他们的收入和资产来决定是否家庭的其他成员有资格获得营养补充协助计划的福利。你不需要提供给我们没有申请营养补充协助计划家庭成员的移民文件。我们会在美国移民局USCIS系统中查核你申请人的移民状况。我们所获得的信息也许会影响到你营养补充协助计划的福利。

有关于社保号码的信息

你可以选择提供给我们你所有家庭成员的社保号码。我们可以只提供食品津贴给有社保号码或可以证明他们已经申请社保号码的家庭成员。你不需要必须提供给我们其他不想要申请食品津贴家庭成员的社保号码。

你将不会被歧视

根据联邦民权法律和农业部（USDA）民权法规和政策，美国农业部，它的代理处，办公室，和员工，以及参与或管辖美国农业部计划的机构禁止在种族、肤色、国籍、性别、年龄、残疾、政治或宗教信仰的基础上歧视，或报仇，或对美国农业部之前所执行或资助的任何计划或活动中的民权运动进行报复。

有残疾并要求有沟通的替代方式以得到补助计划资料的申请人(例如盲文、大字本、录音带、美语手语、等等。)应该与他们申请福利所在地(州或当地)的代理处联系。聋哑或有听觉障碍的申请人也许可拨打(800)877-8339这个电话经由联邦传递服务来与美国农业部联系。除此之外，补助计划资料也许可以以英语之外的其他语言来获得。

对计划提出歧视申诉，请完成美国农业部计划歧视申诉表格，(AD-3027)，可在下列网址：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 下载，和在任何美国农业部办公室，或写一封注明给美国农业部的信，并且在信里提供所有表格要求的资料。要求一份申诉表格的复印本，请拨打(866) 632-9992这个电话。

可藉由下列方式递交你所完成的表格或信件给美国农业部：

- (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) 电传: (202)690-7442; 或者
- (3) 电邮: program.intake@usda.gov.

这个机构是平等机会提供者。

名字: _____ 社保号码: _____

有任何成员从8/22/96起被定罪有關於你是誰或你住哪裡的問題上給予錯誤信息的行為以期望一次在超過一個家庭裡得到或試著得到營養補充協助? 是 否 谁? _____

有任何成员为在逃犯? 是 否 谁? _____

有任何成员从8/22/96起被定罪有毒品违法行为? 是 否 谁? _____

有任何成员从8/22/96起被定罪有買, 賣或交易價值超過500美金營養補充協助的行為? 是 否 谁?

有任何成员从8/22/96起被定罪有交易營養補充協助以換取槍枝, 彈藥, 或炸藥的行為? 是 否 谁?

有任何成员从8/22/96起被定罪有交易營養補充協助以換取毒品的行為? 是 否 谁? _____

你家庭的支出是什么?

为了享有营养补充协助计划提供的最大的福利, 你需要告诉我们你所有的账单。任何报告遗漏或不足证明, 将意味着你的家庭不希望扣除未申报的支出。以下, 告诉我们你家庭所支付的账单。

庇护所和基本设施费用

你家庭所承担的以下费用是多少:

租金: \$ _____ 每月

场地租金: \$ _____ 每月

按揭付款: \$ _____ 每月

如果你的税或保险单独支付, 请在以下列明金额:

土地产权税: \$ _____ 每 _____

房屋保险 \$ _____ 每 _____

在以下你所需要支付的设施费用前打勾:

- | | |
|---------------|-----------|
| 电费 | 水费和污水排放费 |
| 煤气费 | 垃圾费 |
| 电话通讯 | 房东索取的额外费用 |
| 其他, 请解释 _____ | |

在任何设施费用账单中包括暖气或冷氣费? 是 否

你现在所住地址在过去的一年内有没有得到能源補助 (简称LIHEAP)? 是 否

医疗费用

如果你有残疾或年龄在59岁以上的家庭成员有任何医疗费用不在保险支付的范围内, 请告诉我们。该费用可以为医生或医院账单, 药物, 交通费用, 医疗保险费用或其他医疗费用。

支付人: _____ 金额: \$ _____ 每月

日托费

名字: _____ 社保号码: _____

如果你的家庭成员有幼儿或成人日托费用, 请告诉我们。

接受日托的成员: _____ 支付日托人: _____

金额: \$ _____ 每月

子女抚养费

如果任何人支付法院裁定的子女抚养费, 请告诉我们。

支付人: _____ 金额: \$ _____ 每月

支付费用帮助

如果你得到任何支付费用的帮助, 请告诉我们:

支付的什么费用?	由谁支付?	金额?

你的家庭成员的收入?

列出成员姓名和月金额收入。如果此项为空, 说明该成员没有任何该形式的金额收入。如需要请另附加页。

收入来源	谁 得到收入	每月金额	雇主(如适用)
税前工作收入 (总)			
第2份工作的税前收入 (总)			
个人私有企业收入或其他形式的工作			
小费			
社保或 SSI			
复员军人福利, 退休和养老金			
失业和工伤事故补偿金			
子女赡养费或抚养费			
从朋友或亲戚得到的收入			
其他			

有任何成员已经被雇佣但是还没有得到收入? 是 否 谁? _____

有任何成员在过去的30天内已经辞职? 是 否 谁? _____

有任何成员为i移居或季节性农业工作者? 是 否 谁? _____

有任何成员在进行罢工? 是 否 谁? _____

你家庭成员有多少资产?

列出所有成员的总存款资财:

现金 \$ _____ 银行/信用合作社帐户 \$ _____

股票, 基金, 储蓄, 或其他资产 \$ _____

请阅读此信息并在第7页签名和注明日期

名字: _____ 社保号码: _____

营养补充协助计划 条例

遵守这些条例:

- 不能故意隐瞒或提供错误信息来获得营养补充协助计划。
- 不能用营养补充协助计划的福利来购买非食品，例如火柴和酒类。
- 不能交易买卖或转让营养补充协助计划的福利。
- 你本人不能使用其他人的营养补充协助计划福利。
- 你不能使用你家里人的营养补充协助计划福利给其他的家里人。
- 不能使用你的营养补充协助计划福利支付任何形式的信用帐户，哪怕是 SNAP 符合条件的食品。
- 配合州政府和联邦政府人员在质量控制审查。

营养补充协助计划处罚

任何违反以上条例的个人:

- 第一次违反在1年内不能得到营养补充协助计划，第二次违反2年内不能得到食品津贴，第三次违反终生不能得到食品津贴；
- 有可能罚款上线至 \$250,000 或监禁至20年，或两者兼有；并
- 如果法庭判定你买卖交易营养补充协助计划津贴超过\$500，你有可能终生不能得到营养补充协助计划。
- 如果法庭判定你交易营养补充协助计划津贴来得到枪支，弹药或其他爆炸火药，你将终生失去营养补充协助计划资格。
- 如果法庭判定你交易营养补充协助计划津贴来得到管制药物，第一次你将失去2年的津贴资格，第二次你将失去终生资格。
- 如果你被判定在同一时间内试图或正在为不只一个家庭获取营养补充协助计划津贴，你将在10年内没有资格得到营养补充协助计划。此处罚适用于当你提供于有关你和你的家庭成员的错误信息。
- 除了这些处罚之外，如果你由于违反上述列出的这些规则而犯下重罪或轻罪被定罪的话，法庭也可以在接下来的十八个月内不让你得到营养补充协助计划津贴。
- 如果你在逃避法律以避免起诉，被逮捕，坐牢或违反假释或缓刑的条款你将得不到营养补充协助计划津贴。

****提供错误信息将导致我们对你追究民事或刑事法律责任。我们也会将减少你的津贴或向你追究赔偿。**

我们如何处理你的信息

如果你提供的任何不准确的信息，我们将拒绝你的营养补充协助计划资格。我们将提交你的答案给警方来追拿犯罪人员。如果你的营养补充协助计划有过多付的部分，我们将把你的答案提交到联邦或州的相关部门追讨多付的金额。我们将拒绝帮助你没有提交社保号给我们的人员。我们将对提交给我们的其他人的社保号与所需帮助人的社保号统一对待。我们将不会将你的社保号交给美国移民局（简称USCIS）。

隐私法

名字: _____ 社保号码: _____

所需收集的信息，包括每个成员的社保号码（简称 SSN），是按照 2008 修订版 7 U.S.C. 2011-2036 的食品和营养法令授权的。该信息被用来决定你的家庭是否有资格或继续享有食品营养辅助计划。我们将通过电脑符合系统核对你的信息。此信息也将用来监控计划法规履行情况和计划管理情况。

此信息将透露给其他联邦和州政府机关用来官方检查和警方缉拿逮捕逃犯。

如果你的家庭被要求索赔食品券，此申请的信息，包括 SSN，将会被同联邦和州立机关和讨债机构分享。

提供所要求的信息，包括每个家庭成员的 SSN，为自愿行为。然而，没有提供 SSN 的成员将导致被拒绝营养补充协助计划福利。任何提供给我们其他家庭成员的 SSN，将会同有资格申请食品津贴成员的 SSN 同样对待。

我们将核查你提供给我们信息

我们使用电脑系统核查你家庭的收入和其他机构所掌握的信息，例如人事机构，国家税务机关和其他来源。如果你所提供的信息和电脑系统得到的信息不符，我们将调查确认正确的信息。我们也许会同你的雇主，你的银行或其他人核实。如果你故意在申请中提供不正确信息，将导致拒绝你的营养补充协助计划资格和其他法律责任追究。你所提供给我们信息将会被联邦，州立和当地政府机关核查来确保其正确性。我们会核查的信息包括所列成员的：社保号码，工作情况和酬劳，银行存款，从其他途径得到的收入比如，社保收入，失业收入和移民情况。

你的签名和确认

我明白：

- 申请中所有的问题，和隐瞒或提供错误信息的后果。
- 我必须提供我家庭情况信息的证明。
- DCBS 办公室和质量监管部门将同其他人或机构联系来核查我的信息。
- 我在申请中所提供的信息包括国籍和移民状况信息供联邦，州立和当地机关核查决定信息的正确性。
- 营养补充协助计划申请要求提供所有住在我家庭的成员的社保号码。（不需要申请食品津贴的成员不一定需要提供其社保号码和移民状况信息）
- 社保号码将会用来在不同周和联邦收入和资格核查系统（简称 IEVS）中核实。这些核查包括，但不仅限于，社保，IRS，SSI，收入记录，失业保险，子女抚养记录和其他 IEVS 授权的核查。当发现任何不符时，此信息会通过非直系联系调查途径进行核查。在核查之后，IEVS 提供的信息，将影响福利的资格和金额。

我同意：

- 我家庭裡所有要求的成员将会遵守工作和训练规定。

我证实，在伪证罪受罚的条件下：

- 我的答案在尽我所知的条件下为完整并正确
- 我提供的关于所有申请福利的成员国籍和移民状况的答案是正确的。
-

签名/标记 (X)	证人 (如 X 已签)	今天的日期 / /
-----------	-------------	--------------

名字: _____ 社保号码: _____

术语的意思？

我们申请中所用到的术语，以下为他们的含义：

- 家庭** 某人或一个集体住在一起并一起购买食物和一起煮饭用餐
- 质量监管** 一个 DCBS 部门，审查营养补充协助计划案件来确保其准确性。如果你的案件被选择到，质量监管将同你联系。
- 工作和培训条例** 某些人必须工作或接受培训来获得营养补充协助计划。如果这适用于你或你的家庭成员，我们会通知你。你必须遵循这些工作和培训的条例来获得营养补充协助计划。

如何申請聽證會

如果你不同意我們在你的申請或营养补充协助计划上所做的某些事情你可以在收到我們寄給你有關於营养补充协助计划的通知90天之內要求進行一個聽證會。你可以陳述你這邊的說法或者帶你的朋友，親戚或律師來聽証會幫你說話。

我要如何要求進行聽證會？

請撥打1-855-306-8959這個號碼，或者

附上另一張分開的紙並解釋你請求聽證會的理由，簽名並寫下日期

寄回到DCBS的辦公室，或者

寄回到 **健康和家庭服務內閣，行政聽證部門，家庭和兒童行政聽證分部，105 Sea Hero Road, 2 號室**
法蘭克福市，肯塔基州 40601

选择性提供的信息

帮助我们来帮助你!

你不一定要签署此部分，但是你可以帮助我们取得我们所需要的信息来帮助你，我们不需要向你提出 额外其他需要的签名授权申请。

你应当理解:

- 我们也许会需要更多的信息来决定你是否可以得到帮助。
- 如果我们需要向你得到更多的信息，我们将写一封信给你告诉你需要在某日 之前必须寄回给我们。
- 你有责任提供我们所需要的信息或向我们寻求帮助。
- 如果你在到期日内不能提供我们所需要的信息，你的申请将被拒绝或你的福利将被停止。
- 我们也许可以使用以下的授权来得到我们所需要的信息。但是你还是应当提供我们所需要的信息或寻求帮助。
- 我们也许会附加一份你的授权给其他人或机构（比如你的雇主）来要求有关于你或其他家庭成员具体的信息

请在下面签名并用印刷体书写你的姓名来允许我们获得我们需要的信息

名字: _____ 社保号码: _____

授权信息

我在此授权肯塔基社区服务部的任何个人和机构得到有关于我何我家庭成员的信息。此授权附件同原件具有同等效力。此授权不包括任何个人健康信息。此授权在签字日的12月内有效。

你的名字(请用印刷体)

签名或标记

证人 (如X已签)

日期