

人力资源部，家庭投资局

援助申请表

家庭投资局致力于在其服务、计划、活动、教育和为残疾人士提供就业机会中提供使用和合理的便利。如果您需要援助或者需要申请合理的便利，请联系您的个案经理，或致电 1-800-332-6347。

要求援助，请完成这个部分并签署您的姓名。

姓名: _____
姓 名 中间名首字母

邮寄地址: _____
(如不同于街道地址)

地址: _____
门牌号码和街道 城市 州 邮政编码

住宅电话号码: _____

手机号码: _____

电子邮件地址: _____

签名: _____

日期: _____

 请填写以下部分。填写您自己及与您住在一起的所有的人。将您自己的姓名填写在第一栏。

| A. 姓名 | 与您的关系 | 婚姻状态 | 社会保障号码 | 出生日期 | 性别男/女 | 种族 | 为此人申请? | Client ID# (仅供办公室使用) |
|-----------------|-------|------|--------|------|-------|----|--------|-------------------------|
| 姓, 名, 中间名, 婚前姓氏 | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |

B. 请列出孩子的任何缺席父/母以及过去或现在不和您一起居住的配偶。

| 缺席家长的全名 | 出生日期 | 社会保障号码 | 申请人 ID# (仅供办公室使用) |
|---------|------|--------|----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

-OVER-

*****仅供办公室使用*****

| Cat. | AU#'s | Status |
|-------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| Cat. | AU#'s | Status |
|-------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| WORKS SCREEN |
|--------------|
| |
| |
| |

| Case reassign needed: |
|--|
| From _____ CURRENT WORKER OF RECORD |
| To _____ NEW WORKER OF RECORD |

薪金筛查: _____

审查人姓名缩写: _____

援助申请

C. 列出任何怀孕的家庭成员:

| | | | |
|----------|-----------|----------|-----------|
| 姓名 _____ | 到期日 _____ | 姓名 _____ | 到期日 _____ |
|----------|-----------|----------|-----------|

D. 列出任何有残疾的家庭成员:

| | | | |
|----------|------------|----------|------------|
| 姓名 _____ | 残疾类别 _____ | 姓名 _____ | 残疾类别 _____ |
|----------|------------|----------|------------|

E. 您或任何家庭成员现在正接受何种类别的援助?

在哪位的名下: 援助类别:

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

您或任何家庭成员既往接受过何种类别的援助?

在哪位的名下: 援助类别:

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

F. 您过去得过或本月期望得到什么类型的收入? _____ 类别 \$ _____ 金额 _____ 无

G. 您或任何您的家庭成员有工作吗? _____ 有 _____ 无

H. 您现在需要何种类别的援助? (选择所有您需要的)

- 现金援助
- 托儿服务
- 医疗援助
- 您有任何过去 3 个月未支付的账单吗? _____ 有 _____ 无
- 食品券

I. 您有任何这些问题吗?

- 切断水电 _____ 无供暖
- 迫迁或丧失房产赎回权 _____ 无食物
- 无处居住 _____ 无法负担托儿
- _____ 其他: 请具体说明 _____

J. 您或您家中的任何人是否得到马里兰州以外的其他州的福利? _____ 是 _____ 否

如果是: 何处 _____ 何时 _____

K. 有哪位申请马里兰州儿童健康计划有任何基于雇员的健康保险吗? _____ 有 _____ 无

L. 在过去的 6 个月中, 有哪位申请马里兰州儿童健康计划不再承保任何基于雇员的保险吗? _____ 有 _____ 无

您有权利立即提交补充营养援助计划 (SNAP) / 食品补助福利的申请表, 通过填写您的姓名, 地址及签署本申请援助表的正面。从我们收到这份表格的日期起, 您将得到福利。您可能会马上获得食品券, 如果您符合下列条件之一;

- 您家庭的每月房租或房屋贷款按揭及水电费不多于您的家庭收入和资源。
- 您家庭的每月总收入低于 150 美元, 以及您的资源 (如支票或储蓄账户) 不多于 100 美元。
- 您的家庭属于移动人口或季节性农场工人家庭。

如果您有资格立即获得食品券, 我们将在您签署本表格当日起的七 (7) 天内对您的申请采取行动。

美国农业部在雇佣或任何本部门进行或资助的项目或活动中禁止对其客户、员工, 以及就业申请人进行基于种族、肤色、原国籍、年龄、残疾、性别, 性别认同、宗教、报复, 以及 (如适用) 政治信仰、婚姻状况、家庭或父母状况、性别取向, 或全部或部分个人收入来自任何公共援助计划, 或受保护遗传信息的歧视。(并非所有禁止的基础将适用于所有的项目和/或雇佣活动。)

如果您想提交民权项目歧视的投诉, 请填写 [USDA 项目歧视投诉表](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 该表格可在网址 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 或任何一个 USDA 办公室找到, 或致电 (866)632-9992 要求一份表格。将您填好的投诉表或信件寄往 U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20250-9410, by fax (202)690-7442 或发送电子邮件至 program.intake@usda.gov。

耳聋、听力障碍或语言障碍的人士联系美国农业部, 请使用联邦中继服务 (800) 877-8339; 或 (800) 845-6136 (西班牙语)。

有关补充营养援助计划 (SNAP) 问题的任何其他信息, 请拨打美国农业部 SNAP 热线号码: (800) 221-5689 (此号码也有西班牙语) 或马里兰州信息号码 1-800-332-6347。

美国农业部是平等机会提供者和雇主。