

仅供官方使用

IM 工作者 _____ 日期 _____ 案件编号 _____

IM 主管 _____ 日期 _____ 相关案件编号 _____

TANF 状态: () NA () RA () RO () TR 登记日期 _____

第一部分

申请人: 请用笔认真准确地填写本表。如果您对任何回答不确定, 请将该处留白。如果您有任何疑问, 请咨询县级福利工作者。

请不要在阴影框中填写内容

1. 您想申请或重新申请哪项计划?

- () 贫困家庭临时救助计划 (TANF) () AFDC-仅限于医疗补助 () 一般援助
- () 新泽西 (NJ) 补充营养协助计划 (SNAP) () 难民重新安置计划
- () 紧急援助 () 亲属照护补贴计划

本人(我等)理解, 为符合 WFNJ 资格, 本人(我等)应不断积极努力地寻找就业机会, 以实现自给自足。
本人(我等)理解, 为符合 WFNJ 资格, 本人(我等)应在新泽西州一站式就业指导中心注册, 以获得工作。

2. 您是否愿意工作? [] 是 [] 否

3. 申请人姓名: _____
(姓) (名) (中间名) (婚前姓氏)

4. 居住地址: 您的实际居住地址:

_____ (州) (城市) (门牌号和街道或乡村免费邮递) (邮编)

您的邮寄地址 (若与您的上述居住地址不同)。

_____ (州) (城市) (邮箱地址、街道地址或乡村免费邮递) (邮编)

您的电话号码: 家庭 () _____ 工作 () _____ 手机 () _____

5. 新泽西居住状况 (NJ SNAP 不适用)

居住证明

您是否计划继续在新泽西州生活? [] 是 [] 否

若“否”请说明原因: _____。

6. 您可以授权您家庭以外的人士为您申请 NJ SNAP 或 GA, 获得 NJ SNAP 福利或 GA 福利, 或使用 NJ SNAP 福利为您购买食物。如果您有资格领取 NJ SNAP 福利, 您指定的人士将获得 FAMILIES FIRST EBT 卡, 他/她可以使用该卡为您购买食物。若您希望指定此等人士, 请填写以下信息:

授权代表姓名	出生日期	地址	SSN	电话 (可选) 号码

下文所示问题 7 和问题 8 仅供 NJ SNAP 申请人填写

7. 您提供您的姓名、地址、签名和签名日期即有权提交 NJ SNAP 申请。如果您被确认符合资格, 您的福利将于该日起进行支付。(如果您提交申请, 提供所有有关您状况的必要信息并被认定为符合条件, 您可在 NJ SNAP 办公室收到您的申请之日的 30 天内获得 NJ SNAP 福利。)

8. 如果您的收入和资源微薄, 您可能有权获得加急福利 (在 7 个日历日内获得)。您对以下问题的回答将决定您是否有资格获得本项服务:

- (a) 您的家庭月收入总额是否低于 150.00 美元并且您的家庭总流动资源 (如现金或支票/储蓄账户) 是否为 100.00 美元或以下? [] 是 [] 否
- (b) 您的家庭月租金或房屋抵押贷款与公共事业费之和是否高于您的家庭月收入总额与总流动资源之和? [] 是 [] 否
- (c) 您的家庭是否为收入微薄或无收入的移民或季节性务农家庭? [] 是 [] 否

仅供官方使用

绝对资格:

是否所有家庭成员均接受公共援助 (WFNJ) 或社会安全生活补助金 SSI? [] 是 [] 否

9. _____ (发起申请人士的签名) (签名日期)

姓名	社会保障号码	出生日期 —— 出生地	与申请人的关系	性别 (女) 或 (男)	种族/民族	外籍人士及 BCIS 身份	婚姻状况	年级及学校	
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP
名 中间名首字母									MA
仅供官方使用									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP
名 中间名首字母									MA
仅供官方使用									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP
名 中间名首字母									MA
仅供官方使用									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP
名 中间名首字母									MA
仅供官方使用									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP
名 中间名首字母									MA
仅供官方使用									

11. 请列出您家庭里外国人/非美国公民的姓名

姓名	入境日期/原籍国	登记号码	提案人姓名/重新安置机构	提案人/重新安置机构地址	公民身份申请日期	提案人收入

12. 请列出上文未列出的家庭中的其他人士 (包括房客/寄宿者)

姓名	与申请人的关系

12a. 请列出紧急联系人 (仅针对 GA 案件) _____。

电话号码 _____ 地址 _____。

13. 孕妇姓名 _____ 预产期 _____

医生姓名 _____ 医生地址 _____

14. 您家中最常用的语言是什么? _____。

15. 您或任何申请家庭成员是否正在接受或自 1997 年 4 月已接受新泽西州或任何其他州和区域的 TANF 或在新泽西州的一般援助 (GA)?			[]是 []否
援助接受者	援助类型	时间	援助提供者

16. 您或您的任何家庭成员是否为在逃重罪犯或违反联邦或州法院规定的假释或缓刑条件?		[]是 []否
在逃者或违规者	逃亡原因	

您或您的任何家庭成员是否曾被判定为以欺诈手段同时在两处或多处获得财产审查性收益?			[]是 []否
被判欺诈罪者	欺诈发生地点	时间	福利类型

18. 自 1996 年 8 月 22 日起, 您或您的申请家庭成员是否曾触犯并被定罪为拥有、使用或分发管制药物, 且该行为是可起诉罪行? 仅适用于一般援助			[]是 []否
触犯者	触犯类型	触犯发生地点	

19. 如果您曾因拥有或使用管制药物而被判定可起诉罪行, 您是否已报名参加或已完成卫生及老年人服务部许可或批准的住院戒毒治疗计划?		[]是 []否
接受治疗者	治疗单位	治疗日期

19. a. 若您尚未报名参加或完成卫生及老年人服务部许可或批准的住院戒毒治疗计划, 其原因是什么?

 _____.

20. 家中是否有人曾主动辞职?
 WFNJ 为过去 90 天内 []是 []否若是, 是谁? _____.
 NJ SNAP 为过去 60 天内 []是 []否若答案为“是”, 是谁? _____.
 若答案为“是”, 是什么原因? _____.

21. 您是否有家庭成员在罢工? []是 []否 若答案为“是”, 是谁? _____.

22. 最后受雇日期是哪天? _____.

22a. 自您上次就业以来从事什么工作? _____
 _____.

23. 仅限 WFNJ 目的, 请列出每位申请援助的人士在过去 3 年内的所有就业情况, 从最新就业情况开始。

姓名	雇主姓名	雇主地址	开始日期	结束日期

24. 申请家庭的任何成员是否预计在不久的将来要发生的情况变化, 如收入的变化、家庭规模、住所的变更、住所的费用或汽车的购买和出售?
 是 否 若答案为“是”, 是什么变化: _____

25. 劳动收入: 您或与您生活的任何人士是否通过体力劳动、保姆服务、自己的生意、零工、卖东西或其他劳动收入获得金钱? 是 否
 若答案为“是”, 请提供各人士的以下信息:

姓名			
每周工作小时数			
付薪频率			
工作单位名称和地址或“个人”名称和地址 (若自雇)			
薪酬 (扣除各项已付开支前) 总金额及日期	日期	金额	日期 金额

26. 儿童/成人照护: 您的福利或 NJ SNAP 家庭中的任何人是否曾因工作、就学或找工作而支付儿童照护或成人照护? 是 否 若答案为“是”, 谁曾接受照护? (在下面列出)

儿童/成人姓名	照护提供者 (个人)	每周天数	计时工资率	总天数	实际支付金额/支付者

核查情况

27.子女抚养费: 您是否依法有义务支付或承担您家庭以外的子女子女抚养费?

是 否 若“是”, 请填写以下信息: (包括拖欠的子女抚养费, 只要您依法有义务向该等人士支付款项。)

支付对象	地址	儿童年龄	支付/提供的 每月金额	法庭命令编号

28.健康保险: 谁已投保健康保险? 若没有, 请勾选 () 此处。

姓, 名	保险公司	保单号	投保人

29.缺席配偶是否具有涵盖您的医疗或健康保险? 是 否 若答案为“是”, 保险类型是什么?

30.任何缺席父/母是否为您正在为其申请的任何儿童投医疗或健康保险?

是 否 若“是”, 保险类别和投保对象? _____

31.您或您的家庭成员是否曾申请其他医疗补助计划? 若“是”, 哪项计划?

_____. 申请日期为 _____.

32.您或您的福利或 NJ SNAP 家庭中包含的任何人 (包括继父母) 是否

领取或曾申请以下任一选项: 是 ___ 否 ___ 若是, 请勾选所有适用项。

失业保险	来自物业租金的收入	工伤赔偿
退伍军人福利	来自房客和/或寄宿者的收入	工会/养老金福利
社会保障/铁路退休金	来自亲属、朋友、寄宿或工会的收入	子女抚养费
社会安全生活补助金 (SSI)	所得税退税或劳动所得税收抵免	军队养家费
残疾津贴	寄养津贴	一般援助
收养补贴	信托基金	培训津贴
股票、债券、银行账户等的利息/分红	一次性款项 (来自追溯性福利、诉讼所得等)	学生贷款、助学金、奖学金或补助金
年金福利 (包括人寿保险分红)	一次性收入、奖金或礼金	工作补助津贴
青年及家庭服务部的亲属照护永久 抚养费	青年及家庭服务部的法律监护补贴 计划	其他收入, 如离婚赡养费 (请说明):

对以上勾选项目提供以下信息:

姓, 名	收入来源	获得日期	总金额

核查情况

33.资源: (适用于不符合扩充后绝对资格的 NJ SNAP 家庭) 您与您生活的任何人士是否持有现金、支票或储蓄账户、股票、债券、定期存款、个人退休账户/基奥自雇人士退休账户、共同基金、信托基金、美国储蓄债券、圣诞节/假期或其他俱乐部储蓄账户、信用联盟会员、保险箱内的金钱或贵重物品、票据或有价值的合同、抵押所有权或其他资源? 是 否

资源拥有者	资源类型?	资源所处位置?	资源价值?

核查情况

34.列出申请人家庭成员所拥有的所有运输工具。包括所有类型的交通工具, 如轿车、厢式货车、货柜车、皮卡卡车、拖车、房车、摩托车、船等等, 若无, 请勾选 () 此处。

所有者姓名	型号/款式	年份/品牌	使用状况	凯里蓝皮书价值

35.您与您生活的任何人士是否拥有您所居住房屋以外的任何土地或房地产? 是 否

若答案为“是”, 请详细说明: _____
_____.

36.是否曾有人交易、赠予、转让或出售不动产或个人财产(包括股票): TANF 和 GA 为过去 12 个月内?					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
NJ SNAP 为过去 3 个月内?					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
进行出售、赠予等项目?	实施人?	对象?	赠予或出售日期?	总市值	收受金额

37.您或您的现金援助家庭中包含的任何人士是否有任何未决索赔, 如诉讼、离婚协议、遗产、和解、事故索赔、财产出售和其他索赔, 或是否有任何人欠您或该等人士金钱? 是 否

若答案为“是”, 请详细说明: _____
_____.

完成 WFNJ-10D 日期为 _____。(不适用于仅申请 NJ SNAP 案件)

38.申请家庭中是否有人拥有: (不适用于 NJ SNAP)

(a) 珠宝、钱币/邮票收藏品、皮草等贵重个人财产的部分或全部所有权

是 否 若“是”, 请详细说明 _____.

(b) 墓地或安葬安排 ? 是 否 若“是”, 价值为 _____.

住房信息：由申请参加 NJ SNAP 计划和/或 GA 的家庭填写。

39. 是否有家庭以外的任何人士支付或协助支付任何家庭开支？ 是 否

若“是”，填写以下表格：

住房费用类型	支付对象	支付者	支付金额	支付频率

40. 住房费用（列出以下家庭开支：）

			仅供官方使用	
住房费用	支付金额	支付频率	每月费用	若使用 HCSUA
房租/房贷	\$		\$	
房产税	\$		\$	
房屋保险	\$		\$	
住房费用小计			\$	
电费	\$		\$	HCSUA
燃气费	\$		\$	
油费	\$		\$	
水费	\$		\$	
污水处理费	\$		\$	
垃圾处理费	\$		\$	
公共事业设备安装费	\$		\$	
其他费用（煤、木柴、煤油）	\$		\$	
公共事业费用小计			\$ 或	
41A. 您是否为使您的房子供暖或制冷而支付公共事业费（不包括在房租内）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			\$ 或	
41B. 如果您的家庭除水费、污水处理费和垃圾处理费以外还需负责支付公共事业费，则您的家庭可能有资格选择收取 标准津贴 或 供暖津贴 。			每月住房总额 所选日期选项	

42. **超额医疗费用**

您的家庭是否有 60 岁或以上的老年人及/或经认证可领取联邦社会安全生活补助金 (SSI)、社会保障残疾补助或退伍军人补助的人士？ 是 否 若答案为“是”，请填写以下表格。若答案为“否”，请跳至第 12 页。医疗费用包含已出账单金额，即使您实际尚未支付该医疗账单。

			仅供官方使用	
除定期发生的医疗费用以外，列出您可能需要的其他医疗服务。	支付金额	支付频率	每月总额	核查 SSI 的领取 联邦份额 第 6 页所列 SSA 和 SSI
医疗及牙科服务	\$		\$	
住院治疗或护理	\$		\$	
遵医嘱开的药	\$		\$	
假牙、助听器和眼镜	\$		\$	
获得医疗护理的运输费用	\$		\$	
随员或护士的服务	\$		\$	
其他（请详细说明）	\$		\$	
42A. 列出有该等费用的家庭成员姓名：			\$	
			总计	

42B. 您在上面所列出的医疗费用是否由您家庭以外的其他来源，如医疗保险、医疗补助、年老或残障援助 (PAAD) 或其他个人，支付、部分支付或报销？

是 否 若答案为“是”，他们支付了哪项费用？他们支付的金额是多少？

仅供官方使用

新泽西州工作第一计划和/或 NJ SNAP 工作登记

姓名（16 岁以上的所有人士）	WFNJ 豁免代码	强制性 WFNJ 日期	自愿性 WFNJ 日期	转介日期	NJSNAP 工作豁免代码	登记日期

43.具有法律责任的亲属。（仅适用于医疗补助计划。）

如果其不在家里，提供您配偶的姓名。提供所有未要求援助的 55 岁以下子女的姓名。如果您未满 18 岁，请列出您的父母。

姓名	地址	关系	年龄

44.家庭能源援助

您对以下问题的回答将被用于确定您是否有资格获得家庭能源援助 (HEA) 以及其福利金额。使用以下列表，指明哪项最符合对您的供暖/生活安排的陈述。

- 我的供暖是由他人支付。(A) **HEA 代码:** _____
- 我的供暖是由公共房屋管理机构提供，或我已领取房租补贴，而我的供暖费包含在房租内。(C)
- 我仅支付辅助供暖来源（如柴炉、煤油取暖器、电暖器等）。(E)
- 我与他人共同承担供暖费用。(F)
- 我的供暖费被包含在房租内，且房租没有补贴。(G)
- 我向房东单独支付供暖费。(W)

我直接向燃料供应商支付我房子或公寓的主要供暖来源。我的供暖来源是：

- 燃料油 (J)
- 煤油 (M)
- 木柴 (R)
- 电 (K)
- 天然气 (N)
- 罐装液化气 (L)
- 煤 (P)
- 我不想领取 HEA 福利。(T)

须知

若有任何不正确信息，则您可能被拒绝食品券福利并/或因故意提供虚假信息而遭到刑事检控。

为了遵守《联邦法规》第 45 篇第 206.10(a)(iii) 条和第 7 篇第 273.2(b) 条的规定，我们特此通知您，美国公民及移民服务局 (BCIS)、州和地方子女抚养机构、社会保障工资和福利文件，以及州工资和失业文件的收入和资格信息将使用您的社会保障号码获得并在确定您的持续资格时使用。为此，我们可能需要联系您的雇主、银行或其他方。

下文提供的处罚适用于以下各人：

任何故意违反任何申请表上所列规则的 NJ SNAP 受助人；或

任何无权但故意通过以下手段申请或享有 NJ SNAP 福利的人士：

作出虚假或误导性声明。

掩盖或隐瞒事实。

- 做出任何构成违反《食品券法案》、NJ SNAP 计划条例或任何与使用、出示、转让、获得、领取或拥有 NJ SNAP 福利或存取设备（例如，FAMILIES FIRST EBT 卡）相关的州法律的行为。

处罚

对故意违反 SNAP 规则的处罚包括取消以下期限内参加 SNAP 的资格：

- 初犯为 12 个月；
- 对于第二次违反，或用 SNAP 福利换取管制药物的第一次法院定罪为 24 个月；
- 对于说谎或虚报个人身份或居住信息以同时获得多项 SNAP 福利为 10 年；
- 对于第三次违反，或用 SNAP 福利换取管制药物的第二次法院定罪，或出售/交换 500 美元或以上的 SNAP 福利的法院定罪，或用 SNAP 福利换取枪械、弹药或炸药，则永久取消资格。

*任何被判犯有重罪或轻罪的人，均可能被法庭加判 18 个月的暂停期（接着上述期限执行）。

违反者可能被处以最高 25 万美元的罚款，最多 20 年的监禁，或两者同时执行，并可能依据其他适用的联邦法律遭到起诉。

此外，其他家庭成员必须偿还该家庭无权获得但已经领取的任何 NJ SNAP 福利。

《公法》第 103-66 条和第 104-193 条确立对在联邦、州或地方法庭被判犯有以下罪行的个人的处罚：

- 1) 用 NJSNAP 福利换取枪械、弹药、炸药或管制药物；或
- 2) 在知道 NJ SNAP 福利是通过欺诈手段获得或转让的情况下，通过使用 FAMILIES FIRST EBT 卡使用、转让、获得或拥有 NJ SNAP 福利，或将 NJ SNAP 福利用于付款，且该福利价值为 500 美元或更高。

处罚警告

切勿提供虚假信息或隐瞒信息，以申请、领取或继续领取 NJ SNAP 福利。

切勿向无权为您的家庭使用 NJ SNAP 福利的任何人提供或出售 NS SNAP 福利或通过使用“家庭第一”电子福利转账卡的使用权。

切勿使用 NJ SNAP 福利购买不合规物品，如酒精饮料和烟草，或支付购买的食物。

切勿使用您的家庭无权领取的任何 NJ SNAP 福利。

切勿通过欺骗或参与任何不诚实行为获得您的家庭无权领取的 NJ SNAP 福利。

切勿为了申请和领取食品券福利并领取 NJ SNAP 福利。

本人理解本申请表中的问题。就本人所知所信，本人的回答正确、完整。本人理解，本人必须接受面谈，并且我必须与 NJ SNAP 机构合作。本人理解本处罚警告。本人理解，本人可能需要提供文件证明本人所述内容。本人同意以下内容。如果不能提供相关文件，本人同意提供 NJ SNAP 机构可以联系的人士姓名或机构名称，以获得必要证明。本人理解，如果本人尚未申报任何劳动收入，那么本人必须申报超过 50 美元非劳动收入的任何变化，或本人收到第一份薪水的 10 天内申报劳动所得。本人理解，若本人没有任何劳动收入，则本人必须报告家庭组成（包括学生身份）的所有变化、住所变化和由此产生的栖所费用变化、本人支付或提供子女抚养费的合法义务的变化、本人支付子女口养口的□□少于 3 个月且□化超□ 50.00 美元□的子女抚养费金额变化、交通工具购买或本人家庭的资源（储蓄和支票账户、留存现金、股票或一次性付款、交通工具出售或交易产生的任何现金）增加额。本人理解，如果本人已申报劳动收入，或本人在六个月的报告期内，本人仅需在本人总收入超过联邦贫困线的 130% 时申报该收入变化。本人的工作人员将告知本人该贫困线。本人还理解，本人可要求对本人的 NJ SNAP 福利申请决定举行公平听证会。如本人需要有关 NJ SNAP 福利的更多信息，则本人可以联系县级 NJ SNAP 办公室。

本人理解，如果本人不同意为本人的案件所采取的任何行动，本人或本人代表可以口头或书面形式要求举行公平听证会。案件可由本人指定的任何人士在听证会上提出。

NJ SNAP 强制性就业及培训参与者

除非特别豁免，特定 NJ SNAP 家庭成员须注册参加就业和培训活动。未能遵守工作要求的强制注册者将受到以下处罚：

- 1) 第一次违规会获得最低 1 个月取消资格的处罚；
- 2) 第二次违规会获得最低 3 个月取消资格的处罚；
- 3) 第三次及随后的违规会获得最低 6 个月取消资格的处罚。

美国公民/外籍人士身份

（适用于 WFNJ、医疗补助和 NJ SNAP 计划）

对于各非美国公民人士，您将需要向县级福利机构办公室出示美国公民与移民服务局 (BCIS) 出具的证明文件或州政府机构确定的可证明您的移民身份的其他文件。外籍身份可能受到美国公民与移民服务局审查，要求将本申请表中的特定信息提交给美国公民与移民服务局。来自美国公民与移民服务局的信息可能会影响您家庭的资格和福利水平。您必须证明各家庭成员为美国公民或以合法的移民身份居住在美国。

**签署前, 请阅读一下声明。如果您不理解
或有任何疑问, 请询问。**

- ❖ 本人(我等)同意, 就本人(我等)所知, 本人(我等)所作陈述是真实、完整。本人(我等)了解, 对本人(我等)的情况作虚假陈述、未能提供必要信息或造成他人隐瞒信息是违法行为, 本人(我等)可能因此受到起诉。
- ❖ 本人(我等)理解, 本人(我等)所提供的任何信息均须经县级福利机构和/或家庭发展部门和/或医疗救助及卫生服务部门核查。
- ❖ 本人(我等)特此授权本县福利机构、家庭发展部门和/或医疗救助及卫生服务部门以核实本人(我等)所作陈述为唯一目的而联系任何可能了解本人(我等)情况的个人或其他来源(包括国税局、本州及当地子女扶养机构、社会保障工资和福利文件、本州工资及失业文件、信用报告服务以及雇主、银行或其它机构)。本人(我等)理解, 所获得的任何收入和资格信息将用于确定本人(我等)是否仍有资格。
- ❖ 本人(我等)理解, 依据《工作第一新泽西州法案》、公法 1997 c.13、c.14、c.37 及 c.38, 公共援助申请将包含所有要求列入预算单位的未来成员, 无论是通过出生、收养或自初始申请日期后开始与预算单位共同生活。
- ❖ 本人(我等)了解, 本人(我等)提供的任何信息将用于本人(我等)对公共援助(包括医疗补助)、NJ SNAP 福利、家庭能源援助福利、普及服务基金福利和本人可能有资格获得的其他福利的申请。
- ❖ 本人(我等)理解, 如果本申请被接受为 WFNJ 类, 本人(我等)及本人(我等)所有家庭成员均成为新泽西州一站式就业指导中心的成员, 并可能被要求参加教育、培训、职业评估和就业安置活动。
- ❖ 本人(我等)理解, 家庭能源援助金仅在联邦经费允许的情况下下发。
- ❖ 本人(我等)理解, 所有所付家庭能源援助金均将用于购买供暖/制冷能源。
- ❖ 本人(我等)已获得并给出解释本人权利及责任的相关信息(如需要)。(参见 WFNJ 手册。)
- ❖ 本人(我等)同意让本县福利机构立即得知生活状况、家庭情况或从任何来源收到的金钱(须遵循六个月报告要求的劳动收入除外)的任何变化(如适用)。(参见 WFNJ 手册。)
- ❖ 本人(我等)理解, 如果本人(我等)对本县福利机构所采取的任何行动不满, 本人(我等)或本人(我等)的代表可以口头或书面形式要求举行公平的听证会。本人(我等)的案件可由本人指定的任何人士在听证会上提出。
- ❖ 本人(我等)理解, 仅以 WFNJ 及医疗补助之目的签署本申请表时, 本人(我等)已将任何其他人士资助本人或本人(我等)正在为其申请或接受援助的任何其他家庭成员的任何权利(包括任何已累计的欠款)指派给本县福利机构。
- ❖ 本人(我等)理解, 作为符合医疗援助资格的条件, 本人(我等)被视为已将任何由法院或行政命令确定的以医疗服务为目的的资助权利以及接受任何第三方支付医疗费用的任何权利指派给该专员。

* 根据联邦法律以及美国农业部 (USDA) 和美国卫生及公共服务部 (HHS) 的政策, 本机构被禁止因种族、肤色、国籍、性别、年龄或残障产生歧视。根据《美国食品券法》和美国农业部政策, 基于性别认同、宗教、报复、婚姻状况、家庭或父母状况、性取向、公共援助收入的领取、遗传信息或政治信仰的歧视也被禁止。可通过访问网址 www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html 在线获得或从任何美国农业部 办公室或通过拨打电话 (866) 632-9992 索取歧视投诉表。耳聋、有听力障碍或有语言障碍的人士可通过拨打联邦中继服务 (Federal Relay Service) 电话 (800) 877-8339 或 (800) 845-6136 (西班牙语) 与美国农业部取得联系。您也可以写信, 内容需包含歧视投诉表所要求的所有信息。完成的投诉表或信件可以书面形式提交至:

美国卫生及公共服务部 (HHS)
 民权办公室主任, 地址: Room 515-F
 200 Independence Avenue, S.W.
 地址: Washington, D.C. 20201
 语音 (202) 619-0403 / 电传 (800) 537-7697

或

美国农业部
 裁定办公室主任
 1400 Independence Ave.SW 或
 Washington, D.C. 20250- 9410
 传真 (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

新泽西公共服务部
 家庭发展分部
 主任办公室
 地址: P.O.Box 716
 Trenton, New Jersey 08625

**签字前
请完成
此项**

本人(我等)已经阅读本表格第 10 页关于 NJ SNAP 处罚警告和公民/外籍人士身份的须知。
 () 是 () 否

- ❖ 本人(我等)证明, 本人(我等)已阅读并同意该等声明, 并且充分认识到该福利机构有赖于本人(我等)陈述的真实性和准确性。
- ❖ 本人(我等)在下方签署本人(我等)的姓名, 即表明本人(我等)以及本人(我等)正在为其申请 NJ SNAP 福利的所有家庭成员均为美国公民或具有合法移民身份的外籍人士, 否则将因作伪证而受到惩罚。
- ❖ 本人(我等)证明, 尽本人(我等)所知, 本人(我等)就 NJ SNAP 计划和/或 WFNJ 计划的申请的回答均是正确和完整的, 否则将因作伪证而受到惩罚。
- ❖ 本人(我等)已获得机构代表对 WFNJ 工作要求的介绍(如适用)。

在本人面前宣誓和签名

申请人签名 日期

2 年 ____ 月 ____ 日

共同申请人签名 日期

(机构代表)

**NJ SNAP 收入扣款项目豁免
须知**

如果您未申报或确定您或您的家庭成员所支付的任何下列费用, 我们将以此举视为您不希望就该等未申报费用获得收入扣款项目。

- 受供养家属照护费用, 若您正在为子女或其他受供养的家庭成员的照护支付费用, 以便家庭成员可以工作、找工作或参加培训或教育课程, 从而为就业做准备;
- 未报销医疗或牙科费用, 包括处方药物、健康或住院医疗保险、眼镜或随员看护;
- 家庭成员依法有义务支付的子女抚养费, 包括支付欠款, 或
- 住房费用, 如租金、公共事业费(包括安装费)、房产税、房屋保险及房屋修理费

即使您在申请 NJ SNAP 时并未告知我们(或审核)您正在产生其中一类费用, 您仍可能在告知我们(或审核)您正在支付其中一类费用的情况下获得收入扣减。该等扣减对您未告知我们您当时在支付该等费用的月份无追溯效力。

户主签名

日期
