

公共援助申请表及宣誓担保书

OFFICE USE ONLY

IM Worker _____ Date _____ Case Number _____

IM Supervisor _____ Date _____ Related Case Number(s) _____

TANF Status: () NA () RA () RO () TR Date Registered _____

第一节
申请人: 请用钢笔认真, 准确地填写此表格。如果你不知道答案, 请保留空白。如果有任何疑问, 请向县政府福利工作者询问。

有阴影处请勿填写

1. 你想申请或重新申请哪个或哪些方案?
 () 有需要家庭暂时协助 (TANF) () 援助受抚养儿童家庭之医疗补助 () 一般补助
 () 新泽西州补充营养援助计划 () 难民安置方案
 () 紧急援助 () 亲属照料补贴方案
 我(们)明白, 工作第一新泽西资格的一个条件, 就是我(我们)将被要求不断积极寻找工作, 努力争取自给自足。
 我(们)明白, 工作第一新泽西资格的一个条件, 就是我(我们)将被要求与新泽西州的一站式就业中心为登记。

2. 你是否愿意工作? [] 是 [] 否

3. 申请人姓名: _____
 (姓) (名) (若是已婚女性: 娘家姓氏)

4. 居家地址: 你实际上住的地方:

 (门牌号数及街道或 RFD) (城市) (州) (邮政编号)

如与以上居家地址相异, 请写下邮寄地址:

_____ (邮政信箱号码, 门牌号数及街道或 RFD) 城市 (州) (邮政编号)

你的手机号码: 家 () _____ 工作 () _____ 手机 () _____

5. 新泽西州居住 (不适用于新泽西州补充营养援助计划)

RESIDENCE VERIFICATION

你是否打算继续住在新泽西州? [] 是 [] 否

若答否, 请加以解释 _____

6. 您可以授权一个你的家庭以外的人为你或申请新泽西州补充营养援助计划或一般援助, 或为你获得新泽西州补充营养援助计划福利或一般援助福利, 或代你使用新泽西州补充营养援助计划福利帮你购买食物。如果你有资格获得新泽西州补充营养援助计划福利, 您可指定一个代表来使用这张“家庭第一 EBT 卡”以购买你的食物。如果您要指定这样的一个人, 请填写下面的信息:

授权代表的姓名 出生日期 地址 社安号码 电话号码
 (非必须的)

--	--	--	--	--

以下第七、第八两个问题 - 专门为了新泽西州补充营养援助计划申请人而设:

7. 通过提供你的姓名, 地址, 签名和日期, 你有立即申请食品券的权利。如果你有资格, 你的利益将会从申请之日起支付。如果你提出申请, 并提供有关你的情况的所有必要信息, 并符合资格, 您将在食品券办公室收到您的申请之后的 30 天内获得批准, 除非你有资格获得更快速的处理。

8. 如果你只有很少的收入和资源, 你可能有资格获得快速收益 (7 天之内收到)。

你对以下问题的答案将确定您是否有资格获得这项服务:

(a) 您家庭的每月总收入总额是否低于 150.00 美元? 您家庭的总流动资源 (如现金或支票/储蓄账户) 是否低于 100.00 美元?

[] 是 [] 否

(b) 您家庭的每月房租或抵押贷款加上水电费是否超过你家庭的每月总收入总额加总流动资源?

[] 是 [] 否

(c) 您的家庭是否流动性或季节性在农场工作的家庭, 很少或根本没有收入? [] 是 [] 否

OFFICE USE ONLY

CATEGORICAL ELIGIBILITY:

Does everyone in the household receive Public Assistance (WFNJ) or SSI? [] YES [] NO

9. _____

(发起申请人签名)

(签署日期)

姓名	社安号码	出生日期 出生地点	与申请人关系	性别 (女) (男)	种族和民族	合法居留 移民身份	婚姻状况	小学及学校	
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP MA
名字.									
For Office Use Only									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP MA
名字.									
For Office Use Only									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP MA
名字.									
For Office Use Only									
其他申请人									PA
姓									NJ SNAP MA
名字.									
For Office Use Only									

11. 请列出你家中的外籍人士/非公民姓名

姓名	入境日期/ 来自何国	登记号码	赞助人姓名/ 安置难民之机构	赞助人/ 安置难民之机构地址	申请公民日期	赞助人收入

12. 请列出家里别的没在上面列出的人 (包括寄宿者及搭伙之人)

姓名	与申请人关系

12a. 列出以下紧急通知资讯 (只有申请一般援助的个案必须填写) _____.

电话号码 _____ 地址 _____.

13. 孕妇姓名 _____ 预产期 _____

医生姓名 _____ 医生地址 _____

14. 家中最常说什么语言? _____.

15. 你或申请人家庭的任何成员是否正在收受或已经收到在新泽西州、他州、或他区的有需家庭暂援方案福利，或自 1997 年 4 月以来，收到过新泽西州一般补助?			[] 是 [] 否
受益人姓名	援助类别	何时	予援机构

16. 您或您的家庭成员是否是一个逃亡中的重罪犯或是违反了任何联邦或州法院所定假释或缓刑的条件或规定?		[] 是 [] 否
逃亡人或违规人	为何逃亡	

17. 你或你的家庭成员是否曾被判定犯有欺诈性在两个或更多地方同时接收必经入息审查方可接收的福利?			[] 是 [] 否
被判欺诈罪者姓名	何处犯的欺诈罪	何时	非法所得福利

18. 自 1996 年 8 月 22 日起，您或您的申请家庭成员是否曾触犯了及被定了拥有、使用或分发受控物质之罪，此乃为可公诉之罪行? 只适用于一般援助		[] 是 [] 否
触法者姓名	罪行类别	罪行发生地点

19. 如果你因拥有或使用被控物质被定可公诉罪，你是否曾参加或已完成卫生和老年人服务部门所许可或批准的住院戒毒治疗方案?		[] 是 [] 否
接受治疗者姓名	治疗设施	治疗日期

19. a. 如果你还没有参加或完成卫生和老年人服务部门所许可或批准的住院戒毒治疗方案，是什么原因?

 _____.

20. 家中是否有人曾自动退出工作?

最近 90 天之内 (适用于工作第一新泽西) [] 是 [] 否 若答是, 谁? _____.
 最近 60 天之内 (适用于新泽西州补充营养援助计划) [] 是 [] 否 若答是, 谁? _____.
 若答是, 为什么? _____.

21. 你家是否有人在罢工? [] 是 [] 否 若答是, 谁? _____.

22. 什么是就业的最后日期? _____.

22a. 自上次就业之后, 你做了什么? _____
 _____.

23. 专供工作第一新泽西参考，列出每个援助申请人在最近3年中所做过的工作，从最近的一次开始。

姓名	雇主姓名	雇主地址	开始日期	结束日期

24. 请问申请人家庭成员是否在不久的将来预计情况的变化，如出现收入，家庭大小，搬家，住所的费用，或汽车的购买或出售之各种变动？

是 否 若答是，什么变动：_____

25. 劳动收入：你或与你一起生活的人是否持有拿钱的工作，如照看孩子，自己的生意，打零工，销售或其他劳动收入？

是 否 若答是，为每个人提供以下信息：：

姓 名字			
每周几小时			
付薪的频率			
雇主姓名地址： 若为自雇，请填“自己”			
毛工资(即任何扣除之前之数目)和日期	日期	数目	日期

26. 孩童/成人照顾：是否有您生活福利或新泽西州补充营养援助计划福利的家庭成员曾因为工作，上学或找工作支付幼儿照顾或成人护理费用？

是 否 若答是，是谁予以照顾的？(列于下)

孩童/成人姓名	看护者姓名	一周几天	时薪	天数	所付实数/付钱人

VERIFICATIONS

27. **子女抚养:** 您是否有法律上的责任在您的家庭之外支付或提供子女抚养费给一个孩子?

是 否 若答是, 填写以下信息: (包括支付子女抚养费欠款, 只要您在法律上有义务向他们支付。)

给谁	地址	孩子年龄	每月需付数目	法院命令号码

28. **健康保险:** 谁有健保? 若没有人有, 在这里 () 打勾。

姓名	保险公司	保单号码	保单拥有人

29. 是否有一个不在场的配偶有医疗或医疗保险而包括了保您的吗? 是 否 若答是, 什么保险? _____

30. 是否有不在场的一方有医疗或医疗保险包括了保您所申请的孩子?

是 否 若答是, 什么保险, 保谁? _____

31. 您和您家人是否曾申请医疗补助? 是 否 若答是, 哪个方案? _____ 申请日期 _____

32. **别的收入:** 您或包括在您的福利或新泽西州补充营养援助计划家庭的任何人 (包括继父母) 是否正接受或申请过下列任何一项:

是 否 若答是, 所有相关的都打勾。

<input type="checkbox"/>	失业保险	<input type="checkbox"/>	物业租金收入	<input type="checkbox"/>	工人赔偿
<input type="checkbox"/>	退伍军人福利	<input type="checkbox"/>	寄宿及搭伙之收入	<input type="checkbox"/>	工会/养老金福利
<input type="checkbox"/>	社安/铁路局退休金	<input type="checkbox"/>	来自亲戚, 朋友, 互助会或工会之收入	<input type="checkbox"/>	子女抚养
<input type="checkbox"/>	补充保障收入(补充保障收入)	<input type="checkbox"/>	所得税退税或劳动收入信用	<input type="checkbox"/>	军人指定用途配给支票
<input type="checkbox"/>	残疾津贴	<input type="checkbox"/>	寄养津贴	<input type="checkbox"/>	一般援助
<input type="checkbox"/>	收养补贴	<input type="checkbox"/>	信托基金	<input type="checkbox"/>	培训津贴
<input type="checkbox"/>	股票, 债券, 银行帐户的利息/分红等等	<input type="checkbox"/>	整笔付款(来自追溯性效益, 告来的钱, 等等)	<input type="checkbox"/>	学生贷款, 补助金, 奖学金, 或津贴
<input type="checkbox"/>	年金福利(包括人寿保险分红)	<input type="checkbox"/>	整笔收入, 赢的钱, 或礼金	<input type="checkbox"/>	工作家庭补助津贴
<input type="checkbox"/>	家庭及青少年服务分部之亲戚养育永久赡养支援	<input type="checkbox"/>	家庭及青少年服务分部法律监护补贴计划	<input type="checkbox"/>	别的收入, 如赡养费 (详细注明):

请为以上选的项目提供以下信息:

姓, 名字	收入来源	接到日期	总数

VERIFICATIONS

33. 资源: (特为不符合扩充之后的范畴资格之新泽西州补充营养援助计划家庭所设) 您或任何与您生活的人是否拥有现金, 支票或储蓄账户, 股票, 债券, 定期存款证, 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/假期或其他储蓄账户的俱乐部, 信用联盟会员, 金钱或在保险箱内之贵重物品, 票据或有价值的合同, 抵押所有权或其他资源? 是 否

资源所有人	什么资源?	资源所在何处?	资源的价值为何?

VERIFICATIONS

34. 列出申请人家庭成员拥有的所有车辆。包括所有类型的交通工具, 例如汽车, 货车, 拖拉机拖车, 小卡车, 拖车, 房车, 摩托车, 船舶等。若完全没有, 在这 () 打勾。

物主姓名	型/样式	出厂年/品牌	用处	凯里蓝皮书价值

35. 您或任何与您同住的人是否在您住的房子之外拥有任何其他土地或房地产? 是 否 若答是, 请详细解释:

36. 是否有人交易, 放弃, 转让或出售不动产或个人财产 (包括股票):						
在过去的 12 个月内? (适用于有需家庭临时援助和一般援助)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
在过去的 3 个月内? (适用于新泽西州补充营养援助计划)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
交易, 放弃, 转让或出售了何物?	谁做的?	给了谁?	出售或转让日期?	总市值	收受数目	

37. 您或任何您申请家庭的成员, 是否有任何悬而未决的索赔, 如诉讼、离婚、法律和解、继承、事故索赔、物业销售、其他债权、或是否有人欠您或他们的钱?
 是 否 若答是, 请详细解释: _____

工作第一新泽西-10D 完成日期 _____ (对新泽西州补充营养援助计划个案不适用)

38. 是否申请家庭中有人: (对新泽西州补充营养援助计划个案不适用)

(a) 拥有部分或全部有价值的个人财产, 如珠宝, 钱币/邮票收藏品, 皮草等? 是 否 若答是, 请详细解释

(b) 一块墓地或预先安排了安葬事项并预付了开支? 是 否 若答是, 价值 _____

新泽西州补充营养援助计划 及一般援助

居所资讯: 若申请参加新泽西州补充营养援助计划或一般援助请填写.

39. 是否有家庭以外的任何人支付或协助支付任何家庭开支? [] 是 [] 否 若答, 填写以下:

居所支出之种类	付给谁	是谁付的	支付总数	支付频率

40. 居所费用 (列以下之居家开支):

			FOR OFFICE USE ONLY
居所开支	付出数目	支付频率	MONTHLY COST
租金/ 房贷	\$		\$
房产税	\$		\$
房屋保险	\$		\$
居屋小计			\$
电	\$		\$
瓦斯	\$		\$
石油	\$		\$
水	\$		\$
废水处理	\$		\$
垃圾处置	\$		\$
装置水电费用	\$		\$
其他 (煤, 木柴, 煤油)	\$		\$
水电用费小计			\$
			or
41A. 在租金以外的水电费, 包括用来加热或冷却房子的燃料, 是否由您来付? [] 是 [] 否			\$
41B. 如果您的家庭负责支付除了水, 污水和垃圾清运以外之费用, 您的家庭可能有资格选择收取标准津贴或加热费津贴。			or
			MONTHLY . TOTAL. SHELTER DATE OPTION SELECTED

42. 超额的医疗费用

是否您家有 60 岁以上的老年人, 和/或有人有联邦补充保障收入 (补充保障收入), 社会保障残疾或退伍军人的支付认证? [] 是 [] 否
若答是, 请填写以下表格. 若答否, 请跳到 12 页.

			FOR OFFICE USE ONLY
除了定期发生的医疗费用, 列出您可能需要的其他医疗服务。	Amount Paid	How Often Billed	Monthly Total
医疗及牙科服务	\$		\$
医院或护理	\$		\$
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 (请解释)	\$		\$
42A. 列出有这些支出的家庭成员:			\$
			TOTAL

VERIFY RECEIPT OFSSI
FEDERAL SHARE
SSA and SSI Listed on Page 6

42B. 上面所列的医疗费用, 是否有些是由其他来源, 如医疗保险, 国家医疗保险 (Medicare), 年老或残障援助 (PAAD) 或其他个人所支付、部分支付或报销? 是 否 若是, 哪些是被支付了? 支付了多少?

FOR OFFICE USE ONLY								
WORK FIRST NEW JERSEY AND/OR NJSNAP WORK REGISTRATION								
NAMES (ALL OVER 16)	EXEMPT WFNJ CODE	MANDATORY WFNJ DATE	VOLUNTARY WFNJ DATE	REFERRAL DATE	NJ SNAP WORK CODE	EXEMPT	DATE OF REG.	OF

43. 法律上负责责任的亲属. (只适用于医疗补助 MEDICAID.)

提供您的配偶的姓名, 如果不在家里。提供所有没有为他们要求援助并在 55 岁以下的子女的姓名。如果您未满 18 岁, 请列出您的父母。

姓名	地址	关系	年龄

44. 居屋能源补助

您对以下问题的回答将被用来确定您是否有资格获得家庭能源补助 (HEA) 和 HEA 福利金额。使用下面的列表, 指出哪些项目最能描述您的暖气/生活安排。

我的暖气是由他人支付。(A) **HEA CODE:** _____

我的热量是由公共住房机构提供或者我收到了租金补贴, 而我的热量包含在我的租金里。(G)

我只支付暖气辅助源 (如柴炉, 煤油取暖器, 电热取暖器等)。(E)

我与其他人分担的暖气费用。(F)

我的暖气被列入我的租金, 这是没有补贴。(G)

我须单独为暖气付费给我的房东。(W)

我为我的房子或公寓的主要热量来源直接付给燃料供应商。我的燃料来源是:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 燃料油 (J) | <input type="checkbox"/> 煤油 (M) | <input type="checkbox"/> 木柴 (R) |
| <input type="checkbox"/> 电 (K) | <input type="checkbox"/> 自然瓦斯 (N) | |
| <input type="checkbox"/> 瓶装瓦斯 (L) | <input type="checkbox"/> 煤 (P) | <input type="checkbox"/> 我不希望接受 HEA 福利。(T) |

重要通知

本表格所收集的信息将受到联邦、州和/或县里的官员核查。如发现有不正确，您可能会被拒绝新泽西州补充营养援助计划福利和/或者因故意提供虚假信息受到刑事起诉。

为了符合法律规定 45 CFR 206.10 (a) (三) 条和 7 CFR 273.2 (b) 条，现在书面通知您，将使用您的社会安全号码获得公民及移民服务局，州和当地的子女抚养收入和资格信息，社会保障工资和福利文件，以及州政府工资和失业文件。您的社会安全号码也将被使用来确定您是否持续符合资格。这可能涉及我们联系您的雇主，银行，或其他有关方面。

下一段所提供的处罚适用于以下个情况：

任何特意违反任何申请表上所列的规则的新泽西州补充营养援助计划受助人；或任何用下列手段，有意的虽然无权，却申请领取或收到新泽西州补充营养援助计划利益的人：

但凡作出虚假或误导性的陈述的人。

或隐瞒或保留事实的人。

- 作出任何构成违反州法之行为的：无论是关于食品券法案，新泽西州补充营养援助计划程序规定或任何与使用、演示、转让、获取、收到或拥有新泽西州补充营养援助计划利益或取用设备（如家庭第一电子银行转帐卡）之各项。

处罚

前述违法行为，导致被勒令暂停或参与或更多地参与新泽西州补充营养援助计划程序如下：

初次违法- *12个月

第二次违规 - *24个月

第三次违规 - 永久取消资格

**任何被判犯有重罪或轻罪侵犯的人，可能被法庭加判 18 个月（连续接着以上暂停期执行）

违反者可能被处以上限为 25 万美元的罚款，被囚禁长达 20 年，或两者同时执行，并可能被以其他适用的联邦法律起诉。

此外，剩下的同住家庭成员尚须偿还任何所收受到，他们并无权收受的新泽西州补充营养援助计划的福利。

法律 1 P.L. 103-66 条和 104-193 条针对被联邦、州或当地法院判为有罪之人所定的处罚：

- 1) 以新泽西州补充营养援助计划福利交换火器，弹药，爆炸物，或受管制药物；或
- 2) 通过使用家庭第一电子银行转帐卡，或以新泽西州补充营养援助计划惠益付款，来使用、转让、获得或拥有新泽西州补充营养援助计划福利，虽然以然得知此卡为欺骗或转让而得，如果该值是 500 美元以上。

自 1996 年 9 月 22 日起生效，通过有关法域的法院确定在实施这些计划时违规之人将受到以下制裁：

其他处罚（继续）

■永久取消新泽西州补充营养援助计划资格。

此外，被有适当管辖权的法院发现故意作出欺诈性的陈述而取得来自多个司法辖区之新泽西州补充营养援助计划福利的，将被：

■取消新泽西州补充营养援助计划资格 10 年。

处罚警告

请勿提供虚假资料，或隐瞒资料，以申请或接受或继续接受新泽西州补充营养援助计划好处。

请勿把家庭第一 EBT 卡赠人或出售，或允许没有被授权使用它的人，代替您为您的家庭提取新泽西州补充营养援助计划福利。

请勿使用任何新泽西州补充营养援助计划福利买不合格的项目，如含酒精类饮料及烟草。

请勿欺骗或采取任何不诚实的行为为您的家庭获得无权收取的新泽西州补充营养援助计划福利。

请勿为了申请并获得新泽西州补充营养援助计划利益而把资源转移到一个非家庭成员名下。

我理解本表上的问题。我的答案是正确的、完整的、并尽我所知及所信。我明白，我必须接受面谈，而且我必须与新泽西州补充营养援助计划的办公室合作。我理解惩罚警告。我明白，我可能必须提供文件，证明我已经说过的了。我同意这样做。如果不能提供文件，我同意把人名或组织的名称供给新泽西州补充营养援助计划办公室，以藉此做联系，并获取必要的证据。我明白，如果我没有申报任何劳动收入，那么我必须呈报我非劳动收入中任何超过 50.00 美元的变化，或在收到所赚取的收入第一次薪付的 10 天之内，申报所得。我明白，如果我没有收入，我必须申报所有各种变化：家庭组成的所有变化（包括学籍）；住所变化和在住房成本上所产生的各种变化；有关我支付或提供子女抚养的法律义务之变动；如果我付子女抚养费不到 3 个月的记录，则数目变化大于 \$50.00 时便得申报；购买车辆；或我的家庭资源有所加增（如储蓄及支票账户、现金、股票、或整笔付款，任何因出售或车辆交易所衍生的现金），如达到一个数目是达到或超过我的资源上限的。我明白，如果我有报收入，或者如果我必须做为期每六个月一次的报告，只有当我每月总收入已超过联邦贫困水平收入数目之 130% 时，我才需要报告。当这个极限已达到时，我的社工会通知我。我也明白，当我的新泽西州补充营养援助计划利益申请批下之后，我可以要求一个公正的审理。如果我需要有关新泽西州补充营养援助计划惠益的更多信息，可以联系我县的新泽西州补充营养援助计划办公室。如果我不同意为我的个案采取的任何行动，我明白，我或我的代表，被许可以口头或书面形式，要求一个公平的听证会。我的个案可以在听证会上由我选择的任何人提出。

美国公民/合法居留地位

（适用于工作第一新泽西，医疗补助和新泽西州补充营养援助计划方案）

凡不是美国公民的，都将需要出示从公民及移民服务局或其他已由州政府机构确定了是足以证明您的移民身份的文件。合法居留地位可能会受到由公民及移民服务局验证。这将需要提交某些本申请表里的资料。从公民及移民服务局接收到的信息可能会影响您家庭的资格和福利水平。您必须证明每一个家庭成员或是美国公民或是以合法移民身份居住在美国的。

签署之前，阅读以下声明。如果不明白
或有任何疑问，请咨询。

*我（们）同意，本表中，我（们）所作的陈述是真实，完整，尽我的（我们的）知识。我（们）知道，陈述我的（我们的）的情况时说谎、未能给予必要的信息、或造成他人隐瞒信息是违法的，并可能受到我（们）起诉。

*我（们）明白我（们）所提供的任何资料皆须经县福利机构和/或家庭发展和/或医疗救助和卫生事务司司核查。

*我（们）特此授权本县福利机构，提供医疗救助和卫生服务向任何可能认识我（们）情况的个人或其他来源（包括国税局、州政府及当地的子女扶养科、社会保障工资和福利的文件、州政府工资和失业的文件，信用报告服务，以及雇主，银行或其它机构）独为核实本人所做出的声明。我（们）明白，获得的任何收入和资格信息将被用来确定我（们）是否仍有资格。

*我（们）明白，按照工作第一新泽西法，公法 1997 C. 13, C. 14 条及 C. 37 和 C. 38 条，申请公共援助将包括符合规定的预算单位的所有（包括未来的）成员，无论是出生，收养，或自申请日期之后始与预算单位居住的。

*我（们）知道我（们）提供任何资料将与我（们）申请公共援助（包括医疗）一起使用，无论是新泽西州补充营养援助计划福利，家庭能源援助福利，普遍服务基金补贴和其他福利，只要是我是可能有资格参加的。

*我（们）明白，如果这个申请被接受为工作第一新泽西类，我（们）和我（们）的家庭的所有成员都参加了新泽西州的一站式就业中心，并可能被要求参加教育，培训，职业评估和就业安置活动。

*我（们）明白，所有的家庭能源援助金是在联邦经费允许的情况下方能发下来。

*我（们）已经收到，并解释给我（们），如果需要的话，关于我的权利和责任的信息。（见工作第一新泽西手册关于我的权利和责任。）

*我（们）同意让县福利机构立即知道是否以下任何一项有任何变化，如适用：居住条件、家庭情况或收到的从任何来源的钱（除了工资收入，是有六个月一次报告的要求）。（见工作第一新泽西手册。）

*我（们）明白我（们）或本人（本公司）的代表可以以口头或书面形式，要求一个公平的听证会，如果我（们）不满意县福利机构所采取的行动。我（们）在聆讯时可选择任何人代表我（们）提交个案。

*我（们）明白，签署了本仅供申请工作第一新泽西和医疗补助的表格，我（们）便已将任何其他他人，对自己或对任何其他为他（们）申请援助或接受援助的家庭成员任何支持的权利（包括任何已累计的欠款）指派给县福利机构了。

*我（们）明白，本人（我们）之已将任何由法院或行政命令所确定，以医疗服务为宗旨的支持的权利，连同收下任何第三方支付医疗服务的款项之权利，一并指派给专员了；此举是被视为医疗援助资格条件之一的。

*根据联邦法律和农业部（USDA）和美国卫生与人类服务部（HHS）的政策，这个机构是禁止由种族，肤色，国籍，性别，年龄或残疾的基础上进行歧视。根据食品券法案和美国农业部的政策，建立在宗教或政治信仰的基础上的歧视也被禁止。歧视的投诉可书面通知：

HHS, Director
Office of Civil Rights
Federal Building
26 Federal Plaza
New York, New York 10007

OR

USDA, Director
Office of Civil Rights
Whitten Building, Rm. 326-W
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410

OR

Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

签字以前请填写好

我（们）已阅读本表第 10 页的重要通知，也就是有关新泽西州补充营养援助计划处罚警告和公民/合法居留者地位的通知。
() 是 () 否

**我（们）证明，我（们）已阅读并同意这些声明并充分认识到福利机构有赖于我（们）报表的真实性和准确性。

*我（们）以签名证明，若作伪证愿受处罚，我（们）和所有我为他们申请新泽西州补充营养援助计划福利的家庭成员，是美国公民或侨此地而有合法移民身份的外籍人士。

*我（们）证明，若作伪证愿受处罚，我（们）申请新泽西州补充营养援助计划计划和/或工作第一新泽西方案的答案是正确的，完整的，并尽我（们）所知。

*我（们）已收到由工作第一新泽西机构代表介绍该机构工作要求（如适用）。

在本人面前宣誓并签署于

申请人签字 日期

同申请人签字 日期

年 月 日

(机构代表)

重要通知**新泽西州补充营养援助计划收入扣除额豁免**

如果您未申报或申报验证任何下列费用，无论是您或其他家庭成员所支付的，我们将以此举为您表示不希望接受因着这些未申报费用所应得的所得税扣除额。

- 抚养费用，如果您为子女或其他依赖您照顾的人付看护费用，以致让家庭成员能正常工作、寻找工作、或以准备录用条件的参加培训或教育课程；
- 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，或伴护照顾；
- 负法律责任的家庭成员必须支付的子女抚养费，包括支付欠款；或
- 居所支出，如租金，水电费（包括安装费），房产税，房屋保险，及住屋为应付自然灾害的修理费。

即使您不告诉我们（或验证），您承担了这些费用，当您申请新泽西州补充营养援助计划时，您以后可能仍然收到所得扣除额，如果您告诉我们（或验证），您是付出了这些费用的。扣除将不溯及既往，您没有告诉我们的那段时间就不可能得到扣除了。

户主签字 _____

今天的日期 _____