



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



宾夕法尼亚州补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 申请

宾夕法尼亚州接收来自其他州和联邦机构的信息，以验证您提供给我们信息。如果您错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响您获得福利资格的事实，您则需要偿还您的福利，您可能被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。

This is an application for SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Перед вами заявление на получение льгот по программе SNAP. Если вам нужно получить данное заявление на другом языке или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки по вопросам социального обеспечения. Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

Đây là đơn xin trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc nhờ người nào đó thông dịch, xin liên lạc với văn phòng trợ giúp tại quận địa phương của quý vị. Sẽ có trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.

هذا طلب للحصول على منافع برنامج "المعونة الغذائية التكميلية" (SNAP). إذا كنت بحاجة إلى نسخة من هذا الطلب بلغة أخرى أو إلى شخص ليقوم بالترجمة الفورية بلغتك، فيرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك. سيتم توفير المساعدة اللغوية مجانًا.

នេះគឺជាពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

这是一份营养补充援助计划 (SNAP) 福利的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人口译，请联系您所在郡的协助办事处 (County Assistance Office)。将免费提供语言协助。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

您可以在网上申请：www.compass.state.pa.us

申请很容易。

1. 填写这个表格。
2. 在第 1 页和第 5 页上签名并注明日期。
3. 将您的表格携带、传真或邮寄到您的县援助办公室。

如果您患有残障，需要此申请书的大字版本或其他格式，请致电我们的帮助热线 **1-800-692-7462**。耳聋、听力困难或有言语障碍的人以及希望与帮助热线取得联系的人可以通过拨打**711**联系PA中继服务。

| 仅供 CAO 使用 - CAO Use Only | | | | |
|---------------------------------|----------|--------|----------|---------------|
| APPLICATION REGISTRATION NUMBER | CASELOAD | COUNTY | DISTRICT | RECORD NUMBER |
| DATE STAMP | | | | |



开始申请



我们需要您回答所有问题，以对您的资格作出决定，除非有指示说明，您可以选择不回答。
您可以在您填写您的姓名和地址，然后签名并发回此申请书后立即启动申请。 如果您符合资格，SNAP 福利将从我们收到您的申请之日开始计算。无论您是否符合资格，我们都会在 30 日内告知您。
 如果您需要获得有关此申请的帮助，请致电您的当地县援助办公室或拨打帮助热线：1-800-692-7462。

您希望使用哪种语言？ 英语 西班牙语 其他 (请说明) _____
 您是否需要口译员？ 是 否 若需要，您需要哪种语言的口译员？ _____

| | | |
|------------------|-----------|-----------|
| 姓 | 名 | 中间名首字母 |
| 您的地址 (包括州、城市与邮编) | | |
| 县 | 电话号码 (家庭) | 电话号码 (其他) |
| | | 最佳致电时间 |

快速获得 SNAP! 您可以在五天内获得 SNAP 福利。如果任何这些问题的答案是肯定的，您可能有权快速获得 SNAP 福利。这意味着您可以在申请之日起的五个工作日内获得 SNAP 福利。通过联系您的当地县援助办公室了解更多信息。

是 否 您家庭的现金和银行帐户只有 \$100 或更少的金额可用，且预计本月的收入低于 \$150 吗？

是 否 您是移民或者是季节性农场工人吗？

是 否 您的每月总收入与留存现金是否低于本月的租金/抵押贷款和公用设施费用？

| 请在此栏旁边列出每位家庭成员。 | | | | | 若此人正在申请 SNAP 福利， 请仅在此栏旁边列出其信息。 |
|-----------------|---|---|------------------|--------|---|
| 姓、名、中间名首字母： | 性别： | 学生？ | 出生日期： (年/月/日) | 与您的关系： | 美国公民？ * (若不是， 须提供侨民证件。) |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 自己 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

*侨民身份信息可能须经美国公民及移民服务局核验，并且此等信息可能会影响家庭的资格与福利水平。

本人证明，据本人所知所信，此页所载的信息均属实，若本人未告知有关本人家庭与自身的事实，本人愿接受处罚。请在下方签名并阅读余下页面。

 申请人签名

 日期

收入

是否有任何人拥有任何收入吗? 是 否

如果是, 请列出您本月已经收到或预期收到的收入。



收入包括但不限于:

- | | | | |
|-----------|-------|-----------------|------------|
| 工资 | 租金 | 抚养费/赡养费 | 养老金 |
| 病假补助津贴 | 自雇所得 | 社会保险 | 失业补偿金或工伤赔偿 |
| 佣金/特许权使用费 | 退役福利金 | 社会安全生活补助金 (SSI) | 大学或培训所得 |
| 婴儿看护所得 | 罢工津贴 | 食宿所得 | 股利/利息 |
| 儿童支持所得 | 博彩所得 | | |

| 收入人: | 收入类型/来源: | 金额是多少? | 多长时间获得一次收入? | 收到之日: |
|------|----------|--------|-------------|-------|
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |

请附上您家庭过去 30 天所收到的收入证明。证明包括工资条或补助金发放信函副本或工资支票。

犯罪记录查询

是 否

您或您的任何家人是否是一名逃犯, 或为逃避因已犯重罪被起诉、拘留或监禁在监狱而潜逃的个人, 或违反联邦或州法律规定的缓刑或假释条件的个人?

如果是, 请告诉我们是谁:

家庭成员姓名: _____

日期: _____ 州: _____

是 否

是否有人被宣判犯有福利欺诈罪?

如果是, 请告诉我们是谁:

家庭成员姓名: _____

日期: _____ 州: _____

是 否

您或您的任何家人是否在另一个州被取消或同意取消食品券或 SNAP 福利的资格?

如果是, 请告诉我们是谁: _____

家庭支出

请告诉我们您的支出情况。您可能需要提供您的支出证明。



是 否 您家中是否有人向不与您同住的人员支付孩子赡养费？
如果是，是法院命令的赡养费吗？ 是 否

是 否 您的租金中是否包含餐费？

是 否 您需要支付暖气费用吗？

是 否 您家中是否有人获得住房补助？

如果是，什么类型？ _____

您是否获得公用设施津贴？ 是 否

是 否 是否有您家人之外的人为您支付任何费用？

如果是，是何支出？ _____

金额是多少？ _____ 多长时间获得一次收入？ _____

收款人是谁？ _____

是 否 您需要支付中央空调费或房间空调的运行费用吗？

勾选您或您家人每月支付的任何费用。请勾选，即使您只支付了账单的一部分费用。

电话 水 垃圾 公用设施设备安装 电 石油、煤、木材、煤油

下水道 煤气 丙烷 其他： _____

是 否 是否有人支付儿童保育或照顾残疾成人的费用，以便他或她可以工作、上学或接受培训？

如果是，每月金额是多少？每月 \$ _____

接受照顾的是谁？ _____

如果您需要支付这些费用，您每月支付多少钱？

租金：\$ _____ 公寓管理费：\$ _____

按揭：\$ _____ 物业费：\$ _____ 房主保险：\$ _____

医疗费

如果您有家人年满 60 岁或患有残障，且您有医疗费用，您可以获得更多 SNAP 福利。勾选您或您家人支付的以下任何医疗费用。

牙医账单 医生账单 医疗器械 健康保险或 Medicare 保险费

医院账单 处方药 健康护理（在您家里帮助医学治疗的人士）

与健康相关的用品（如眼镜、助听器、成人纸尿裤）

获得医疗约诊、医学治疗或开处方的费用。这些费用可以是出租车和公共交通费用。

其他： _____

若您未报告家庭开支并且未提供支出证明（若需要），我们将认定您不想获得这些支出的扣除额。

（美国农业、食品和营养服务部，中大西洋地区，第 6-99 号行政通知，签发于 1999 年 1 月 4 日）

种族和民族信息 (选填)

您无需填写此部分。请列出与您同居之人的种族和民族信息。从您自己开始。



| | | | |
|----------|--|--|---|
| 姓名 (您自己) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |
| 姓名 (第二人) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |
| 姓名 (第三人) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |
| 姓名 (第四人) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |
| 姓名 (第五人) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |
| 姓名 (第六人) | <input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 | <input type="checkbox"/> 白种人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 |

选民登记 (可选)

如果您现在还没有注册您居住地的投票，您是否愿意在这里立即申请注册投票？ 是 否
如果您不勾选任何选框，您将被视为已决定不在此时注册投票

欲注册，您必须：1) 在下一届选举的当天至少年满 18 岁；2) 在下一届选举前已成为美国公民至少一个月；
3) 在下一届选举前已在宾夕法尼亚州和选区居住了至少 30 天。

申请注册或拒绝注册投票不会影响本机构将向您提供的援助金额。如果您希望有人帮助填写选民注册申请表，我们将帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以在私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系县援助办公室。如果您认为有人干涉了您注册或拒绝注册投票的权利，您在决定是否注册或申请注册投票中的隐私权，或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可以向宾夕法尼亚州务院州务卿（地址：Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120）提出投诉。（免费电话号码 1-877-VOTESPA。）

县援助办公室工作人员将根据您的上述回复填写此方框
COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__ | <input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__ | <input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__ | <input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__ | <input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__ |

仅供 CAO 使用 · CAO USE ONLY

- Yes No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?
- Yes No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?
- Yes No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?
- Yes No Is the countable monthly gross income less than \$150?
- Yes No Is this a migrant or seasonal farm worker household?
- Yes No Is the household destitute?
- Yes No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?

| | | |
|---------------------------|---|-------|
| EXPEDITED REVIEW | Initials: | Date: |
| | <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED | |
| Reason for denial: | | |
| REGISTERED FOR CATEGORIES | | |

阅读您的权利和责任并签名。



- 本人理解，本表中所载的信息将被保密。
- 本人理解，宾夕法尼亚州从收入和资格审核系统 (IEVS) 和其他州及联邦机构接收信息，以核实本人向他们提供的信息。如果州机构发现冲突详情，则需要使用通过 IEVS 提供的信息，并可能通过机构联络人核实该信息，该等信息可能会影响家庭的资格和福利水平。如果本人错误地陈述、隐藏或隐瞒可能影响本人获得福利资格的事实，本人则需要偿还本人的福利，本人可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 本人授权出于确定 SNAP 资格的目的发布提交给或来自宾夕法尼亚州公众服务部 (Department of Human Services) 的个人、财务和医疗信息。
- 本人理解，本人需要报告的任何变更必须在发生变更月份次月的前 10 天内进行报告。本人明白，就 SNAP 福利而言，中彩或赌博赢取 3,500 美元或以上等情形都可能会导致福利的即时终止。
- 本人理解，如果本人不同意对本申请的决定，本人可以要求举行听证会。
- 本人理解，本人的情况需要经过雇主、财务来源和其他第三方的认证。
- 本人理解，联邦法律要求 SNAP 申请者提供社会安全号码。若未提供或申请社会安全号码，该人士将不符合 SNAP 的资格。这些号码可用于核对此申请书上的信息。(7CFR273.6) 这些号码可通过可用的宾夕法尼亚州警察记录、宾夕法尼亚州法院文件与其他报告查验。
- 本人理解，若本人不会说英语或阅读英文，本人有权获得口译或笔译帮助。服务将于申请处理的所需时间内提供。
- 本人证明，据本人所知，本人理解本人的权利与责任。
- 本人证明，所有本申请所载的信息均属实，否则，本人愿以伪证罪（刑事罪）论处。
- 不报告或不提供家庭支出证明将被视为本人作出声明，本人不希望收到未报告或未证实的支出之扣除额（机构：美国农业、食品和营养服务部，中大西洋地区，第 6-99 号行政通知，签发于 1999 年 1 月 4 日）。本人理解，本人有权在本人报告时收取家庭支出的扣除额，并且本人可能在认证期间的任何时间被要求提供他们的证明。
- 本人理解本人可以通过填写下方授权代表部分指定授权代表。

通过在下方签署本人姓名，本人证明本人代为申请之人系美国公民或处于合法移民状态的非美国公民。本人必须签署此表格，以此依法获得满足 SNAP 福利的资格。

您的签名

日期

提供人/员工/见证人签名

授权代表签名

日期

重要：若您的家庭符合 SNAP 资格，您可能会收到快速通道 (Fast Track) 同意表的邮件，该表可允许您与您的家人自动注册医疗援助。

| 授权代表姓名 | 授权代表地址 | 电话号码 |
|--------|--------|------|
| | | |

有问题吗？

请致电您的县援助办公室或客户服务中心：1-877-395-8930。如果在费城，请致电 1-215-560-7226。

让我们来帮助您。请于星期一至星期五上午 8 点 30 分至下午 5 点拨打 TTY/TDD (听力语言残障服务专线) 711



不受歧视的权利

根据联邦民权法与美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 民权法规和政策, USDA、其机构、办事处、其员工、参与或管理 USDA 计划的机构均禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视, 或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中, 因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式 (例如盲文、大字体、录音带、美国手语等) 来了解计划资料的残障人士, 可以联系他们申请福利的机构 (本州或当地)。失聪、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务 (800) 877-8339 与 USDA 联系。此外, 计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题, 请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格, 该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到, 或在任何 USDA 办事处索取, 或者给 USDA 写信投诉, 信中请提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本, 请拨打 (866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 USDA:

- (1) 邮寄: 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; or
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

这是一所提供均等机会的机构。

隐私法案声明

(i) 经《2008年食品和营养法》及经修订的7U.S.C.2011-2036授权收集这些信息, 包括每个家庭成员的社会安全号码 (SSN)。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查, 并向执法官员披露, 以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果您的家庭提出 SNAP 索赔, 则本申请书中的信息 (包括所有 SSN) 可能会被转交给联邦和州政府机构, 以及私人索赔机构, 用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息 (包括每个家庭成员的 SSN) 是自愿的。然而, 未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有的资格享受的计划。一经请求, 县援助办公室必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会安全号码和照片 (如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定, 即属犯有轻罪, 一经定罪, 应判处一百美元 (\$100) 以下罚款, 或六个月以下的监禁, 或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知, 说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利, 我们将给您发送一份书面解释。从您的书面解释/资格通知的邮寄日期起, 您可以在 90 天内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为决定不公平或不正确, 或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动, 您有权要求公众服务部 (DHS) 举行听证会对此决定提出申诉。您可以向县援助办公室提出申诉。如果您提出申诉, 您也可以在听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利, 您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上, 您可以代表您自己或让其他人 (例如律师、朋友或亲戚) 作为您的代表。

提供信息责任

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明, 福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明, 您应该要求县援助办公室帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您, 您必须完全配合这些人员或调查员。

报告变更的责任

一旦您符合获得福利的资格, 您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变化类型将包括搬离或搬进房屋的人员、新地址、某人的新工作; 如果有人失去工作, 有孩子出生, 有新收入来源或收入变化。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划和福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以通过 COMPASS 帐户或通过向客户服务中心报告变更, 电话 1-877-395-8930, 或 1-215-560-7226 (费城)。您可以通过电话、传真或邮件向县援助办公室报告变更。

禁止和惩罚 阅读您的责任:



| 如果这在无正当理由的情况下发生 | | 这可能会产生 (罚款) |
|--|--|--|
| 滥用电子福利转账 (Electronic Benefits Transfer, EBT) 卡或 PA ACCESS 卡。 | | 罚款、监禁、或者两者并罚。 |
| 未按要求报告变更。 | | 福利削减或停止。 |
| 故意提供虚假、不正确或不完整的信息, 或不报告变更。 | | 罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁, 取消行政听证程序的资格。 不符合 SNAP 的资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 |
| 交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。 | | 不符合资格: • 所有法院判决 - 12 个月。 |
| 蓄意滥用 SNAP 福利, 如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利; 兑换福利; 或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品 (如酒精饮料或烟草), 或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。 | | 不符合资格: • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。 |
| 使用 SNAP 福利购买产品, 目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。 | | |
| 蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。 | | |
| 使用/购买药物或受控物品。 | | 不符合资格: • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。 |
| 在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。 | | 第一次 - 永久不符合资格。 |
| 因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。 | | 永久不符合资格。 |
| 隐瞒您的身份和住址, 以获得多个 SNAP 福利。 | | 10 年不符合资格。 |
| 为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离, 或因违反缓刑或假释规定而逃离。 | | 不符合资格, 直至您符合法律规定。 |
| 如果您被判处欺诈罪或违反上述规则: | | <ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP, 处以 \$250,000 以下罚款; 对于 SNAP, 处以 20 年以下监禁; 和/或 偿还已收到的福利。 根据计划, 取消上述期间内的福利资格。 |
| SNAP 工作规则 | 对于 15 岁至 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。 | |
| | 拒绝: <ul style="list-style-type: none"> 接受工作。 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 故意采取行动: <ul style="list-style-type: none"> 辞去工作。 将工作时间减少到每周不到 30 个小时 (除非另一个工作已经符合工作要求)。 | 不符合资格: <ul style="list-style-type: none"> 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 三次或以上 - 每次六个月并直至您符合要求。 |



您的权利和责任

不受歧视的权利

根据联邦民权法与美国农业部 (.S. Department of Agriculture, USDA) 民权法规和政策, USDA、其机构、办事处、其员工、参与或管理 USDA 计划的机构均禁止因种族、肤色、原国籍、性别、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰产生歧视, 或在任何由 USDA 执行或资助的计划或活动中, 因前民权活动进行报复和打击报复。

需要特殊交流方式 (例如盲文、大字体、录音带、美国手语等) 来了解计划资料的残障人士, 可以联系他们申请福利的机构 (本州或当地)。失聪、听力障碍或语言障碍的个人可通过联邦中继服务 (800) 877-8339 与 USDA 联系。此外, 计划资料可能会提供英语之外的其他语言版本。

如需投诉歧视问题, 请填写 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) 表格, 该表格可以在 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 网站找到, 或在任何 USDA 办事处索取, 或者给 USDA 写信投诉, 信中请提供该表格中要求填写的所有信息。若需索取投诉表格副本, 请拨打 (866) 632-9992。请通过以下方式提交已完成的表格或信件给 USDA:

- (1) 邮寄: 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; or
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

这是一所提供均等机会的机构。

隐私法案声明

(i) 经《2008年食品和营养法》及经修订的7U.S.C.2011-2036授权收集这些信息, 包括每个家庭成员的社会安全号码 (SSN)。这些信息将用于确定您的家庭是否符合或继续符合参加 SNAP 计划的资格。我们将通过计算机匹配程序核实这些信息。这些信息还将用于监督计划条例的遵守情况和计划管理。

(ii) 这些信息可以披露给其他联邦和州的机构进行官方检查, 并向执法官员披露, 以便逮捕为逃避法律制裁而逃离的人员。

(iii) 如果对您的家庭提出 SNAP 索赔, 则本申请书中的信息 (包括所有 SSN) 可能会被转交给联邦和州政府机构, 以及私人索赔机构, 用于采取索赔追索行动。

(iv) 提供所要求的信息 (包括每个家庭成员的 SSN) 是自愿的。然而, 未提供 SSN 将导致拒绝向未提供 SSN 的每个人提供 SNAP 福利。所提供的任何 SSN 将以与合格家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。

保密权

我们会对您的信息保密。它将只用于决定您可能有的资格享受的计划。一经请求, 县援助办公室必须向联邦、州和地方执法官员提供为逃避起诉、拘留或监禁或违法缓刑或假释而潜逃的个人的地址、社会保险号码和照片 (如有)。任何人故意违反该部门的任何规则和规定, 即属犯有轻罪, 一经定罪, 应判处一百美元 (\$100) 以下罚款, 或六个月以下的监禁, 或两者并罚 (62 P.S. 第 483 条)。

书面通知的权利

我们会给您发送一个书面通知, 说明您的福利。如果我们拒绝、更改、暂停或停止福利, 我们将给您发送一份书面解释。从您的书面解释/资格通知的邮寄日期起, 您可以在 90 天内要求举行听证会。

申诉权

如果您认为决定不公平或不正确, 或者 DHS 未能对您的福利申请采取行动, 您有权要求公众服务部 (DHS) 举行听证会对此决定提出申诉。您可以向县援助办公室提出申诉。如果您提出申诉, 您也可以在听证会前要求召开服务机构会议。如果您的申诉涉及快速的 SNAP 福利, 您有权在两个工作日内与主管召开此会议。在听证会上, 您可以代表您自己或让其他人 (例如律师、朋友或亲戚) 作为您的代表。

提供信息的要求

您必须提供真实、正确和完整的信息。您必须帮助证实您所提供的信息。如果您未能提供某些证明, 福利可能会被拒绝。如果您未能提供证明, 您应该要求县援助办公室帮助您取得。如果 DHS 或总监察长办公室联系您, 您必须完全配合这些人员或调查员。

报告变更的责任

一旦您符合获得福利的资格, 您将需要向您的个案工作者或客户服务中心报告您的情况变化。报告的变化类型将包括搬离或搬进房屋的人员、新地址、某人的新工作; 如果有人失去工作, 有孩子出生, 有新收入来源或收入变化。您的个案工作者和您收到的通知将根据您符合资格的计划和福利详细说明具体信息。未能在计划指南中报告规定的变更可能导致福利损失、处罚或民事或刑事指控。您可以通过 COMPASS 帐户或通过向客户服务中心报告变更, 电话 1-877-395-8930, 或 1-215-560-7226 (费城)。您可以通过电话、传真或邮件向县援助办公室报告变更。

禁止和惩罚 阅读您的责任：



| 如果这在无正当理由的情况下发生 | | 这可能会产生 (罚款) |
|---|---|--|
| 滥用电子福利转账 (Electronic Benefits Transfer, EBT) 卡或 PA ACCESS 卡。 | | 罚款、监禁、 或者两者并罚。 |
| 未按要求报告变更。 | | 福利削减或停止。 |
| 故意提供虚假、不正确或不完整的信息，或不报告变更。 | | 罚款、取消资格和/或福利欺诈监禁， 取消行政听证程序的资格。 不符合 SNAP 的资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 |
| 交易、出售或试图交易、出售、购买或使用他人的 ACCESS 卡。 | | 不符合资格： • 所有法院判决 - 12 个月。 |
| 蓄意滥用 SNAP 福利，如交易、出售或购买 EBT 卡或 SNAP 福利；兑换福利； 或抛售使用 SNAP 福利购买的容器以收取存款或购买非 SNAP 范围内的物品 (如酒精饮料或烟草)，或使用 SNAP 福利来支付已经收到的食物或赊账购买的食物。 | | 不符合资格： • 第一次 - 12 个月。 • 第二次 - 24 个月。 • 第三次 - 永久。 • 首次法院判决超过 \$500 - 永久。 |
| 使用 SNAP 福利购买产品，目的在于通过转售产品以换取符合资格食品以外的现金或对价来取得符合资格食品以外的现金或对价。 | | 不符合资格： • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。 |
| 蓄意购买原来使用 SNAP 福利购买的产品以换取符合资格食品以外的现金或对价。 | | 不符合资格： • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。 |
| 使用/购买药物或受控物品。 | | 不符合资格： • 第一次 - 24 个月。 • 第二次 - 永久。 |
| 在出售枪械、弹药或炸药时使用/领取 SNAP 福利。 | | 第一次 - 永久不符合资格。 |
| 因购买、销售或交易 SNAP 福利且总金额达 \$500 或以上而被定罪。 | | 永久不符合资格。 |
| 隐瞒您的身份和住址，以获得多个 SNAP 福利。 | | 10 年不符合资格。 |
| 为逃避因重罪/企图犯的重罪而被起诉、拘留或监禁而逃离， 或因违反缓刑或假释规定而逃离。 | | 不符合资格，直至您符合法律规定。 |
| 如果您被判处欺诈罪或违反上述规则： | | <ul style="list-style-type: none"> 对于 SNAP，处以 \$250,000 以下罚款； 对于 SNAP，处以 20 年以下监禁；和/或 偿还已收到的福利。 根据计划，取消上述期间内的福利资格。 |
| SNAP 工作规则 | 对于 15 岁至 60 岁的身心健康的家庭成员 - 不得以其他方式或正当理由豁免。 | 不符合资格： • 第一次 - 一个月并直至您符合要求。 • 第二次 - 三个月并直至您符合要求。 • 三次或以上 - 每次六个月并直至您符合要求。 |
| | 拒绝： • 接受工作。 • 告诉 CAO 关于就业状况和就业机会。 | |
| | 故意采取行动： • 辞去工作。 • 将工作时间减少到每周不到 30 个小时（除非另一个工作已经符合工作要求）。 | |



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES