

FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION
Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training



Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #04-114-OPE

**REVISION OF FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RECERTIFICATION FORM
(LDSS-4826) AND HOW TO COMPLETE THE FOOD STAMP BENEFITS
APPLICATION/RECERTIFICATION (LDSS-4826A)**

<p>Date: June 29, 2004</p>	<p>Subtopic(s): Forms</p>
<p><input type="checkbox"/> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff about revisions to the Food Stamp Benefits Application/Recertification Form (LDSS-4826) and How To Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826A).</p>
<p>LDSS-4826</p>	<p>The following is a listing of general revisions to the LDSS-4826 form:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The font size has been increased. • The title now includes the word "Recertification." • Shading was changed from grey to blue to distinguish the form from other applications. • The method of asking questions of the applicant was modified to include the person filling out the application/recertification form. For example, the questions have been changed to begin with "Are you and is everyone living with you..." <p>The following revisions have been made on the cover page:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A fourth bullet regarding immigrants was added in the section titled "When You Are Applying For Food Stamp Benefits." • The statement regarding eligibility for food stamps was changed from "within a few days" to "within 5 days."

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call (718) 557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

The following revisions have been made to page 1:

- A "Lifeline" indicator box has been added at the top of the page. The code entered in this box is driven by the answer to the new "Lifeline" question on page 5.
- Checkboxes have been added to indicate whether a person is either applying or recertifying.
- A "Lang" indicator box has been added at the top of the page.
- An "Other Phone" section to indicate where an applicant can be contacted was added.
- Apartment number fill-ins were added to the address section.
- An "Other Name" section was added directly below the mailing address section.
- Undocumented aliens now have the option of writing "None" in the question regarding their Social Security number.
- A "Marital Status" column was added.
- The question concerning applying for or receiving Food Stamp Benefits has been expanded to include applying for or receiving Temporary Assistance.

The following revisions have been made to page 2:

- A new column was added to the Income Section to determine how often the person receives stated income.
- In the Resources section, the questions pertaining to what vehicles are "used for" were removed.
- The question regarding heat and cooling costs has been revised to help determine if those costs are paid for separately.
- The area to list monthly telephone expenses was removed.
- An area called "Heat Co. Acct. No." was added to help districts collect information to better process HEAP autopays.

The following revision has been made to page 3:

- The question that asks about medical bills of an applicant who is disabled or at least 60 years old was changed to include a person who is blind.

The following revisions have been made to page 4:

- Information about a Telephone Allowance was added.
- Language of the Citizenship Alien Status Section was revised to read: "I swear and/or affirm under penalty of perjury that the information I have provided about the citizenship and immigration status of myself and everyone living with me is true and correct. I understand that any information I provide to verify the immigration status of anyone applying for food stamp benefits may be checked for authenticity with the United States Citizenship and Immigration Service."

The following revisions have been made to page 5:

- A new "Lifeline" question was added.
- A new question and signature section was added to include the signature of the person assisting in the completion of the form.

NOTE: Printing error

In the "For Agency Only" section of page 6, a clearance note was inadvertently left on the final document sent for printing. It will be removed by the next release of the **LDSS-4826**.

The voter registration form was updated to the most current version.

LDSS-4826A

The following revisions were made to page 1 of the **LDSS-4826A**:

- The title now includes the word "Recertification."
- In the "When You Are Applying For Food Stamp Benefits" instruction, a new bullet regarding immigrants was added. The new bullet reads: "You can apply for and get Food Stamp benefits for eligible household members even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, immigrant parents can apply for Food Stamp Benefits for their children even if they are not themselves eligible for benefits".
- In the "Need Food Stamp Benefits Right Away?" instructions, regarding eligibility for food stamps was changed from "within a few days" to "within five days of the date that you apply for benefits."

In section 1 of page 2, the following revisions were made:

- An "other phone" and "other name" was added.
- Text was added to instruct individuals to indicate whether they are "applying or "recertifying" for Food Stamp Benefits.

In section 2 of page 1, the following revisions were made:

- All applying individuals are instructed to print "none" in the "SSN" column if they do not have a Social Security number.
- All applying individuals are instructed to fill in their marital status.

The following revisions were made to section 5 of page 3:

- Instructions about listing income was changed to read "List your income and include everyone living with you."
- The Foster Care note was changed to read: "NOTE: "Foster Care Payments and Food Stamp Benefits – You may choose to include the foster care child or adult in the Food Stamp Benefits household. If you do, any associated foster care payments will **not** be counted as income. All other income or resources of the foster care child will be counted. If you have any questions about this, make sure to ask your worker."

In section 7 of page 3, instructions were changed to reflect the revised questions on the application.

Instructions for the new "Lifeline" question were added on page 4.

All previous versions of the **LDSS-4826** and **LDSS-4826A** must be recycled.

Effective Immediately

Reference:

04-INF-11 NYS Informational Letter

Attachments:

LDSS-4826	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Rev. 2/04)
LDSS-4826-AR	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Arabic) (Rev. 2/04)
LDSS-4826-CH	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Chinese) (Rev. 2/04)
LDSS-4826-RU	Food Stamp Benefit Application/Recertification (Russian) (Rev. 2/04)
LDSS-4826-SP	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Spanish) (Rev. 2/04)

☒ Forms can now be accessed through Print on Demand at all Job Centers.

LDSS-4826A	How to Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification
LDSS-4826A-AR	How to Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification (Arabic) (Rev. 2/04)
LDSS-4826A-CH	How to Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification (Chinese) (Rev. 2/04)
LDSS-4826A-RU	How to Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification (Russian) (Rev. 2/04)
LDSS-4826A-SP	How to Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification (Spanish) (Rev. 2/04)



FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RECERTIFICATION



Applying For Food Stamp Benefits Only?

If you are only applying for Food Stamp Benefits you can use this shorter application. If you would like to apply for other benefits such as Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance or Medicaid please ask for a different application.

This application can only be used to apply for Food Stamp Benefits.

When You Are Applying For Food Stamps Benefits

- You can file an application the same day you receive it. If you are eligible, benefits will be provided back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and a signature. This information will establish your application filing date. However, the application must be completed and we must interview you for us to determine your eligibility.
- You can apply for and get Food Stamp Benefits for eligible household members even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, immigrant parents can apply for Food Stamp Benefits for their children even if they are not themselves eligible for benefits.

Need Food Stamp Benefits Right Away? You May Be Eligible For Expedited Food Stamp Benefits Service

If your household has little or no income or liquid resources, or if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, or you are a migrant or seasonal farmworker with little or no income or resources when you apply, you may be eligible to receive Food Stamp Benefits within 5 days of the date that you apply for benefits. Your worker will always review your circumstances to see if you are eligible for expedited processing of your Food Stamp Benefits application. A process is in place to ensure that benefits will be issued to all Food Stamp Benefits eligible households who meet the standards for expedited service.

Having Problems Coming To Us For A Food Stamp Benefits Appointment?

If it is difficult for you to come in for a Food Stamp Benefits application appointment (reasons may include employment, health issues, or child care problems), you may have someone else apply for you. You also can mail us your application or drop it off and, in some circumstances, we can interview you by telephone.

Please contact us at _____ if you need to set up a telephone interview.

Questions?

For any questions you have about completing an application or eligibility for Food Stamp benefits, you may contact us at _____.

In addition to the Food Stamp Benefits Application, make sure you have been given copies of:

- LDSS-4148A: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities"
- LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs"
- LDSS-4148C: "What You Should Know If You Have an Emergency"

FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION / RECERTIFICATION

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	Apply <input type="checkbox"/> Recertify <input type="checkbox"/>	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Name: _____ Telephone Number: _____ Other phone where you can be reached: _____
 Residence Address: _____ Apt.# _____ City _____ NY Zip Code _____
 Mailing Address (if different) _____ Apt.# _____ City _____ NY Zip Code _____
 Other Name: _____ Are You: Applying or Recertifying Do you want to receive notices in: Spanish and English or English Only

List everyone who lives with you even if they are not applying. List yourself first.

	First Name	M I	Last Name	Social Security Number (SSN) of applying member (If none, write "NONE")	Date of Birth	Marital Status	Sex M or F	Is this person applying?		Relationship to you	Do you buy and/ or prepare food with this person?		Hispanic or Latino?		Enter Y (Yes) or N (No) for each race*										
								Yes	No		Yes	No	Yes	No	I	A	B	P	W						
1								✓		self	✓														
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									

*Race/Ethnic Codes: I - Native American or Alaskan Native, A - Asian, B - Black or African American, P - Native Hawaiian or Pacific Islander, W - White

Are you and is everyone living with you a US citizen? Yes No If No, who is not a citizen? _____

Are you or is anyone living with you fleeing from a law enforcement agency on felony charges, or in violation of probation or parole according to a court? Yes No

Have you or has anyone living with you ever been disqualified from receiving Food Stamp Benefits because of fraud or intentional program violation? Yes No

Are you or is anyone in your household applying for or receiving Food Stamp Benefits or Temporary Assistance in another place? Yes No

Are you or is anyone living with you blind, disabled or pregnant? Yes No If Yes, who _____

Are you or is anyone living with you a veteran? Yes No If Yes, who _____

Do you or does anyone live in a drug or alcohol treatment center, State-certified group living facility or State-certified supervised/supportive apartment? Yes No

If you are recertifying for Food Stamp Benefits, list on the Page 6 what has changed since your last application or recertification (such as moved, had a baby, someone moved in or out).

We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and signature in this box.

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED
------------------------------------	-------------

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

Go to Page 2

INCOME

List **ALL** your income and the income of anyone living with you. This includes, but is not limited to **wages, income from self-employment (for example: babysitting, cleaning, income from a roomer or boarder) child support, pensions, veterans benefits, disability, social security or SSI, grant for scholarships for rent or food, Public Assistance, and income from friends or relatives.**

Name of Person Receiving Income	Source of Income	Hours Worked Per Month	How Often is it Received? (for example, weekly, bi-weekly, monthly)	Gross Amount Received Before Deductions

Do you or does anyone living with you have child/dependent care costs related to employment or training? Yes No *If Yes, who* _____

Amount paid \$ _____. How often paid (e.g., weekly, monthly) _____.

Have you or has anyone living with you changed or quit jobs or reduced any form of income in the last 30 days – including reduced work hours or income? Yes No

Do you or does anyone living with you have any potential income that has not yet been received? Yes No *If Yes, explain on Page 6.*

Do you or does anyone living with you receive a Personal Needs Allowance (PNA) or a Meal Allowance? Yes No *If Yes, who* _____

Have you or has anyone in your household set aside any income under "PASS: Plan To Achieve Self Support" approved by the Social Security Administration?

Yes No *If Yes, who* _____

Are you or is anyone living with you participating in a strike? Yes No *If Yes, who* _____

RESOURCES

How much money does everyone applying have? (For example, on your person; in your home, in checking and savings accounts, or other locations, including jointly held accounts) \$ _____ Belongs to _____

Other financial assets? (For example, stocks, bonds, retirement accounts, savings bonds, mutual funds, IRAs, trust funds, money market certificates) Yes No

If Yes, amount \$ _____ Type _____ Owner _____

How many cars, trucks or other vehicles do you or anyone in your household have?

#1 Year _____ Make _____ Model _____ Owner _____

#2 Year _____ Make _____ Model _____ Owner _____

Do you or anyone applying own any property including your own home? Yes No *if yes, list property* _____ Owner _____

Has anyone applying sold, given away or transferred cash or property in the last three months to qualify for Food Stamp Benefits? Yes No

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES

Check all the descriptions that apply to your household:

Own home or paying for home Renting Migrant/seasonal farmworker No permanent residence Live with relatives or friends

List expenses:

Monthly rent or mortgage payment \$ _____ Tax on home per year \$ _____ Insurance on home per year \$ _____

Pay separately for Heat? Yes No *If yes, specify type of heating:* Gas Electric Oil Wood Coal Other (list) _____

Heat Co. Acct. No. _____

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES (Cont'd)

Pay separately for utilities (other than heating/cooling)? Yes No (for example, lights, cooking gas washer/dryer fee's, garbage/trash, water, initial installation of utilities).

Pay separately for air conditioning? Yes No

Does anyone else pay any of these expenses for you (some examples are Section 8 or other subsidy program)?

Yes No If yes, who pays what? _____

Do you or does anyone living with you pay court-ordered child support? Yes No If yes, who _____

Name(s) of child(ren) support is being paid for _____

Payment amount \$ _____ Frequency of payments (for example, weekly, bi-weekly, monthly) _____

Are you, and/or anyone living with you, blind/disabled or at least age 60? If so, does such person have medical bills? Yes No If yes, list on the page 6 what they are for, how much and who is responsible for payment.

Are you, and/or anyone living with you (16 years old or older) enrolled in school or training? Yes No If yes, who _____ where _____

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW

FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING – Any information you provide in connection with your application for FS will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied FS. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get Food Stamp Benefits (FS) again if you are found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS; or found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for FS; or found guilty in a court of trafficking in FS worth \$500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of FS, authorization cards or access devices; or found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get FS for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS.

If you have committed your: First IPV, you will not be able to get FS for one year. Second IPV, you will not be able to get FS for two years.

A court could also bar you from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months. If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple FS, you will not be able to get FS for ten years (or permanently if this is the third IPV).

You may be found guilty of an IPV if you make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; or commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to \$250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

CONSENT – I understand that by signing this application form I agree to any investigation made by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance or my local social services district to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for Food Stamp Benefits. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate with State and Federal personnel in a Food Stamp Benefits Quality Control Review.

SUA (STANDARD UTILITY ALLOWANCE) INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits (FS) recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Program (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain FS recipients, I intend to apply for a benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know.

TELEPHONE ALLOWANCE INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits recipients are eligible for a telephone allowance if they pay to use a home phone, cell phone, phone, phone calling card or coin operated phone. If I do not have any cost to make phone calls, I will let my worker know.

CHANGES – I agree to inform the agency promptly of any change in my needs, income, property, living arrangement or address to the best of my knowledge or belief in accordance with my reporting requirements.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES – I understand that my household must report child care and utility expenses in order to get a Food Stamp Benefits (FS) deduction for these expenses. I further understand that my household member must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a FS deduction for these expenses. I understand that failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by my household that I/we do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make me eligible for FS or may increase my FS. I understand that I may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of FS in future months in accordance with the rules for change reporting and processing changes.

PRIVACY ACT STATEMENT – COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) – The collection of SSN's is authorized for each household member with respect to Food Stamp Benefits pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036). The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management. The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, and to determine if applicants or recipients can receive money or other help. The information may be disclosed to State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

If you do not have an SSN and need to get one, the information you give to the social service district may be used to get one for you.

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS– I swear and/or affirm under penalty of perjury that the information I have provided about the citizenship and immigration status of my self and everyone living with me is true and correct. I understand that any information I provide to verify the immigration status of anyone applying for Food Stamp Benefits may be checked for authenticity with the United States Citizenship and Immigration Service.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW AND SIGN AT THE BOTTOM (cont'd)

NON-DISCRIMINATION NOTICE – In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political belief, or disability. To file a complaint of discrimination write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE – You can authorize someone who knows your household circumstances to apply for Food Stamp Benefits (FS) for you. If you do, have them sign in the signature section at the bottom of this page. You can also authorize someone outside your household to get FS for you and to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, print the person's name, address and phone number below.

LIFELINE: For applicants/recipients of Food Stamp Benefits: Do you authorize the Office of Temporary and Disability Assistance to disclose your name, address and telephone number to Verizon. Verizon may use this information to automatically enroll you in their Lifeline

Service for a discounted telephone rate? YES NO

CERTIFICATION: I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local Social Services district is correct.

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED	HUSBAND/WIFE SIGNATURE	DATE SIGNED
X		X	

IF APPLYING FOR SOMEONE ELSE AS AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name _____ Address _____ Phone _____

IF YOU HELPED COMPLETE THIS APPLICATION / RECERTIFICATION FOR SOMEONE ELSE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name _____ Address _____ Phone _____

Use this area for additional information:

Who: _____ Explanation: _____

Who: _____ Explanation: _____

Who: _____ Explanation: _____

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.

SIGNATURE

DATE

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency (can provider agencies determine FS eligibility?)
(Specify) _____

Reason: _____ / _____ / _____
 Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

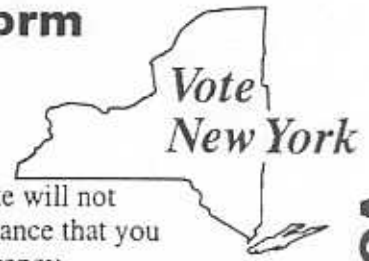
FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments: _____

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** at bottom of page)

NO because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

(Signature) (Date)

(Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with *New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; or visit our web site - www.elections.state.ny.us

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted
- enroll in a political party or change your enrollment

To Register You Must:

- be a U.S. citizen
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: you must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.)
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election.
- not be in jail or on parole for a felony conviction
- not claim the right to vote elsewhere

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1 Are you a U.S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>If you answered NO, do not complete this form.</small>		2 I will be 18 years old on or before election day: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.</small>		For Board use only!							
3 Last Name		First Name				Middle Initial		Suffix			
4 Address Where You Live (do not give P.O. address)						Apt. No.		City/Town/Village		Zip Code	
5 Address Where You Get Your Mail (if different from above)				P.O. box, star rte., etc.				Post Office		Zip Code	
6 Date of Birth		7 Sex (circle) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		8 Home Tel. Number (optional)		9 ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York Driver's License Number <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number					
10 In county/state		Your Address was (give house number, street, and city)				<input type="checkbox"/> I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.					
		Under the name (if different from your name now)									
11 Choose a Party — Check one box only <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY						12 AFFIDAVIT: I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city, or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. ↓ Signature or mark ↓ X _____ Date _____					

Please do not write in this space

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.)

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only.

Box 12: This application must be signed and dated in ink.



طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")



هل أنت متقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط؟

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تسايد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديك) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً. يمكن استخدام هذا الطلب لتقديم على مخصصات قسائم الطعام فقط.

عند تقديمك للحصول على مخصصات قسائم الطعام

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ وستحسب مخصصتك من تاريخ تقديم طلبك، وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.
- يمكنك تقديم طلبك قبل إجراء معك.
- يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك؛ إلا أنه يجب ملء طلبك كلياً، والتوقيع عليه في صفحة 5 وأن تجري معك مقابلة لكي نحدد درجة أهليتك.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي يتمتعون به. مثلاً، يستطيع الآباء المهاجرون تقديم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأطفالهم حتى ولو كان الآباء غير مؤهلين للحصول على المخصصات.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟ قد تكون مؤهلاً لخدمة مخصصات قسائم الطعام المستعجلة

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد السائلة أو كانوا معدمين، أو إذا كان قدر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك السائلة، أو كنت عامل زراعة موسياً أو منتقلاً وكان لديك قديراً قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام في ظرف خمسة أيام من تاريخ تقديمك للحصول على المخصصات. سيراجع دائماً العامل / العاملة المسؤول عنك ظروفك ليرى إن كنت مؤهلاً لتلقي خدمة مخصصات قسائم الطعام بصفة مستعجلة. هناك نظام قائم لضمان صدور المخصصات إلى جميع أهل الدار المؤهلين لتلقي مخصصات قسائم الطعام الذين يفون بمتطلبات الخدمة المستعجلة.

هل تلاحظي مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات قسائم الطعام؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات قسائم الطعام [قد تتضمن الأسباب كلا من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تسايد كير")، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف.

يرجى الاتصال بنا على الرقم _____ وذلك إذا كنت بحاجة إلى حجز موعد لإجراء مقابلة هاتفية.

هل لديك أسئلة؟

للإجابة على أي سؤال قد يكون لديك حول ملء هذا الطلب أو أهليتك للحصول على مخصصات قسائم الطعام، فيمكنك الاتصال بنا على _____.

إضافة إلى طلب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، تأكد بأنه تم إعطاءك نسخاً من كل من:

- LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
- LDSS-4148C-AR: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

مكتب ولاية نيويورك للمعلومات المؤقتة ومعرفة العجز
طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("قود ستامبس")

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------

رقم هاتف آخر يمكن الإتصال بك من خلاله: _____ رقم الهاتف: _____ الاسم: _____

نيويورك الرمز البريدي _____ المدينة _____ رقم الشقة: _____ عنوان السكن: _____

نيويورك الرمز البريدي _____ المدينة _____ رقم الشقة: _____ العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً) _____

هل تود أن نسلم الإخطارات: باللغة الإسبانية والإنجليزية أو باللغة الإنكليزية فقط

هل أنت: مقدم طلب أو تعدد تثبيت لياقتك _____ اسم آخر: _____

أرجع اسم كل شخص يقيم معك حتى ولم يكن مقدم معك. أرجع نفسك أولاً.

W P B A I	هل هذا الشخص مسئلي أو لائي؟		هل هذا الشخص مقيم معك أيضاً؟		الجنس ذكر M أو أنثى F	الدرجة الحقة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للرد الضخم (إذا لم يوجد لك رقم فكتب "لا يوجد")	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
	نعم	لا	نعم	لا							
1	<input checked="" type="checkbox"/>										
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

رموز الخلفية العرقية / اللغوية: 1 - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الاسكا الأصليين، A - أسوي، B - أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، P - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، W - أبيض

هل أنت وأي واحد يقيم معك مواطن من مواطني الولايات المتحدة؟ نعم لا - إذا كان الجواب لا، فمن لا يكون من مواطني الولايات المتحدة؟

هل أنت أو أي واحد يقيم معك حارب من الجهات الأمنية بسبب اتهام جرمية، أو مخالف لتقود المرورية ("تروبيش") أو الإقراج المشروط ("بيلوبول") بموجب قرار من محكمة؟ نعم لا

هل تم حرمانك أو حرمان أي شخص يقيم معك في أي وقت مضى من تلقي مخصصات قسائم الطعام ("قود ستامبس") بسبب الغش أو مخالفة البرنامج عن قصد وعدة؟ نعم لا

هل تقوم أو يقوم أحد من أهل دارك بالتقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو المعونة المؤقتة أو تتلقى أي منهما في مكان آخر؟ نعم لا

هل أنت أو أي أحد يقيم معك أعسر، مصاب بإعاقة وعجز، أو حامل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل أنت أو أي أحد يقيم معك مبرمج من الجنينة ("بيلتران")؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل أنت أو أي أحد مقدم يقيم في مركز معالجة المخدرات والعقاقير أو الكحول، أو منتشة إقامة جماعية معتادة من الولاية، أو شقة مشرف عليها / مدعومة ومعتادة من قبل الولاية؟ نعم لا

إذا كانت تقوم بإعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام، فارجع على الصفحة 6 ما تغير في حالتك منذ طلبك الأخير أو إعادة التأهل الأخير (مثلاً: انتقلت إلى مكان آخر، أصبح لديك طفل، انتقلت لحد إلى بيتك أو مناه).

يجب علينا أن نقل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إن كان لديك عنوان)،

وتوقيعك في هذا المربع.

تاريخ التوقيع _____ توقيع مقدم الطلب / الموصي _____

يمكنك استخدام الصفحة 6 إذا كنت بحاجة إلى نسخة أكثر للتعبئة قهوماً أو كان لديك معلومات أخرى تظهر لنا قد تحتاج إليها.

الدخل

أدرج جميع أنواع الدخل لك ولكل شخص مقيم معك. يتضمن هذا، ولكن لا يقتصر، على كل من الأجور، والدخل من الأعمال الحرة (على سبيل المثال: حضنة الطفل ("بيبي سينغ")، أو التنظيف، أو دخل من مستاجر غرفة عندك، أو نزل)، وإعالة ونفقة الطفل، ومعاشات، ومخصصات الجندي المرح ("فيتران")، و الدخل من إعاقه وعجز، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان الإضافي (SSI)، واية منح دراسية أو للإيجار أو للماكولات الغذائية، واية معونة عامة، واي دخل من الاعداء أو الأقارب.

اسم الشخص الذي يتلقى الدخل	مصدر الدخل	كم ساعة تعمل في الشهر	كم مرة تلقاه؟ (مثلا، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)	قدر المبلغ الإجمالي الذي تلقاه قبل الخصومات

هل تسدد أو سدد أحد من المقيمين معك تكاليف العناية بالطفل ("تشيلد كير") / رعاية العمال وتكون متعلقة بالعمل أو التدريب؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

قدر المبلغ المتفوق _____ (\$). كم مرة يدفع؟ (مثلا أسبوعياً، شهرياً) _____

هل قمت أو قام أحد ببيع معك بتغيير وظيفة العمل أو الاستقالة منها أو تخفيض أي نوع من الدخل في الثلاثين (30) يوماً الأخيرة - بما فيه تخفيض ساعات العمل أو الدخل؟ نعم لا

هل لديك أو لدى أي شخص مقيم معك دخل محتمل لم تلقاه / تلقاه بعد؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فاسرح ذلك على الصفحة 6.

هل تلقى أو يتلقى أي شخص مقيم معك بدل الاحتياجات الشخصية (PNA) أو بدل الوجبات الغذائية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل قمت أو قام أحد من أهل دارك بدخار أي قدر من الدخل ضمن خطة تحقيق الدعم الذاتي (PASS) موافق عليها من إدارة الضمان الاجتماعي؟ _____

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل تشترك أو يقيم أحد معك مشترك حالياً في إضراب عن العمل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

الموارد

كم هو قدر المال الذي يملكه كل شخص من المقيمين؟ (مثلا ما تحمله من نفود، وما يوجد في بيتك ورسيدك في الحسابات الجارية "شيكينغ") وحسابات التوفير "سافينغ")، أو في مواقع أخرى بما فيها الحسابات المشتركة

§ شخص _____

موجودات مالية أخرى؟ (مثلا، أسهم، وسندات مالية، وحسابات تقاعد، وسندات توفير "سيفينغ بنذر")، ومحفظات مالية متباعدة "سيوتشول فنذر")، وحسابات تقاعد فردية (IRA)، وصندوق التمل "ترست فنذر")، وشهادات مالية

حسب سعر السوق ("ماني ماركت ميرفكيش") نعم لا إذا كان الجواب نعم، فما هو قدر المبلغ _____ النوع \$ _____ اسم المالك _____

كم سيارة أو شاحنة أو مركبة أخرى لديك أو لدى أي واحد من أهل الدار؟ _____

رقم 1: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

رقم 2: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

هل تملك أو يملك أي مقيم معك أي نوع من الممتلكات العقارية بما فيه بيتك؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فاسرح العنوان: _____ اسم المالك: _____

هل قام أحد من المقيمين ببيع أو إعطاء أو نقل ملكية الأموال أو الممتلكات في الشهور الثلاث الأخيرة بهدف التأهل للحصول على مخصصات قدام الطعام؟ نعم لا

تربيتات ومصاريف المعيشة

ضع علامة في جميع المربعات التي تصف أهل دارك:

أمالك بيتي أو أدفع قسط بيت مستاجر عامل منتقل / عامل في المواسم الزراعية ليس لدي سكن دائم أقدم مع أقربي أو أصدقائي

أدرج مصاريفك: قدر النفقة الشهيرة للإيجار أو قسط البيت _____ \$ قدر الضريبة السنوية على البيت _____ \$ قدر التأمين السنوي على البيت _____ \$

هل تدفع بشكل منفصل كلغة التدفئة نعم لا إذا كان الجواب نعم، فحدد نوع التدفئة: غاز كهرباء زيت خشب نعم أخرى (حدد) _____

رقم الحساب في شركة التدفئة: _____

يملك استخدام الصفحة 6 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أكثر لتعبئة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أنها قد تحتاج إليها.

تعليمات ومصاريف المعونة

هل تدفع بشكل منفصل كافة المرافق العامة (غير التدفئة / التبريد)؟ نعم لا (مثل، النور، غاز الطبخ، رسوم ماكينة الغسيل والتجفيف، الزבלه / القمامة، ماء، التوصيلات الأولية للمرافق العامة).

هل تدفع بشكل منفصل كافة مكيف الهواء؟ نعم لا

هل تقوم أحد يدفع أي من هذه المصاريف عنك (بعض الأمثلة برنامج "سكن 8" أو أي برنامج دعم آخر)؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل تقوم أو يقوم أحد ممن يقعون معك بدفع إئالة ونفقة الطفل بلبر من المحكمة؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

اسم كل طفل تدفع له / لها إعالة ونفقة الطفل _____

قدر مبلغ الدفعة _____ مدة تكرار الدفعات (مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً) _____

هل أنت وأو أي أحد يتيم معك أعمى / معاق أو يبلغ أو يبلغ 60 سنة من العمر على الأقل؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل لدى هذا الشخص قوائم طبية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فأدرج على الصفحة 6 نوعية هذه القوائم، وفترها، ومن المسؤول عن دفعها.

هل أنت وأو أي أحد يتيم معك (يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر) مسجل في مدرسة أو برنامج تربيته؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي _____ أين _____

يمكنك استخدام الصفحة الأخيرة إذا كنت بحاجة إلى رسم أكثر للتعبئة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه ووقع في أسفل الصفحة

إنذار بالعقوبات المفروضة على المخالفات لبرنامج مخصصات قسائم الطعام ("قود ستامبس") - ستخضع أي معلومات تزودنا بها بشأن طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إلى التحقيق بصحتها من قبل المسؤولين على مستوى الدولة والولاية والمدينة. قد يرفض طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إذا كانت أي من المعلومات غير صحيحة. كما يجوز أن تخضع إلى مقاضاة جنائية لتزويدك بمعلومات غير صحيحة عن سابق علم ومعروفة.

لن تستطيع أبداً الحصول على مخصصات قسائم الطعام مرة أخرى إذا أثبتت إيدانك في محكمة قضائية للمرة الثانية بشأن شراء أو بيع مواد محظورة (مخدرات وعقاقير ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء قسائم طعام؛ أو أثبتت إيدانك في محكمة قضائية لبيع أو الحصول على الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات لقاء قسائم طعام؛ أو أثبتت إيدانك في محكمة قضائية بشأن المتاجرة بقسائم الطعام بقيمة \$500 أو أكثر. تتضمن المتاجرة كل من الاستخدام المنوع، أو التحويل، أو الشراء، أو التحويل، أو الإمتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام، أو بطاقات التفويض، أو أجهزة التوصل والتفاد؛ أو إذا أثبتت إيدانك في ارتكاب ثالث مخالفة للبرنامج عن قصد وعدم (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا ثبتت إيدانك في محكمة قانونية للمرة الأولى في أمور شراء أو بيع مواد ممنوعة (مخدرات ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت: أول مخالفة للبرنامج عن قصد وعدم، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة. ثاني مخالفة للبرنامج عن قصد وعدم، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

وفي بعض الحالات، يجوز المحكمة أن تحرمك من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً (إضافة إلى أدليت بنصريح كاذب عن نفسك، أو عن مكان سكك لكي تحصل على مخصصات قسائم الطعام متعددة، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة عشر سنوات] أو بصورة دائمة إذا كانت هذه مخالفتك الثالثة للبرنامج عن قصد وعدم].

قد توجد مذنباً في ارتكاب مخالفة للبرنامج عن قصد وعدم وذلك إذا أدليت ببيان كاذب أو مضلل، أو شوهت الحقائق، أو أخفيها أو كتمتها؛ أو ارتكبت أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام، أو عرض، أو تحويل، أو شراء، أو امتلاك، أو المتاجرة في الكوبونات، أو بطاقات التفويض، أو المستندات القابل استعمالها مرة ثانية كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).

كما يمكن أن يفرض عليك غرامة حددها الأقصى \$250,000، أو ترسل إلى السجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

اقرأ المعلومات المهمة اناه ووقع في اسفل الصفحة (تابع)

الموافقة - أفهم بأنه عند توقيعي نموذج الطلب هذا، فأني أوافق على أي تحقيق يقوم به مكتب ولاية نيويورك للمعونات الموقرة ومعونة العجز أو مقاطعة الخدمات الاجتماعية المسؤولة علي التحقق من صحة المعلومات التي ألتبثت بها أو لتثبيتها، أو أي تحقيق آخر صادر من قبلها بشأن طلبتي لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). كما سأقدم بيزيد من المعلومات إذا طلب مني ذلك، وسأعاون أيضاً مع موظفي الولاية والحكومة الفيدرالية في مراجعات التحكم بالجودة فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام.

معلومات بشأن البدل القياسي للمنافع العامة (SUA) - أفهم بأن منلقي مخصصات قسائم الطعام مصنفين تصنيفاً من حيث الدخل يؤهلهم للحصول على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن من ضمن المشمولين في العملية السنوية للدفع التلقائي لبرنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية لبعض منلقي قسائم الطعام، فسأعزم على التقدم لهذا المخصص في خلال فترة 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقدم على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في خلال فترة 12 شهراً القادمة، فسأعلم العامل / العاملة المسؤول علي بذلك.

معلومات عن بدل الهاتف: أفهم بأن منلقي مخصصات قسائم الطعام مؤهلين لبدل الهاتف إذا كانوا يدفعون قدراً لاستخدام الهواتف المنزلية، الهاتف الخليوي، الهاتف، بطاقات المكالمات الهاتفية، أو الهواتف المشغلة بالنتد. إذا لم يكن لدي أي كافة لتقييم المكالمات الهاتفية، فسأخبر العامل / العاملة المسؤول علي بذلك.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير في احتياجاتي، أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني إلى حد مبلغ علمي أو اعتقادي وعملاً بمشترطات التبليغ المفروضة علي.

مشترطات التبليغ / التثبيت لمصاريف أهل الدار - أفهم بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا عن مصاريف العناية بالطفل ("شيلد كير") والمنافع العامة لكي يحصلوا على القطار هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. كما أفهم أيضاً بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا وينبئوا كل من دفعات الإيجار أو قسط البيت ("مورتيجج")، وضرائب الممتلك، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة وفتة الطفل المنفوعة إلى فرد ليس من أفراد أهل الدار لكي يحصلوا على القطار هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. أفهم أن عدم القيام بالتبليغ / التثبيت لهذه المصاريف سيظهر كبيان من أهل داري بأنني / باننا لا نريد أن نحصل على القطار لهذه المصاريف غير المبلغ عنها و/ أو غير المثبتة. القطار هذه المصاريف قد يجعلني مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام أو قد يزيد قدر مخصصاتي من قسائم الطعام. وأفهم بأنه يمكنني التبليغ/التثبيت لهذه المصاريف في أي وقت كان في المستقبل. سيرري هذا الاقتطاع في عملية حساب مخصصات قسائم الطعام في الشهور القادمة بموجب قواعد التغيير في التبليغ.

بيان بقانون الخصوصية - تحصيل واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - تحصيل رقم الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (كما هو معدل 2036-2011 US Code 7). تستخدم المعلومات التي تحصلها لتحديد ما إذا كان أهل دارك مؤهلين لتلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها. ستتحقق من هذه المعلومات عن طريق برامج مطابقة عاملة على أجهزة الكمبيوتر. كما ستستخدم هذه المعلومات في مراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولأغراض إدارة وتنظيم البرنامج. ستستخدم هذه المعلومات للتحقق من الهوية الشخصية، وتثبيت قدر الدخل المكتسب وغير المكتسب، ولتحديد إذا كان يحق لمقدمي الطلب أو المتلقين الحصول على المال أو أنواع أخرى من المعونة. كما يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية لأغراض التدقيق الرسمي وإلى الجهات الأمنية لأغراض إنقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي وتحتاج إلى رقم، ستستخدم المعلومات التي تعطيلها إلى مقاطعة الخدمة الاجتماعية للحصول على رقم لك.

الشهادة بشأن الجنسية (المواطنة) / أو حالة الأجنبي المقيم - أشهد و/ أو أؤكد تحت طائلة عقوبة الحاقن الكاذب بأن المعلومات التي أقدمها بشأن الجنسية (المواطنة) وحالة الهجرة القانونية الخاصة بي، وبكل واحد يقيم معي هي معلومات صحيحة وصادقة. وأفهم بأن أي من المعلومات التي أقدمها لتثبيت حالة الهجرة لأفراد المقدمين للحصول على مخصصات قسائم الطعام قد يتحقق من صحتها من قبل مصلحة شؤون الهجرة والجنسية الأمريكية.

تبليغ بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA)، تمتع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو الديانة، أو المعتقدات السياسية، أو العجز. لتقديم شكوى تمييزية أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410
(صوت و TDD). تلتزم USDA بالمساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه ووقع في أسفل الصفحة (تابع)

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقيم بتقديم طلب قسائم الطعام نيابة عنك. إذا فعلت ذلك، فاطلب من هذا الشخص أن يوقع اسمه أو اسمها في خانة التوقيع الموجودة في أسفل هذه الصفحة. يمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمهم لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فأكتب اسم و عنوان ورقم الشخص مباشرة أدناه.

خط الحياة ("لايف لاين"): لمقدمي الطلب / منلقي مخصصات قسائم الطعام: هل تخول مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أن يفصح عن اسمك وعنوانك ورقم هاتفك إلى شركة فرايزون، علماً بأن شركة فرايزون قد تستخدم هذه المعلومات لتسجيلك بصورة تلقائية في خدمة خط الحياة الخاص بهم بسعر مخصص لخدمة الهاتف؟ نعم لا
شهادة: أشهد و / أو أؤكد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي قدمتها أو ساقدمها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي هي معلومات صحيحة.

تاريخ التوقيع	X	توقيع الزوج / الزوجة
تاريخ التوقيع	X	توقيع مقدم الطلب / المفوض

إذا كنت مقدماً لشخص آخر بصفتك الممثل المفوض، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تتطوع بكتابة رقم هاتفك.

رقم الهاتف

العنوان

الاسم

إذا قدمت يد المساعدة في إكمال ملء هذا الطلب / إعادة التأهل لأحد آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تكتب بملء إرادتك رقم هاتفك.

رقم الهاتف

العنوان

الاسم

استخدم هذا الفراغ لكتابة المعلومات الإضافية:

الشرح: _____ من: _____

الشرح: _____ من: _____

الشرح: _____ من: _____

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time. **أوافق على سحب طلبي.** أدرك أن بإمكانني إعادة تقديمه في أي وقت.

SIGNATURE

التوقيع

DATE

التاريخ

For Agency Use Only

للإستخدام الرسمي فقط

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: _____ Social Services District Provider Agency

(Specify)

Reason ____ / ____ / ____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

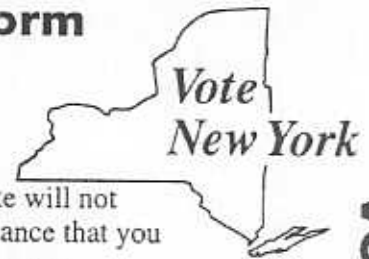
FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTÉ FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** at bottom of page)

- NO** because I choose not to register OR
- I am already registered at my current address OR
- I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

(Signature) _____ (Date)

(Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with *New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; or visit our web site - www.elections.state.ny.us

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted
- enroll in a political party or change your enrollment

To Register You Must:

- be a U.S. citizen
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: you must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.)
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election.
- not be in jail or on parole for a felony conviction
- not claim the right to vote elsewhere

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot Please print or type in blue or black ink Yes, I would like to be an Election Day worker

<p>1 Are you a U.S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><small>If you answered NO, do not complete this form.</small></p>	<p>2 I will be 18 years old on or before election day: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><small>If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.</small></p>	<p>For Board use only!</p>
<p>3 Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____</p>		
<p>4 Address Where You Live (do not give P.O. address) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____</p>		
<p>5 Address Where You Get Your Mail (if different from above) _____ P.O. box, star etc., etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____</p>		
<p>6 Date of Birth _____</p>	<p>7 Sex (circle) _____</p> <p style="text-align: center;">M F</p>	<p>8 Home Tel. Number (optional) _____</p>
<p>10 The last year you voted _____ Your Address was (give house number, street, and city) _____</p> <p>In county/state _____ Under the name (if different from your name now) _____</p>		<p>9 ID Number - Check the applicable box and provide your number</p> <p><input type="checkbox"/> New York Driver's License Number <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number</p> <p>→</p> <p><input type="checkbox"/> I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.</p>
<p>11 Choose a Party — Check one box only</p> <p><input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY</p> <p><input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY</p> <p><input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY</p> <p><input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY</p> <p><input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY</p> <p><input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____</p> <p><input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY</p> <p style="font-size: small; margin-left: 20px;"><i>Please note: In order to vote in a primary election, you must be enrolled in one of these parties.</i></p>		<p>12 AFFIDAVIT: I swear or affirm that</p> <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city, or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. <p>↓ Signature or mark ↓</p> <p style="text-align: center;">X _____</p> <p style="text-align: right;">Date _____</p>

Please do not write in this space

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.)

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only.

Box 12: This application must be signed and dated in ink.



糧食券福利申請／資格重新認證



您是否只申請糧食券？

如果您只申請糧食券福利，您可以使用這份簡短申請表。如果您想要申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。本申請表只可用於申請糧食券福利。

當您申請糧食券福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如果您具備資格，福利的發放將追溯到遞交申請的當日。
- 您可以在面談之前遞交申請。
- 如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有），並簽名，我們則必須接受您的申請。這些資訊將確立您的申請遞交日。但申請表必須完整填寫，並與您面談後，我們才能裁定您是否具備資格。
- 即使您本人或您家其他某些成員因移民身份而不具備福利資格，您可以為具備資格的家庭成員申請糧食券。例如，移民父母即使本人不具備福利資格，仍可為子女申請福利。

您是否需糧食券福利？您也許有資格領取糧食券福利的加快服務

如果您的家庭只有極少或沒有收入或流動資產，或者，您租用住房而公共事業開銷超過了您的收入和流動資產，或者，當您申請時，您是流動或季節性農工，且只有極少或沒有收入或流動資產，您可能在申請福利之日的 5 天之內獲得糧食券福利。您的個案負責人將隨時審核您的情況，以確定您是否有資格獲得糧食券申請的加快處理。現行處理程序會確保向所有具備糧食券資格且符合加快服務標準的家庭發放福利。

您是否無法前來本處進行糧食券福利申請面談？

如果您有困難，無法前來進行糧食券申請面談（如上班、健康或托兒問題），您可以請其他人為您申請。您也可以將申請表郵寄或交送給我們，在某些情況下，我們可以用電話與您訪談。

如果您需要安排電話訪談，請打電話至_____與我們聯絡。

您是否有問題？

若對填寫申請表或糧食券福利資格有疑問，可致電_____與我們聯絡。

除糧食券福利申請表以外，您還應備到以下材料：

- LDSS-4148A-CH：「申請人權利及責任須知」
- LDSS-4148B-CH：「社會服務計劃須知」
- LDSS-4148C-CH：「緊急情況須知」

紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室

糧食券福利申請 / 資格重新認證表

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

姓名： _____ 電話號碼： _____ 能用於找到您的其他電話號碼： _____

住址： _____ 房間號 _____ 市鎮 _____ 郵遞區號 _____

郵寄地址（如與住址不同） _____ 房間號 _____ 市鎮 _____ 郵遞區號 _____

其他姓名： _____ 您是： 申請 還是 重新認證資格 您希望收到何種語言的通知： 西班牙文及英文， 或 僅有英文

列出所有與您同住的人，無論其是否同時申請。先列出您本人。

名	中間名 縮寫	姓	申請人的 社會安全號碼 (SSN) 如沒有，寫明“支持”	出生日期	性別 男 或 女	此人是否申請		與您的 關係	是否與您一同 購物及/或 開賬？		是否 西班牙裔 或拉美國？		在每個表格下面填寫 Y (是) 或 N (否)						
						是	否		是	否	是	否	I	A	B	P	W		
1						<input checked="" type="checkbox"/>		本人	<input checked="" type="checkbox"/>										
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

*種族/族裔代碼： I - 美洲原住民或阿拉斯加原住民， A - 亞裔， B - 黑人或非裔美國人， P - 夏威夷原住民或太平洋島民， W - 白人

您和每個與您同住的人是否都是美國公民？ 是 否 如果回答「否」，注明此人是誰 _____

您或任何與您同住的人是否在逃以躲避執法機關對其嚴重罪行的起訴，或違反法院的緩刑或假釋令的規定？ 是 否

您或任何與您同住的人是否曾因欺詐或故意違反計劃而被取消領取糧食券的資格？ 是 否

您或任何與您同住的人是否正在別處申請或領取補助？ 是 否

您或任何與您同住的人是否已失明、傷殘或懷孕？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____

您或任何與您同住的人是否退伍軍人？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____

您或任何家人是否有住在戒毒或戒酒治療中心，經州級認證的團體居住設施或經州級認證的監察/支持公寓？ 是 否

如果您申請糧食券資格重審，請在最後一頁上列出自您上次申請或資格重審以來發生的變化（例如搬家，增添新生兒，有人搬進或搬出）。

如果您申請表至少填有您的姓名、地址（如有）及在此簽字，我們則必須收下您的申請。

申請人/代表簽字	簽字日期
----------	------

如需要多填寫空白處或有您認為我們應該瞭解的其他資訊，可使用本表第 6 頁。

請看第 2 頁

收入

列出您及任何與您同住的人的所有收入，包括，但不限於：工資，自雇收入（例如看護兒童、清潔服務、住宿或供膳的收入），兒童撫養費，退休金，退伍軍人福利，傷殘福利，社會安全福利或社會安全補助收入，用於房租或食物的助學金或獎學金，公共援助，以及來自朋友或親戚的收入

收入人姓名	收入來源	每月工小時數	多長時間領取一次收入？ (例如每週，每兩週，每月)	扣除前總收入

您或任何與您同住的人是否因就業或培訓需支付托兒費 / 其他家屬看護費？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 支付金額 \$ _____。 支付頻率 (如每週，每月) _____。

您或任何與您同住的人是否曾於最近 30 天內更換工作，或離職，或減少收入 — 包括減少工作時間或收入？ 是 否

您或任何與您同住的人是否有可能但尚未領到的收入？ 是 否 如果回答「是」，請在第六頁上說明。

您或任何與您同住的人是否正在領用個人需求補助 (PNA) 或膳食補助？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

您或任何家人是否根據經社會安全局批准的「PASS：實現自立的計劃」存儲了任何收入？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工？ 是 否 如果回答「是」，注明此人是誰 _____。

資產

每個申請人擁有的資金額？ (例如，隨身攜帶，置於家中，支票及儲蓄帳戶中，或其它，包括共有帳戶) \$ _____ 屬何人所有 _____。

是否有其他金融資產？ (例如股票，債券，退休帳戶，儲蓄債券，共同基金，個人退休帳戶，信託基金，貨幣市場證券) 是 否 如果回答「是」，金額為 \$ _____ 類別 _____ 擁有人 _____。

您或任何與您同住的人有多少輛轎車，卡車或其他車輛？ #1 年份 _____ 廠牌 _____ 車型 _____ 車主 _____ #2 年份 _____ 廠牌 _____ 車型 _____ 車主 _____

您或任何申請人是否擁有任何房產，包括您自己的住所？ 是 否 列出房產，申請人中是否有人於最近三個月內爲了獲得糧食資格而出售，贈送或轉讓現金或財產？ 是 否 _____ 房主 _____

勾選所有適用於您家庭的陳述：
 已擁有房屋或正在支付房款 租房 流動 / 季節性農工 無永久住所 與親戚或朋友同住

生活安排與開銷

列出開銷：
每月房租或房屋貸款償還金額 \$ _____ 每年房屋稅 \$ _____ 每年房屋保險 \$ _____

是否另付暖氣費用？ 是 否 如果回答「是」，請注明使用何種暖氣： 瓦斯 電 油 木柴 燃煤 其他 (請說明) _____ 暖氣公司帳號 _____

生活安排與開銷 (續)

是否另外支付水電瓦斯費用 (暖氣/冷氣除外)? 是 否 (例如燈盞、耐用瓦斯、洗衣機/烘乾機費用、垃圾/廢品、水、水電瓦斯設施初次安裝)

是否另外支付冷氣費用? 是 否

是否有其他人為您支付這些費用 (包括 Section 8 補貼住房或其他補貼計劃)?

是 否 如果回答「是」, 注明此人是誰 _____

您或任何與您同住的人是否正在支付法庭命令的兒童撫養費? 是 否 如果回答「是」, 注明此人是誰 _____

被撫養兒童姓名 _____

撫養費金額 \$ _____ 付款頻率 (例如每週, 每隔一週, 每月) _____

您或任何與您同住的人是否已失明/傷殘或年滿 60 歲以上? 如果回答「是」, 此人是否需支付醫療帳單? 是 否 如果回答「是」, 請在第 6 頁列出付款內容, 金額及何人負責付款。

您或任何與您同住的人(16 歲以上)是否註冊在校或正參加培訓? 是 否 如果回答「是」, 注明此人是誰 _____ 在何處就讀 _____

如需更多填寫空白處或有您認為我們應該瞭解的其他資訊, 可使用附表第 6 頁。

請閱讀以下重要內容

糧食券福利(FS)處罰警告 — 您提供的有關糧食券申請的所有資訊均將經過聯邦、州及地方官員核實。如有任何不實之處, 您的糧食券申請可能被拒絕。如您故意提供不實資訊, 您可能受到刑事起訴。

在下列情況下, 您將永遠失去領取糧食券資格: 如果您第二次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質 (非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品); 或以糧食券買、賣武器、軍火或炸藥; 或非法交易價值 \$500 以上的糧食券 (非法交易包括非法使用、轉移、獲取、更改或佔有糧食券、授權卡或領用工具); 或被裁定第三次犯有故意違反計劃之行爲 (IPV)。

如果您第一次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質 (非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品), 您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

如果您: **■** 第一次犯有故意違反計劃(IPV), 您將於一年內沒有資格領用糧食券。 **■** 第二次犯有故意違反計劃 (IPV), 您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

法庭也可能命令另行取消您 18 個月的糧食券資格。如果您對自己的身份或住址作虛假聲明以重復領取糧食券, 您將於十年內 (或者, 如果這是第三次犯有故意違反計劃(IPV), 則永遠) 失去領取糧食券資格。

如果您作虛假或誤導性聲明, 或歪曲、隱瞞或不透露事實; 或為使用、出示、轉移、獲取、領用、占有或非法交易糧食券、授權卡或電子福利轉帳 (EBT) 系統中的可再用文件而違反聯邦或本州法律, 您可能被裁定故意違反計劃。

您還可能被處以最高為 \$250,000 的罰款, 或最高為 20 年的監禁, 或兩項並罰。

請閱讀以下重要內容 (續)

同意 — 我理解，簽署此申請表即表明我同意紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室或地方社會服務部門為核查或證實我所提供之資訊而進行的任何調查，或就我的糧食券福利申請所作的任何其他調查。如果要求其他資訊，我將予以提供。我還將在糧食券品質控制審查中與本州及聯邦工作人員合作。

SUA (標準水電瓦斯補助) 資訊 — 我理解，糧食券領用人在收入標準上，歸類為具備家庭能源補助計劃 (HEAP) 資格。如果我未被包括在為某些糧食券領用人設立的 HEAP 年度自動付款程序中，我希望在今後 12 個月內申請福利。如果我在今後 12 個月內決定不申請 HEAP，我將告知工作人員。

電話費補貼資訊 — 我理解，糧食全福利領用人如果支付住家電話、移動電話、電話、電話卡或投幣電話的費用，即具備電話費補貼資格。如果我沒有電話開銷，我將告知個案負責人。

變更 — 我同意，根據我所瞭解或相信之情況，將我的需要、收入、財產、生活安排或地址之任何變更及時通知此機構。

申報/證實家庭開銷的規定 — 我理解，我的家庭必須申報托兒及水電瓦斯開銷方可在申請糧食券 (FS) 時，獲得這些開銷的減免。我也理解，我的家庭必須申報並證實向非家庭成員支付的房租/房屋貸款、房產稅、保險、醫療開銷及子女撫養費，方可在申請糧食券時，獲得這些開銷的減免。我理解，不申報/證實上述開銷，則會被認為我的家庭聲明我/我們無意為這些未申報/未證實之開銷獲得減免。這些開銷的減免可能會使我具備糧食券資格或者增加我的糧食券額度。我理解，我可在將來任何時候申報/證實這些開銷。屆時，未來各月糧食券福利的計算法將根據變動申報與處理程序之規定計入這些減免。

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼 (SSN) 的索取和使用 — 1977 年糧食券法案 (修正 7 US Code 2011-2036) 授權我們索取每個申請糧食券福利家庭成員的社會安全號碼。我們所收集的資訊將用於裁定您的家庭是否具備或繼續具備福利資格。我們將透過電腦核對程式證實這些資訊。這些資訊還將用於監督對計劃規定的遵守以及計劃管理。這些資訊將用於查實身份、證實工作及非工作收入以及裁定申請人或領用人是否符合資格領用現金或其他補助。這些資訊可能會提供給州及聯邦機構以便進行官方審查，也有可能提供給法官以緝捕逃避法律制裁者。

如果您沒有並需要獲得社會安全號碼，您向社會服務區提供的資訊可用來為您領取號碼。

公民/外籍人士身份 — 我謹依照證懲處條例宣誓並/或確證，我所提供有關我本人及每個與我同住者的公民和移民身份的資訊均真實無誤。我理解，我所提供用於證實任何糧食券福利申請者移民身份的資訊可能會被呈交給美國公民與移民服務局 (United States Citizenship and Immigration Service) 以查驗其真實性。

請閱讀以下重要內容並在下端簽字 (續)

無歧視通知 — 根據聯邦法律及美國農業部 (USDA) 的政策，本機構不得對種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障狀況予以歧視。若需遞交歧視投訴，信函請寄至：USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410，或打電話 (202) 720-5964 (語音及殘障服務)。USDA 為平等機會提供者及雇主。

授權代表 — 您可以授權瞭解您家庭情況的人士為您申請糧食券。如果您這樣做，請該受權代表在本頁下端簽署其姓名。您也可以授權非家庭成員為您領取糧食券並用於為您購買食物。如果您希望這樣做，請在下面用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。

LIFELINE(电话)：糧食券福利申請人/領用人：您是否授權臨時救濟和殘障補助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance) 向 Verizon 公司披露您的姓名、地址和電話號碼？ Verizon 可能根據這些資訊自動將您加入該公司的 Lifeline 服務，向您提供優惠電話費率。 是 否

證明：我謹依照偽證處條例宣誓並/或確證，我已經或將向本地社會服務區提供的資訊均為屬實。

申請人/代表簽字	簽字日期	丈夫/妻子簽字	簽字日期
X		X	

如果您是作為受權代表為他人申請，請在此用正楷填寫您的姓名和地址。您也可自願填寫您的電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

如果您是幫助他人填寫此申請/資格重新認證表，請在此用正楷填寫您的姓名和地址。您也可自願填寫您的電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

用此欄填寫其他資訊：

何人： _____ 說明：

何人： _____ 說明：

何人： _____ 說明：

我同意撤銷我的申請。我理解，我可以在任何時候重新申請。(I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.)
簽名 (SIGNATURE) _____ 日期 (DATE) _____

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency (can provider agencies determine FS eligibility?)
(Specify) _____

Reason: Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

紐約州政府機構用選民登記表

本表格必須以中文填寫

本表格有英文、西班牙文文本

「如果您沒在所居住的地區登記參加選舉，今天您願意在這裡登記參加選舉嗎？」

- 願意** (若選此項，請一併填寫下面的選民登記申請表)
- 不願意**，因為本人決定不參加登記，或
- 本人已在現居住地址登記，或
- 我已索取並收到郵寄登記表。
- 如果您沒選擇任何一項，即表示您決定這次不參加登記。

_____(簽字) _____(日期)

_____(請以正確填寫姓名)



重要資訊！

不論您是申請登記參加選舉，還是拒絕登記參加選舉，都不會影響本機構為您提供的幫助。

如果您希望有人幫助您填寫選民登記表，我們會幫助您。您有權決定是否尋求或接受他人的幫助。您可以保密方式填寫申請表。

如果您認為有人侵犯您登記或拒絕登記參選的權利，或者侵犯您以保密方式決定是否登記或申請登記參選的權利，或者侵犯您選擇政黨或作出其他政治選擇的權利，則您可將意見送交紐約州選舉委員會：New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109。

電話：1-800-469-6872, 打字電話：1-800-533-8683；或請到我們的網址查詢：www.elections.state.ny.us。

您辦理選民登記的決定將獲得保密，而且祇用於選民登記。決定不登記參加選舉者和/或申請所遞交的機構等資訊將保密，而且祇用於選民登記。

登記資格

您可使用本表辦理下列事項：

- 在紐約州登記參加選舉
- 更改名字和/或地址 (如果上次登記後曾改過名字和/或地址)
- 加入某黨派或改變目前所在的黨派

登記時您必須：

- 是美國公民
- 截止12月31日您遞交本文件時已年滿18歲 (註：到您希望參加投票的普選、初選或其他選舉日期，您的年齡必須滿18歲。)
- 選舉日前已成爲本郡或紐約市居民至少30天
- 不在監獄或因重刑罪而獲保釋
- 不在其他選區重複登記參加選舉

選民登記申請表 (背面有說明)

NVRA-05 (10/03)

是，我需要一份缺席者投票申請表

請用藍色或黑色墨水正確填寫

是，我想擔任選舉日工作人員

1 您是美國公民嗎？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如果您回答否，則不必填寫此表。		2 我在選舉當天或之前年滿18歲： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如果您回答否，則不必填寫此表，除非您將在年底之前年滿18歲。		本欄由選舉委員會填寫	
3 姓 _____ 名 _____		中開名 _____ 稱謂 _____			
4 住址 (請勿填寫信箱號碼) _____		公寓號 _____ 市/鎮/村 _____		郵遞區號 _____ 郡/縣 _____	
5 收信地址 (如與上述住址不同) _____		信箱號碼 _____ 郵局 _____		郵遞區號 _____	
6 出生日期 _____	7 性別 (請圈出) 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	8 住宅電話號碼 (是否填寫由您決定) _____	9 身份號碼 — 請勾出適當的方格，然後切除號碼 <input type="checkbox"/> 紐約州駕駛執照號碼 <input type="checkbox"/> 社會安全號碼的最後四位元數位 <input type="checkbox"/> 我沒有紐約州駕駛執照號碼或社會安全號碼		
10 您最後一次參加選舉的年份 _____		您當時的住址 (請寫出門牌號、街名、城市) _____		→	
所在郡/州 _____		選舉時使用的姓名 (如果與您的現用名不一樣) _____			
11 請選擇一個政黨 — 祇能勾出一項 <input type="checkbox"/> 共和黨 <input type="checkbox"/> 民主黨 <input type="checkbox"/> 獨立黨 <input type="checkbox"/> 保守黨 <input type="checkbox"/> 工作家庭派 <input type="checkbox"/> 其他 (請填寫) _____ <input type="checkbox"/> 我不想加入黨派		12 宣誓：我宣誓或聲明 • 我是美國公民 • 我在選舉之前已成爲本郡、本市、或本村居民至少30天。 • 我符合所有在紐約州登記選舉的條件。 • 下面橫線上是我自己的簽名或戳押。 • 以上所有資料屬實。我知道，如果資料不真實，我將可能被定罪，並且判處至多5,000美元罰款和/或至多四年監禁。 ↓ 簽名或戳押 ↓ X _____		日期 _____	

請勿在此空白處填寫

本表格填寫方法：

方格 1：必須填寫。如果您回答「否」，則請勿填寫本表格。

方格 2：必須填寫，但是如果您勾選「否」，則請勿填寫本表格，除非您是在本年底之前將滿18歲的紐約州居民。

方格 4：請填寫您的家庭住址。

方格 5：填寫您的郵寄地址（如果與家庭地址不同）（郵局信箱號碼、星光路線、或農村投遞路線號碼等）

方格 8：是否填寫這個方格由您自己決定。

方格 9：必須填寫。如果您擁有目前有效的紐約州駕駛執照，則必須填寫駕駛執照的號碼。如果您沒有目前有效的紐約州駕駛執照，則必須填寫社會安全號碼的最後四位數。

方格 10：如果您以前從未參加過選舉，請填「None」（無）。如果您不記得上一次在何時參加選舉，請填問號（?）。如果您以前用另一個姓名參加選舉，請填寫該姓名。如果未用過其他姓名參加選舉，請填「Same」（相同）。

方格 11：要在初選中投票，您必須參加紐約州的5個政黨之一。祇能勾選一個方格。

方格 12：本表格須用墨水筆簽字並填寫日期。



АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Вы подаете заявление только на получение фудстемпов?

Если Вы подаете заявление только на получение фудстемпов, Вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же Вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как Временное пособие, Пособие по уходу за детьми, Пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по Программе медицинской помощи (Медикайд), попросите выдать Вам другую форму анкеты-заявления.

Данная форма бланка предназначена для подающих заявления только на получение фудстемпов.

При подаче заявления на получение фудстемпов

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления; если за Вами будет признано право на получение льгот, фудстемпы будут начислены Вам с даты подачи заявления.
- Вы можете подать заявление до прохождения собеседования.
- Мы обязаны принять Ваше заявление, даже если в заявлении указаны только Ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи Вами заявления. Однако установить, сможете ли Вы получить фудстемпы, можно будет только если Вы заполните все графы бланка и пройдете собеседование в нашем ведомстве.
- Даже в том случае, если Вам или кому-то еще из проживающих с Вами лиц фудстемпы не положены из-за иммиграционного статуса, Вы можете подать заявление на получение фудстемпов для проживающих с Вами правомочных лиц и получать для них фудстемпы. Так, родители-иммигранты могут подать заявление на получение фудстемпов для своих детей, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.

Фудстемпы нужны Вам прямо сейчас? Возможно, у Вас есть право на их ускоренное оформление

Если у Вас и проживающих совместно с Вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, либо если объем Ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем Ваших доходов и наличных средств, либо если Вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве и у Вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, Вы, возможно, имеете право на получение фудстемпов в течение 5 дней со дня подачи заявления на получение льгот. Ваш ведущий всегда готов рассмотреть Ваши жизненные обстоятельства и определить, имеете ли Вы право на ускоренное оформление фудстемпов по Вашему заявлению на получение фудстемпов. Существует особый порядок, позволяющий обеспечить оформление фудстемпов всем группам проживающих совместно лиц, которым положены фудстемпы и которые имеют право на их ускоренное оформление.

Вам трудно прийти к нам на прием по поводу оформления фудстемпов?

Если Вам трудно лично явиться на прием для подачи заявления на получение фудстемпов (например, из-за работы, из-за здоровья или потому, что Ваши дети могут остаться без присмотра), подать заявление от Вашего имени может другое лицо. Кроме того, Вы можете выслать нам свое заявление по почте, привезти его и оставить в нашем офисе, а при определенных обстоятельствах мы можем провести с Вами собеседование по телефону.

Если Вам необходимо договориться о проведении собеседования по телефону, звоните по номеру _____.

У Вас есть вопросы?

Если у Вас есть вопросы по поводу заполнения анкеты-заявления или прав на получение фудстемпов, звоните по телефону _____.

Помимо бланка анкеты-заявления не забудьте получить следующие памятки:

- «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS-4148A-RU)
- «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU)
- «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах» (LDSS-4148C-RU)

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Number	Registry Number	Version	Lifetime	Apply <input type="checkbox"/> Recertify <input type="checkbox"/>	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Имя и фамилия _____ Номер телефона _____ Залpasной телефон, по которому с Вами можно связаться _____
 Адрес места жительства _____ кв. № _____ кв. № _____ город _____ NY почтовый индекс _____
 Адрес для перелетов (если не совпадает с приведенным выше) _____ оформлен переоформление Язык, на кот. Вы хотели бы получать извещения: испанский и английский только англ.
 Другие имя и (или) фамилия _____ Заявление подается на оформление NY почтовый индекс _____

Перечислите всех проживающих с Вами лиц, включая тех, кто не подает заявление на льготы вместе с Вами. В первую строку впишите свои собственные данные.

1	Имя	Отч.	Фамилия	Номер Soc. обеспечения (SSN) лица, подающего заявление на льготы (в случае отсутствия впишите «нет»)	Дата рождения	Семейное положение	Пол (M или Ж)	Подает ли это лицо заявление на льготы?		Кем Вам прихордится это лицо	Занимаетесь ли Вы покупкой и (или) приготовлением пищи вместе с этим лицом?		Иностран-ный или латиноамериканец?	Проставьте D (Да) или H (Нет) во всех клетках, характеризующих расовую принадлежность*
								Да	Нет		Да	Нет		
1								✓		я сам(а)	✓			
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

*Коды расовой или этнической принадлежности: I — американские индейцы или коренные жители Аляски, A — лица азиатского происхождения, B — негры или афроамериканцы, P — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, W — белые.

Являетесь ли Вы и все проживающие с Вами лица гражданами США? Да Нет Если нет, укажите, кто не гражданин _____
 Скрываетесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц от правоохранительных органов в связи с обвинением в совершении уголовного преступления либо нарушаете, как установлено судом, условия probation или условно-досрочного освобождения (parole)? Да Нет
 Были ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц когда-либо лишены права на получение фудстемпов за мошенничество или намеренное нарушение правил программы? Да Нет
 Оформляете или получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц фудстемпы или временное пособие в другом месте? Да Нет
 Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, слепые, нетрудоспособные или беременные? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____
 Являетесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц ветераном вооруженных сил США? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____
 Находитесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в наркологической лечебнице, общедоступной гостинице, общежитии или квартире, сертифицированных или субсидируемых властями штата? Да Нет
 Если Вы подаете переоформление документов на получение фудстемпов, перечислите на с. б изменения, происшедшие со времени подачи Вашего последнего заявления или переоформления (например, переезд на новое место, рождение ребенка, убытие или прибытие каких-либо лиц).

Мы обязаны принять у Вас заявление, даже если в нем указаны только Ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и стоит подпись в этой графе.

ЗАЯВИТЕЛЬ / OT ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ (ПОДПИСЬ) _____

ДАТА ПОДПИСАНИЯ _____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6.

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

Перечислите **ВСЕ** виды доходов — Ваши и всех проживающих с Вами лиц. Доходы включают в себя (но не ограничиваются этим): зарплату; заработки работающих на себя (напр., за присмотр за детьми; за уборку помещений; доход, полученный от постояльца/пансионера); выплаты на содержание детей; пенсии; пособие ветерана вооруженных сил США; пенсию по нетрудоспособности; пособие Соц. обеспечения; доход, получаемый на оплату снимаемого жилья или питания; Общественную помощь, а также средства, получаемые от родных или друзей.

Имя и фамилия лица, получающего доход	Источник дохода	Кол-во отработанных за месяц часов	Периодичность поступления дохода (напр., еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Общая получаемая сумма до удержаний

Несете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц расходы по уходу за детьми/ждивенцами в связи с трудовой деятельностью или профессиональной подготовкой? Да Нет

Если да, укажите, кто именно _____ Периодичность платежей (напр., еженедельно, ежемесячно) _____

Выплачиваемая сумма \$ _____ Периодичность платежей (напр., еженедельно, ежемесячно) _____
 Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, лица, которые за последние 30 дней сменили место работы, уволились или доходы которых (в любой форме) сократились (включая сокращение числа рабочих часов или дохода)? Да Нет

Есть ли у Вас или кто-либо из проживающих с Вами лиц не полученный на данный момент потенциальный доход? Да Нет Если да, поясните на с. б.

Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц Средства на личные нужды (PNA) или Пособие на питание? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____

Откладывали ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц часть дохода по условиям Плана достижения материальной независимости («PASS»), утвержденного Администрацией

Социального обеспечения? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____

Участвуете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в настоящее время в заботовке? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

Какая сумма денег имеется у каждого из подающих заявление лиц? (Напр., при себе, на пенсионном счету, дома, на чековых и сберегательных счетах или в иных местах, включая

совместные счета) \$ _____ Кому принадлежит сумма _____

Имеются ли иные финансовые средства? (Напр., акции, облигации, пенсионные счета, сберегательные облигации, взаимные фонды, персональные пенсионные счета (IRA), трастовые

фонды, сертификаты денежного рынка) Да Нет

Если да, укажите сумму в долл. \$ _____ тип _____ владелец _____

Сколько легковых, грузовых или иных транспортных средств имеется у Вас и проживающих с Вами лиц?

№ 1 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

№ 2 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

Есть ли у Вас или кто-либо из подающих заявление лиц какая-либо недвижимость, включая Ваше собственное жилье? Да Нет

Если да, перечислите _____

Передан ли безвозмездно (перевел на чужое имя, продал) кто-либо из подающих заявление лиц денежные суммы или какое-либо имущество в течение последних трех месяцев с целью

получения прав на получение фудстемпов? Да Нет

Пометьте галочками клетку всех пунктов, характеризующих Ваше положение и положение проживающих с Вами лиц

Являюсь владельцем жилья или плачу за дом Снимаю жилье Мигрант или сезонный с.-х. рабочий Нет постоянного жилья Живу у родных или друзей

Перечислите расходы: размер месячной платы за аренду жилья или ипотечного взноса \$ _____

размер годового налога на жилье \$ _____ годовая сумма взносов по страхованию жилья \$ _____

Платите ли вы отдельно за отопление? Да Нет Если да, укажите тип системы отопления: газовое электрическое

на жидком топливе дровяное угольное иное (уточните) _____

№ с-чета в компании, обеспечивающей отопление _____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. б.

Перейдите на с. 3

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ (продолжение)

Платите ли вы отдельно за коммунальные услуги (не считая отопления и кондиционирования)? Да Нет (напр., за свет, газ на кухне, пользование стиральной и сушильной машинами, сбор бытовых отходов и мусора, водопровод, плата за подключение коммунальных услуг)

Платите ли вы отдельно за кондиционирование воздуха? Да Нет

Оплачивает ли кто-то за Вас какие-либо из этих расходов (например, 8-я программа или иная программа субсидий)? Да Нет

Если да, укажите, кем какие расходы оплачиваются _____.

Платите ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц алименты на ребенка по исполнительному листу? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____.

Имена и фамилии детей, на содержание которых выплачиваются алименты _____.

Размер платежа \$ _____ Периодичность платежей (например, раз в две недели, раз в месяц, раз в две недели, раз в месяц) _____.

Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, слепые/нетрудоспособные или лица в возрасте 60 и более лет? Если да, есть ли у этого лица счета за медицинские услуги? Да Нет Если да, приведите на с. 6 сведения о том, за какие услуги, в каком размере и кому приходится оплачивать эти счета.

Посещаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц (в возрасте 16 лет и старше) школу или курсы профессиональной подготовки? Да Нет Если да, укажите, кто именно _____ учебное заведение (курсы) _____.

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS). Любые сведения, представляемые Вами в связи с Вашим заявлением на получение FS, подлежат проверке должностными лицами фед. ведомств, властей штата и местных учреждений. Если какие-либо сведения окажутся неверными, Вам могут отказать в предоставлении FS. За умышленное представление ложных сведений Вас могут подвергнуть уголовному преследованию.

Вы **никогда** не сможете вновь получить фудстемпы (FS), если Вы вторично признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS; или признаны в судебном порядке виновным в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на FS; или признаны в судебном порядке виновным в незаконном обороте FS на сумму не менее 500 долл.; незаконный оборот включает в себя незаконное использование, передачу, приобретение, подделку (или владение) FS, карточек-удостоверений для их получения или средств доступа к ним; или признаны в судебном порядке виновным в третьем намеренном нарушении правил программы (Intentional Program Violation - IPV).

Вы не сможете получать фудстемпы в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS.

Если Вы совершили первое IPV, Вас лишат FS сроком на один год; второе IPV, Вас лишат FS сроком на два года.

В дополнение к этому суд может лишить Вас FS еще на 18 месяцев. За представление ложных сведений о собственной личности или о месте проживания с целью многократного получения FS Вас лишат права получения FS на десять лет (или пожизненно — если это было третье IPV).

Вас могут признать виновным в IPV, если Вы представите ложные или вводящие в заблуждение сведения или извратите, скроете или не представите факты; или совершите какое-либо действие, являющееся нарушением федерального закона или закона штата, с целью использования, представления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота талонов, карточек-удостоверений для их получения или документов многократного пользования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Вас могут также подвергнуть штрафу в размере до 250 тыс. долл., тюремному заключению на срок до 20 лет или и тому и другому.

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕРКУ СВЕДЕНИЙ. Мне известно, что, подписывая настоящее заявление, я тем самым даю согласие на проведение Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, а также местным отделом социальных служб любых проверок с целью подтверждения предоставления представленной мной информации, а также любых других проверок, предпринимаемых этим ведомством в связи с моей просьбой о предоставлении льгот по программе Фудстемпов. Готов(а) представить по требованию ведомства дополнительные сведения. Обязуюсь также оказывать всемерное содействие сотрудникам официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими качества работы (Quality Control Review) программы Фудстемпов.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАНДАРТНОМ ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (SUA). Мне известно, что получатели FS по объему доходов имеют право получать льготы по программе Пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если я не являюсь абонентом системы автоматических ежегодных платежей HEAP для отдельных категорий получателей FS, я намерен подать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев. Если я решу не подавать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев, обязуюсь поставить об этом в известность своего ведущего.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ ТЕЛЕФОННЫХ УСЛУГ. Мне известно, что получатели фудстемпов, пользующиеся домашним или сотовым телефоном, телефонной карточкой или таксофоном, имеют право на пособие для оплаты телефонных услуг. Если у меня нет расходов на пользование телефоном, обязуюсь поставить об этом в известность своего ведущего.

ИЗМЕНЕНИЯ. Обязуюсь незамедлительно ставить ведомство в известность о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий или места жительства, добросовестно представляя все сведения согласно обязательным для меня требованиям отчетности.

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ. Мне известно, что для получения в рамках программы Фудстемпов (FS) дополнительных выплат на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, я и проживающие со мной лица обязаны отчитываться об этих расходах. Мне известно также, что для получения в рамках программы FS дополнительных выплат я и проживающие со мной лица должны подавать и документально подтверждать сведения о внесении платы за аренду жилья, выплатах ипотечной ссуды, налогов на недвижимость, страховых взносов, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов детям, не проживающим с нами совместно. Мне известно, что непредставление сведений об этих расходах и подтверждающих документов будет истолковано как открыто выражаемое мною и проживающими со мной лицами нежелание получить дополнительные выплаты на покрытие тех расходов, относительно которых мною/нами не были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачет подобных расходов может дать мне право на получение FS или на увеличение количества выдаваемых мне FS. Мне известно, что я могу подать сведения об этих расходах и подтверждающие документы в любое время в дальнейшем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае включены при начислении FS в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях и учета изменений.

ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ПОРЯДОК ЗАПРАШИВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN). Согласно Закону о фудстемпах 1977 г. (с поправками и дополнениями, см. Свод законов США — 7 U.S. Code 2011-2036), при сборе сведений для установления прав на получение FS разрешено требовать информацию о SSN всех проживающих совместно лиц. Собираемые нами сведения будут использованы для установления или подтверждения наличия у Вас и проживающих с Вами лиц прав на получение льгот. Мы проведем сверку представленной заявителем информации с помощью специальных компьютерных программ. Эти сведения будут использованы также для надзора за соблюдением требований программы льгот и для обеспечения дальнейшей реализации программы. Представленные сведения будут использоваться для удостоверения личности, проверки данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников и для выяснения того, могут ли заявители или получатели льгот получать помощь в денежной или иной форме. Представленные сведения могут передаваться для изучения другим официальным органам штата и федеральным правоохранительным органам с целью содействия задержанию скрывающихся от правосудия лиц.

Если Вам нужен SSN, а у Вас его нет, сведения, представленные Вами местным отделам социальных служб, могут быть использованы для оформления Вам SSN.

ГРАЖДАНСТВО И ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС. Будучи осведомлен об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, настоящим клятвенно подтверждаю, что все представленные мною сведения о моем и проживающих со мною лиц гражданстве и иммиграционном статусе верны и соответствуют действительности. Мне известно, что Служба по делам гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Service) вправе проверить достоверность любых сведений, представленных мною в подтверждение иммиграционного статуса любого из лиц, подающих заявление на предоставление фудстемпов.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ И РАСПИШИТЕСЬ ВНИЗУ (продолжение)

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. В соответствии с федеральным законодательством США и директивами Министерства сельского хозяйства США (USDA), наше ведомство не имеет права дискриминировать людей в зависимости от их расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, возраста, религиозных и политических убеждений или физических недостатков. Жалобы на факты дискриминации следует направлять в USDA в письменном виде по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, телефон (202) 720-5964 (линия для обычной связи и для лиц с недостатками слуха). USDA строго соблюдает принцип равенства возможностей в предоставлении услуг и в трудоустройстве.

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ. Вы имеете право уполномочить лицо, знающее бытовую ситуацию, в которой находитесь Вы и проживающие с Вами лица, подать заявление от Вашего имени на получение для Вас фудстемпов (FS). Если Вы решили назначить такое доверенное лицо, оно должно поставить свою подпись в графе «Подпись» внизу этой страницы. Кроме того, Вы можете уполномочить кого-либо из не проживающих с Вами лиц получать для Вас фудстемпы или покупать на них продукты питания. Если Вы хотите назначить такое доверенное лицо, разборчиво впишите его имя, фамилию, адрес и телефон в оставленное ниже место.

ПРОГРАММА «ЛАЙФЛАЙН» (LIFELINE). Вниманию подающих заявления на получение фудстемпов и получателей фудстемпов: согласны ли Вы, чтобы Офис по временной помощи и по помощи нетрудоспособным передал сведения о Вас (имя и фамилию, адрес и телефон) компании «Verizon», которая может на основе этих сведений автоматически перевести Вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн»? Да Нет

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ. Зная об ответственности за представление заведомо ложных сведений, я заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые представлены или будут представлены мной местным органам социальных служб, соответствуют действительности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО ЛИЦА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ МУЖА (ЖЕНЫ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
X		X	

ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ИМЕНИ ДРУГОГО ЛИЦА КАК ЕГО ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО, РАЗБОРЧИВО ВПИШИТЕ В ЭТИ ГРАФЫ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС. ВЫ МОЖЕТЕ ТАКЖЕ ПО ЖЕЛАНИЮ ВПИСАТЬ СЮДА НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя и фамилия _____

адрес _____

телефон _____

ЕСЛИ ВЫ ПОМОГАЛИ ДРУГОМУ ЛИЦУ, ТО, ЗАПОЛНЯЯ ЭТУ АНКЕТУ-ЗАЯВЛЕНИЕ, РАЗБОРЧИВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ВПИШИТЕ В ЭТУ ГРАФУ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС, А ПРИ ЖЕЛАНИИ ТАКЖЕ НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя и фамилия _____

адрес _____

телефон _____

Впишите в эту графу дополнительную информацию:

Имя и фамилия _____ Пояснения:

Имя и фамилия _____ Пояснения:

Имя и фамилия _____ Пояснения:

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. Мне известно, что я имею право вновь подать заявление в любое время.

(I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.)

ПОДПИСЬ (SIGNATURE)

ДАТА (DATE)

Служебные отметки (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency (can provider agencies determine FS eligibility?) (Specify) _____

Reason: / / Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

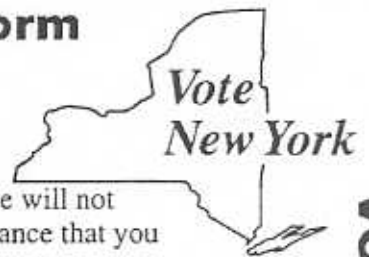
FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** at bottom of page)

NO because I choose not to register OR

I am already registered at my current address OR

I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

(Signature)

(Date)

(Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with *New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; or visit our web site - www.elections.state.ny.us

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted
- enroll in a political party or change your enrollment

To Register You Must:

- be a U.S. citizen
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: you must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.)
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election.
- not be in jail or on parole for a felony conviction
- not claim the right to vote elsewhere

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1 Are you a U.S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>If you answered NO, do not complete this form.</small>		2 I will be 18 years old on or before election day: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.</small>		For Board use only!							
3 Last Name		First Name		Middle Initial		Suffix					
4 Address Where You Live (do not give P.O. address)				Apt. No.		City/Town/Village		Zip Code		County	
5 Address Where You Get Your Mail (if different from above)				P.O. box, star rte., etc.		Post Office		Zip Code			
6 Date of Birth		7 Sex (circle) M F		8 Home Tel. Number (optional)		9 ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York Driver's License Number <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number <input type="checkbox"/> I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.					
10 The last year you voted		Your Address was (give house number, street, and city)						<div style="text-align: center;">➔</div>			
In county/state		Under the name (if different from your name now)									
11 Choose a Party — Check one box only <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY						12 AFFIDAVIT: I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city, or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. ↓ Signature or mark ↓ X _____ Date _____					

Please do not write in this space

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.)

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only.

Box 12: This application must be signed and dated in ink.



SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS



¿Solamente desea solicitar Cupones para Alimentos?

Puede solicitar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de cupones para alimentos. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sirvase solicitar un formulario diferente.

Esta solicitud es solamente para solicitar el beneficio de cupones para alimentos.

Cuando usted solicita el beneficio de cupones para alimentos

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su dirección (si tiene una) y una firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aún cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar los cupones para los hijos que sí satisfacen los requisitos.

¿Necesita cupones de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de cupones

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir los cupones dentro de los cinco días de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios a los hogares que tengan derecho a recibirlos bajo las normas establecidas del proceso acelerado de cupones.

¿No le es posible presentarse en nuestra oficina para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

Comuníquese con nosotros al _____ si necesita concertar una entrevista por teléfono.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas al llenar esta solicitud o no sabe si reúne los requisitos para recibir cupones para alimentos, comuníquese con nosotros al _____.

Además de la solicitud para los cupones, asegúrese de recibir copias de:

- LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales»
- LDSS-4148C-SP: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK
SOLICITUD / RECERTIFICACION DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	Apply	Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	-------	-----------	------

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Apt.# _____ Ciudad _____ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: _____
 Dirección residencial: _____ Apt.# _____ Ciudad _____ NY Código Postal _____
 Dirección postal (si es diferente) _____ Apt.# _____ Ciudad _____ NY Código Postal _____
 Otro nombre: _____ Usted está: Solicitando Recertificando Quiere recibir avisos en: español e inglés inglés solamente

Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su información personal en la línea uno.

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del solicitante (si no tiene uno, escriba "No tiene")	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M F	¿Esta solicitando beneficios esta persona?		Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted esta persona?		¿Hispano(a) o Latino(a)?	Indique S (SI) o N (No) para cada raza*						
								SI	No		SI	No		SI	No	I	A	B	P	W
1								✓		Yo mismo(a)	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*Códigos de Raza/Etnia: I - Norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, A - Asiático(a), B - Negro(a) o Afroamericano(a), P - Nativo(a) de Hawai o Islas del Pacifico, W - Blanco(a)
 ¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadanos estadounidenses? SI No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano(a)? _____
 ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, prófugo de la justicia por delitos mayores o está en violación de la libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole) dispuesta por un tribunal de justicia? SI No
 ¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del programa de cupones para alimentos por fraude o violación intencional al programa? SI No
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo Cupones para Alimentos o Asistencia Temporal en otro lugar? SI No
 ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, no vidente, incapacitado(a) o está embarazada? SI No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra? SI No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted, reside en un centro de tratamiento por el uso de drogas o alcohol, residencia en grupo o apartamento subsidiado por el Estado con servicios de apoyo? SI No
 Si esta es una recertificación para los cupones, incluya en la página 6 cualquier cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido desde la última vez que presentó su solicitud o recertificación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó de éste).
Debemos aceptar su solicitud si ésta contiene, por lo menos, su nombre, su dirección (si tiene una) y firma en esta casilla.

	FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE
	FECHA DE LA FIRMA

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional necesaria.

Vaya a la página 2

INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, Asistencia Pública e ingresos provenientes de amigos(as) o parientes.

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo, semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 Cantidad pagada (\$) _____ ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) _____
 Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos? Sí No
 ¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aún no ha recibido? Sí No En caso afirmativo, explique en la página 6.
 ¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?
 Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

RECURSOS

¿Cuánto dinero tiene cada una de las personas que solicita beneficios? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y caja de ahorro o en otro lugar, incluyendo cuentas en tenencia conjunta). \$ _____ pertenecen a _____
 ¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de jubilación (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)
 Sí No

En caso afirmativo, cantidad en \$ _____ Tipo _____ Propietario _____
 ¿Cuántos carros, camionetas u otros vehículos tiene usted o alguna de las personas que viven con usted?
 N° 1 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____
 N° 2 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? Sí No En caso afirmativo, indique propiedad _____ Propietario _____
 ¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir cupones? Sí No

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar.
 Vivienda propia o la está pagando Renta Trabajador migrante estacional de finca No tiene residencia permanente Vive con parientes o amigos
 Indique gastos:
 Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ _____ Impuestos inmobiliarios anuales \$ _____ Seguro anual de la casa \$ _____
 ¿Paga calefacción por separado? Sí No En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción: Gas Electricidad Fuel oil Leña Carbón Otro (Indique) _____

N° de cuenta que tiene con la compañía de calefacción _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga los servicios públicos por separado (fuera de calefacción/aire acondicionado)? Si No (por ejemplo: luz, gas para cocinar, gastos de lavado/secado, recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a servicios públicos).

¿Paga aire acondicionado por separado? Si No

¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted (por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio)?

Si No En caso afirmativo, ¿quién paga qué? _____

¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial? Si No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Nombre o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores _____

Cantidad del pago \$ _____ Frecuencia del pago (por ejemplo, semanal, quincenal, mensual)

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es no vidente, incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿tiene dicha persona gastos médicos? Si No

En caso afirmativo, haga una lista en la página 6 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién es el responsable de dichos gastos.

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (de 16 años de edad o mayor) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? Si No En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿dónde? _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS) - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir los cupones para alimentos estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán denegar los cupones. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener beneficios de cupones para alimentos si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar cupones para alimentos por un valor de \$500 ó más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de cupones para alimentos, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir cupones para alimentos durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de cupones para alimentos.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir los cupones por el período de un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir los cupones por un período de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir beneficios de cupones durante un período de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de cupones, no podrá recibir cupones durante un período de diez años (o en forma permanente si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; o comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000 ó pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

CONSENTIMIENTO - Entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud de cupones para alimentos. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa de cupones para alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) - Entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos para el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de cupones para alimentos, tengo intenciones de solicitar el beneficio dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS - Entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos para una asignación telefónica si pagan por el uso de un teléfono en el hogar, teléfono celular, un teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS - Acepto informar con prontitud a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR - Entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al programa de cupones (FS). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler/hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los cupones. Entiendo que el no reportar/no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo/hosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados/no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir cupones o aumentar mis beneficios de cupones. Entiendo que puedo reportar/verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de cupones en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) - La recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto a los cupones, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento mediante programas informáticos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si no tiene un número de seguro social y necesita obtener uno, la información que usted suministre al distrito de Servicios Sociales se puede utilizar para obtener uno.

CIUDADANÍA / CONDICIÓN DE EXTRANJERO - Declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi situación de ciudadanía o condición de extranjero, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Service*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) de cupones para alimentos.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME AL FINAL DE LA PÁGINA (continuación)

INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICA ANTIDISCRIMINATORIA - Según la política de las leyes federales y del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* ó llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO - Puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que solicite los cupones por usted. Si así lo decide, dicha persona debe firmar al pie de esta página. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los cupones en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, escriba en letra de molde abajo, el nombre de dicha persona, la dirección y número de teléfono.

LIFELINE: solicitantes/beneficiarios de cupones para alimentos: ¿Autoriza usted a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York a divulgar su nombre, dirección y número de teléfono a la compañía Verizon?. Verizon usará esta información para inscribirlo automáticamente en el servicio de descuento conocido como *Lifeline*. SI NO

CERTIFICACIÓN: Juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO/ESPOSA	FECHA DE LA FIRMA
X		X	

SI ESTÁ PRESENTANDO ESTA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO DE OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y SU DIRECCIÓN - PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____
Dirección _____

Teléfono _____

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A COMPLETAR ESTA SOLICITUD/RECERTIFICACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y LA DIRECCIÓN EN LETRAS DE MOLDE LEGIBLES. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____
Dirección _____

Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién? _____ Explicación: _____

¿Quién? _____ Explicación: _____

¿Quién? _____ Explicación: _____

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD Entiendo que puedo volver a presentar la solicitud cuando lo desee. (I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time).

FIRMA (SIGNATURE): _____

FECHA (DATE): _____

Para uso exclusivo de la Agencia (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency (can provider agencies determine FS eligibility?)
(Specify) _____

Reason ____ / ____ / ____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments: _____

Formulario de inscripción del votante emitido por una agencia del Estado de Nueva York

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLÉS
本表格有中文文本



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

"Si usted no está inscrito para votar en el lugar de su residencia actual, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí y ahora?"

SI (Si marca SI, sírvase completar la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE al final de esta página)

NO, porque elijo no inscribirme, O

Ya estoy inscrito en mi residencia actual, O

Ya solicité y recibí un formulario de inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

(Firma) _____ (Fecha) _____

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

¡IMPORTANTE!

El hecho de solicitar o rehusar la inscripción para votar no afectará la magnitud de la asistencia que le será proporcionada por esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, nosotros se la brindaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es sólo suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted piensa que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o no, o para solicitar inscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una demanda ante la *Junta Electoral del Estado de Nueva York*, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109. Teléfono: 1-800-469-6872, TTY (línea para discapacitados auditivos) 1-800-533-8683; o visite nuestro sitio en la red - www.elections.state.ny.us

Su decisión de registrarse permanecerá confidencial y solamente será utilizada para los fines de inscripción del votante. Toda persona que escoja no inscribirse para votar y/o la información referente a la oficina ante la cual se presentó la solicitud permanecerán confidenciales, para ser utilizadas solamente para los fines de inscripción del votante.

Requisitos para la inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York.
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó.
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

Para inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano norteamericano.
- haber cumplido 18 años de edad antes del 31 de diciembre del año en que usted presente este formulario. (Nota: usted debe tener 18 años de edad para el día de la elección general, primaria u otra elección en la cual desee votar).
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York por lo menos 30 días antes de una elección.
- no estar en prisión o bajo libertad condicional por la condena de un delito.
- no reclamar el derecho de voto en otro lugar.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE (Instrucciones en el reverso)

NVRA-05 (10/03)

SI, necesito una solicitud para una Boleta de ausente Si, me gustaría ser un Trabajador para el día de las elecciones

Sírvase completar con letras de imprenta en tinta azul o negra

1 ¿Es usted ciudadano norteamericano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2 Tendré 18 años el día de las elecciones o antes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¡Para uso exclusivo de la Junta!	
Si respondió NO, no complete este formulario.		Si respondió NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.			
3 Apellido _____ Nombre _____		Inicial segundo nombre _____ Sufijo _____			
4 Domicilio de su hogar (no escriba casilla de correo) _____		Nº de apto _____ Ciudad/Pueblo/Aldea _____		Código postal _____ Condado _____	
5 Domicilio postal (si difiere del anterior) _____		Casilla de correo, Nº de ruta, etc. _____		Oficina de correos _____ Código postal _____	
6 Fecha de nacimiento _____	7 Sexo (encierra en un círculo) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	8 Nº de teléfono de su hogar (opcional) _____	9 Número de identificación - Marque el recuadro que corresponda y escriba el número		
10 Último año en que usted votó _____ Su domicilio era (escriba calle, número y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si difiere del que utiliza actualmente) _____		<input type="checkbox"/> Nº de licencia de conducir de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Nº de seguro social <input type="checkbox"/> No poseo ninguno de dichos números	
11 Elija un partido - Marque sólo un recuadro		12 DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que			
<input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LA INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LAS FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO		Recuerde que para votar en una elección primaria , usted debe estar inscrito en uno de estos partidos		• Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días con anterioridad a la elección. • Cumpló con todos los requisitos para inscribirme para votar en el estado de Nueva York. • Mi firma o huella figura en la línea que está a continuación. • La información precedente es verdadera. Entiendo que si no fuera verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta \$5.000 y/o encarcelado por un máximo de cuatro años. ↓ Firma o marca ↓ X _____ Fecha _____	

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Recuadro 1: Debe estar completo. Si usted responde NO, no complete este formulario.

Recuadro 2: Debe estar completo; no obstante, si usted responde NO, no complete este formulario A MENOS QUE usted sea un residente de Nueva York que habrá cumplido los 18 años de edad antes de finalizar este año.

Recuadro 4: Escriba el domicilio de su hogar.

Recuadro 5: Escriba su domicilio postal si difiere del de su hogar (Nº de casilla de correo, Nº de ruta, etc.)

Recuadro 8: Es opcional completar este recuadro.

Recuadro 9: Debe estar completo. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su N° de seguro social.

Recuadro 10: Si usted nunca ha votado antes, escriba "None" (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba "Same" (mismo).

Recuadro 11: Para poder votar en la elección primaria de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos en Nueva York. Marque sólo un recuadro.

Recuadro 12: Esta solicitud debe estar firmada y fechada con tinta.



HOW TO COMPLETE



THE FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RE-CERTIFICATION

Applying For Food Stamp Benefits Only?

If you are only applying for Food Stamp Benefits (FS) you can use this shorter application. If you would like to apply for other benefits such as Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance or Medicaid please ask for a different application. *This application can only be used to apply for Food Stamp Benefits.*

When You Are Applying For Food Stamps Benefits

- You can file an application the same day you receive it. If you are eligible, benefits will be provided back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and a signature. This information will establish your application filing date. However, for us to determine your eligibility, the application must be completed, signed on page 5 and we must interview you.
- You can apply for and get Food Stamp Benefits for eligible household members even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, immigrant parents can apply for Food Stamp Benefits for their children even if they are not themselves eligible for benefits.

Need Food Stamp Benefits Right Away? You May Be Eligible For Expedited Food Stamp Benefits Service

If your household has little or no income or liquid resources, or if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, or you are a migrant or seasonal farm worker with little or no income or resources when you apply, you may be eligible to receive Food Stamp Benefits within five days of the date that you apply for benefits. Your worker will always review your circumstances to see if you are eligible for expedited processing of your Food Stamp Benefits application. A process is in place to ensure that benefits will be issued to all Food Stamp Benefits eligible households who meet the standards for expedited service.

Having Problems Coming To Us For A Food Stamp Benefits Appointment?

If it is difficult for you to come in for a Food Stamp Benefits application appointment (reasons may include employment, health issues, or child care problems), you may have someone else apply for you. You also can mail us your application or drop it off and, in some circumstances, we can interview you by telephone.

Please contact us at _____ if you need to set up a telephone interview.

Questions?

For any questions you have about completing an application or eligibility for Food Stamp Benefits, you may contact us at _____.

In addition to the Food Stamp Benefits Application/Recertification, make sure you have been given copies of:

- LDSS-4148A: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities"
- LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs"
- LDSS-4148C: "What You Should Know If You Have an Emergency"

Please **PRINT** clearly in blue or black ink.

Do **NOT** print in the shaded areas.

Be sure to complete each section.

If you are applying as someone's representative, please print information about that person, not yourself.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION

NAME: PRINT your legal name including your first name, middle initial and last name.

TELEPHONE NUMBER: PRINT your home phone number.

OTHER PHONE: PRINT another phone number that you can be reached at.

RESIDENCE ADDRESS: PRINT the street, avenue, road, etc., where you now live. PRINT the city you live in. PRINT your zip code.

MAILING ADDRESS: PRINT your mailings address if it is different from your residence.

OTHER NAME: PRINT any maiden names, names from a previous marriage, or other names that any person listed has or now uses.

Check (✓) whether you are applying or recertifying for Food Stamp Benefits.

Check (✓) if you wish to receive notices in Spanish and English or just English.

SECTION 2: HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION:

LIST THE NAMES OF EVERYONE WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT APPLYING WITH YOU.

PRINT your full name first. Then PRINT the names of the other people who live with you:

PRINT the date of birth, Social Security Number (if the individual does not have a SSN, enter "none"), marital status and sex for each person applying. Certain non-applicants not eating with the household may choose not to list their Social Security Numbers.

Check (✓) Yes or No to tell us who is applying.

For each person in the household, PRINT how they are related to you (for example: wife, son, friend, etc.)

Check (✓) Yes if that person buys and/or prepares food with you.

Check (✓) Yes or No to indicate if each person applying is Hispanic or Latino or not*

Enter Y (Yes) or N (No) for each race.

Race/Ethnic codes: **I** – Native American or Alaskan Native, **A** – Asian, **B** – Black or African American, **P** – Native Hawaiian or Pacific Islander, **W** – White*

*These answers are optional but, if not completed, the interviewer may have to record them by observation. This information will not affect your eligibility.

SECTION 3: Answer all questions in section 3.

SECTION 4: Sign your name and date, only if you want to submit your application without completing the next page at this time.

SECTION 5: INCOME: List all your income and the income of everyone living with you. PRINT the name of the person receiving the income, the source of income and how often it is received. Income can include: Regular job (wages), income before strike, on-the-job-training, military reserves, national guard, work study, alimony, child support, educational assistance (grants, scholarships, etc.), friends or relatives (other than loans), public assistance, pensions or retirement, Supplemental Security Income (SSI), Social Security benefits, veterans benefits, unemployment benefits, worker's compensation, babysitting, taxi driving, cleaning homes or other buildings, farming/ranching, income from a roomer, income from a boarder or arts and crafts.

NOTE: Foster Care Payments and Food Stamp Benefits –You may choose to include the foster care child or adult in the Food Stamp Benefits household. If you do, any associated foster care payments will **not** be counted as income. All other income or resources of the foster care child will be counted. If you have any questions about this, make sure to ask your worker.

Be sure to answer all other questions in section 5.

SECTION 6: RESOURCES: *If everyone in your household is receiving SSI, you do not need to fill out this section.*

Answer all the questions in Section 6 for yourself and everyone who is applying for Food Stamp Benefits. List the dollar (\$) amount or value and the name of the person who has the resource. **Be sure to list any joint holdings.** Resources may include any of the following: cash on hand, cash held by others, checking or savings account, savings bonds, individual retirement account, pension plan, individual development account, stocks/bonds, mutual funds, trust fund, money market certificates, buildings, land, rental property, vacation or recreational property or house other than home.

SECTION 7: LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES:

PRINT the amount you pay for rent, mortgage, room and board or other housing. List the dollar (\$) amount that you pay for your property taxes and homeowner's insurance (including fire insurance).

If you pay for your heat separately, check (✓) what type of heat you have.

Also, indicate if:

- you pay for other utilities separately from your rent/mortgage, have telephone costs or air conditioning costs and if you do, who pays what?
- anyone pays court-ordered child support and if so, who, how much and the frequency of payments.
- anyone applying has any medical bills such as in-home nursing service, dentures, hearing aid, eyeglasses, seeing eye dog or service animal, health insurance and medical payments, hospital or nursing care, medical or dental services, prescription drugs or medical transportation.
- anyone in your household is enrolled in school or in a training program and if so, who and where.

Be sure to answer all other questions in section 7.

SECTION 8: LEGAL STATEMENTS: Read this section carefully or have someone read it to you. Fill in names of individuals who are not U.S. citizens, national or persons with satisfactory immigration status.

For **Lifeline**, check (v) "Yes", if you authorize the NYS Office of Temporary and Disability Assistance to disclose your name, address and telephone number to Verizon. Verizon may use this information to automatically enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate. Lifeline is the lowest rate available for basic telephone service from Verizon. If you check (v) "No" or do not check (v) anything, your information will not be disclosed to Verizon.

Note: NY State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Food Stamp Benefits by hiding the facts or not telling the truth.

SECTION 9: SIGNATURES: Sign your name. If you have filled out the application for someone else, sign your own name. Date the application.

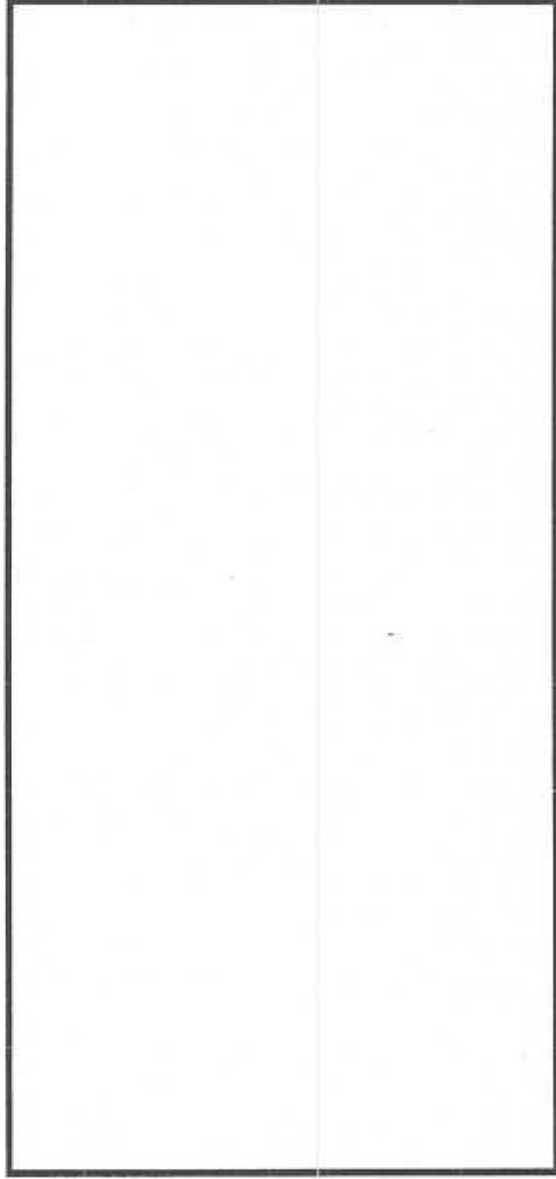
SECTION 10: FOOD STAMP BENEFITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE: If you want someone from outside your household to get the Food Stamp Benefits or to buy the food for you, PRINT their name, address and phone number.

SECTION 11: ADDITIONAL INFORMATION: Use this section to let us know additional information that you think we might need to know.

SECTION 12: CONSENT TO WITHDRAW: If you decide you no longer wish to apply for Food Stamp Benefits, sign your name and enter date. You may reapply at any time.

Note: The last page of this application is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, ask your worker. Applying or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be given by this agency.

Information from your application and interview will be entered and stored in the Welfare Management System (WMS), a statewide computer system. This system is used to improve the management of Social Services Programs and to deter fraud.





مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز كيف تكمل طلب مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس)



هل أنت متقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط؟

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديكين) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً. يمكن استخدام هذا الطلب للتقديم على مخصصات قسائم الطعام فقط.

عند تقديمك للحصول على مخصصات قسائم الطعام

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تسلمه؛ وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك، وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.
- يمكنك تقديم طلبك قبل إجراء مقابلة معك.
- يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك؛ إلا أنه يجب ملء طلبك كلياً، والتوقيع عليه في صفحة 5 وأن تجري مقابلة معك لكي نحدد درجة أهليتك.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي ينتمون به. مثلاً، يستطيع الآباء المهاجرون تقديم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأطفالهم حتى ولو كان الآباء غير مؤهلين للحصول على المخصصات.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟ قد تكون مؤهلاً لخدمة مخصصات قسائم الطعام المستعجلة

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد المتاحة أو كانوا معدمين، أو إذا كان قهر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك المتاحة، أو كنت عامل زراعية موسمياً أو منتقلاً وكان لديك قهراً قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام في ظرف خمسة أيام من تاريخ تقديمك للحصول على المخصصات. سيراجع دائماً العامل / العاملة المسؤول عنك ظروفك ليرى إن كنت مؤهلاً لتلقي خدمة مخصصات قسائم الطعام بصفة مستعجلة. هناك نظام قائم لضمان صدور المخصصات إلى جميع أهل الدار المؤهلين لتلقي مخصصات قسائم الطعام الذين يفون بمعايير الخدمة المستعجلة.

هل تلاقى مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات قسائم الطعام؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات قسائم الطعام [قد تتضمن الأسباب كلا من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف. يرجى الاتصال بنا على الرقم _____ وذلك إذا كنت بحاجة إلى حجز موعد لإجراء مقابلة هاتفية.

هل لديك أسئلة؟

للإجابة على أي سؤال قد يكون لديك حول ملء هذا الطلب أو أهليتك للحصول على مخصصات قسائم الطعام، فيمكنك الاتصال بنا على _____.

- إضافة إلى طلب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، تأكد بأنه تم إعطائك نسخاً من كل من:
- LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
 - LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
 - LDSS-4148C-AR: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة بجر أزرق أو أسود.

يرجى عدم الكتابة في المناطق المظلمة.

تأكد من إكمال ملء كل قسم بكامله.
إذا كنت تقدم الطلب بصفتك ممثلاً لشخص آخر، فالرجاء كتابة المعلومات عن الشخص الذي تمثله وليس عن نفسك.

القسم 1: معلومات عن مقدم أو مقدمة الطلب

الاسم: اكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك القانوني بما فيه اسمك الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، واسمك الأخير.

رقم الهاتف: اكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم هاتف بيتك.

رقم هاتف آخر: اكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم هاتف آخر يمكننا الاتصال بك من خلاله.

عنوان السكن: اكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقم فيها. اكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقم فيها. اكتب بحروف كبيرة وواضحة رمزك البريدي.
العنوان البريدي: اكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوانك البريدي في حال كان مختلفاً عن عنوان سكنك.

اسم آخر: اكتب بحروف كبيرة وواضحة أي أسماء قبل الزواج، أسماء من زواج سابق، أو أسماء أخرى لأي شخص مدرج استعمالها في السابق أو استعمالها الآن.

صنع إشارة (✓) سواء كنت مقدماً لتلقي مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) أو لإعادة تثبيت لياقتك لها.

صنع إشارة (✓) في المربع المناسب إذا كنت ترغب في تلقي الإخطارات في اللغتين الإسبانية والإنكليزية، أو باللغة الإنكليزية فقط.

القسم 2: معلومات عن أفراد أهل الدار:

أدرج اسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان ذلك الشخص غير متقدم معك في هذا الطلب.
اكتب أو لا، بحروف كبيرة وواضحة، اسمك الكامل. ثم اكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم كل من الأشخاص الآخرين الذين يقيمون معك:

اكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ الميلاد، ورقم الضمان الاجتماعي (إذا لم يكن للشخص رقم ضمان اجتماعي، فأكتب "لا يوجد")، الحالة الزوجية، والجنس (ذكر أو أنثى) لكل شخص مقدم معك. قد يختار بعض غير المتقدمين الذين لا يتكلمون مع أهل الدار أن لا تدرج أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم.

صنع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا لتخبرنا عن كل شخص مقدم معك.

لكل شخص في أهل الدار، اكتب بحروف كبيرة وواضحة صلة القرابة بينكما (مثلاً: زوجة، ابن، صديق، ... الخ).

صنع إشارة (✓) في مربع نعم إذا كان ذلك الشخص يشترى لك الطعام و/ أو يحضره لك.

صنع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا لتشير إذا كان الشخص المقدم من أصل هسباني أو لاتيني أو لا.*

أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق.

رموز الخلفية العرقية: 1 - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الاسكا الأصليين، A - أسوي، B - أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، P - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، W - أبيض.*

* الجواب اختياري على هذه الأسئلة، ولكن في حال عدم الإجابة عليها، فيجوز أن يقوم الشخص الذي يجري المقابلة معك بوضعها حسب ملاحظات التي يستنتجها. لن تؤثر هذه المعلومات على أهليتك.

القسم 3:

أجب على جميع الأسئلة في القسم 3.

القسم 4:

وقع اسمك وضع التاريخ فقط إذا كنت تريد تقديم طلبك بدون إكمال ملء الصفحة التالية في الوقت الحاضر.

القسم 5: الدخل:

أدرج كل دخلك ودخل كل شخص يقيم معك. اكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص الذي يتلقى الدخل، ومصدر الدخل، وعدد المرات التي يتلقى فيها الدخل. قد يتضمن الدخل كلاً من: دخل من عمل عادي (الجزر)، ودخل قبل بدء الإضراب عن العمل، وأثناء التدريب على عمل، والاحتياط العسكري، والحرس الوطني، والعمل أثناء الدراسة ("ورك ستدي")، والنفقة الزوجية، وإعالة ونفقة الطفل، ومساعداً تعليمية (منح دراسية، ... الخ)، ومن أصدقاء أو أقارب (غير القروض)، ودخل من معونة عامة أو معاش ("بنشن") أو تقاعد، ودخل الضمان الإضافي (SSI)، ومخصصات الضمان الاجتماعي، ومخصصات الجندي المسرح ("فيران")، ومخصصات البطالة، وتعميمات العامل (وركرز كومبشنس)، والحضالة ("باببي سينتغ")، وقيادة تاكسي، وتطيف المنازل أو المباني الأخرى، وأعمال الزراعة وتربية الحيوانات، ودخل من شخص مستأجر غرفة عندك، ودخل من نزيلاً، ورسوم وتحف فنية و حرفية.

ملاحظة: دفعات بشأن العناية بالربيب ("فوستر كير") ومخصصات قسائم الطعام - يمكنك أن تختار أن تشمل اسم الطفل الربيب أو الشخص البالغ الذي تقدم العناية له أو لها في أهل الدار الذي يتلقى قسائم الطعام. إذا عملت ذلك، فلن تحسب أي دفعات متعلقة بعناية الربيب كدخل. ستحسب جميع مبلغ الدخل أو الموارد الأخرى بشأن العناية بالطفل الربيب. إذا كان لديك أي سؤال حول هذا الأمر، فأحرص على أن تسأل العامل المسؤول عن ملفك.

أحرص على الإجابة على جميع الأسئلة الأخرى في القسم 5.

القسم 6: الموارد: إذا كان كل شخص من أهل دارك يتلقى دخل الضمان الإضافي (SSI)، فلا تحتاج إلى ملء هذا القسم.

أجب على جميع الأسئلة في القسم 6 فيما يتعلق بنفسك وعن أي شخص آخر مقدم معك للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). أدرج قدر المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) واسم الشخص الذي يملك المورد. تأكد من إدراج أية ممتلكات ذات ملكية مشتركة. قد تتضمن الموارد أي من التالي: نقود في متناول اليد، ونقود موضوعة عند آخرين، وحساب مصرفي جار ("شكينغ") أو توفير ("سافينغ")، وسندات توفير مالية ("سافينغ بندز")، وحساب تقاعد فردي، وخطة معاش، وحساب تطوير فردي، وأسهم / سندات مالية، ومحفظات مالية متبادلة ("ميوثشول فنز")، وصندوق ائتمان "ترست فنز"، وشهادات مالية حسب سعر السوق ("ماني ماركتز سيرتيكيتس")، ومداني، وأراضي، وممتلكات إيجار، وعقارات للمطلة أو الترفيق، وبيت آخر غير بيتك.

القسم 7: ترتيبات ومصاريف المعيشة:

اكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ الذي تدفعه لقسط الإيجار أو البيت ("مورتنج")، أو الغرفة مع الطعام، أو غيره من أنواع السكن. أدرج قدر المبلغ بالدولار (\$) الذي تدفعه لقاء ضرائب الممتلكات، وتأمين صاحب البيت (بما فيه التأمين ضد الحريق).

إذا كنت تدفع فاتورة التدفئة بصفة منفصلة، فضع إشارة (✓) في المربع المناسب أمام نوع التدفئة المستخدمة في منزلك.

أشر أيضاً إذا:

- كنت تدفع فواتير مرافق أخرى بصفة منفصلة عن قسط الإيجار أو البيت، وإذا كان لديك تكاليف الهاتف أو تكاليف مكيف الهواء فمن يقوم بدفعها؟
- كان أي شخص يدفع إعالة ونفقة الطفل بأمر من المحكمة، وإذا كان الأمر كذلك، فمن يدفعها، وما هو قدرها، ونظام دفعها.
- كان لدى أي شخص مقدم معك أية فواتير طبية مثل خدمات التمريض في البيت، وبدلات أسنان، وأجهزة سمع، ونظارات، وكلب مرشد للكفيف أو حيوان خدمة، ودفعات التأمين الصحي والدفعات الطبية، وعناية في المستشفى أو دار للمسنين، وخدمات طبية وطب الأسنان، وأدوية موصوفة أو نقل طبي.
- كان أي شخص من بين أهل دارك ملتحق بمدرسة أو برنامج تدريبي، وإذا كان الأمر كذلك، فمن هو أو هي وأين يكون ذلك.

أحرص على الإجابة على جميع الأسئلة الأخرى في القسم 7.

القسم 8: البيانات القانونية:

اقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. اكتب أسماء جميع الأشخاص الذين هم من غير مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها أو لا يتمتعون بوضع هجرة مقبول.

فيما يتعلق بخط الحياة (لايف لاين)، ضع إشارة (✓) في خانة "نعم"، إذا كنت تريد تحويل مكتب ولاية نيويورك للمعلومات المؤقتة ومعونة العجز للإفصاح والكشف عن اسمك وعنوانك ورقم هاتفك إلى شركة فايزون (Verizon). قد تستخدم شركة فايزون هذه المعلومات لتسجيلك بصورة تلقائية في خدمة خط الحياة الخاصة بها بسعر مخفض لخدمة الهاتف. لايف لاين هو أقل سعر متوفر لخدمة الهاتف الأساسية من شركة فايزون. إذا وضعت إشارة (✓) في خانة "لا" أو لا تضع إشارة (✓) في أي من الخانتين، قلن يتم الإفصاح عن معلوماتك إلى شركة فايزون.

ملاحظة: يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه الذنب في الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

القسم 9: التوقيعات:

وقع اسمك. إذا قمت بتعبئة الطلب لصالح شخص آخر، فوقع اسمك. واكتب تاريخ الطلب.

القسم 10: الممثل المفوض لاستلام مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"):

إذا أردت أن يقوم شخص آخر من غير أهل دارك بتسلم مخصصات قسائم الطعام نيابة عنك، أو أن يشتري لك الطعام، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمه أو اسمها ورقم هاتفه أو هاتفها.

القسم 11: معلومات إضافية:

استخدم هذا القسم لتعلمنا فيه عن أي معلومات إضافية نحتاجها بشأن حاجة لمعرفتها.

القسم 12: الموافقة على سحب الطلب:

إذا قررت بأنك لم يعد لديك رغبة في التقدم لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فقم بتوقيع اسمك واكتب التاريخ. يمكنك أن تقدم من جديد في أي وقت كان.

ملاحظة: الصفحة الأخيرة من هذا الطلب هو طلب تسجيل المنتخب. إذا كنت ترغب الحصول على مساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل المنتخب، فاسأل مسؤول ملفك. تقديم طلب التسجيل أو عدمه لن يؤثر على قدر مبلغ المعونة التي ستلقاها من هذه الوكالة.

ستدخل المعلومات المأخوذة من طلبك والمقابلة وتخزن في نظام إدارة وتنظيم شؤون المعونة الاجتماعية (WMS)، وهو شبكة نظام كومبيوتر عبر أرجاء الولاية. يستخدم هذا النظام لتحسين إدارة وتنظيم برامج الخدمات الاجتماعية وردع الغش.



紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室

如何填寫

糧食券福利申請／資格重新認證表

您是否只申請糧食券？

如果只申請糧食券福利 (FS)，您可以使用這份較簡短的申請表。如果您想申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。本申請表只可用於申請糧食券福利。

當您申請糧食券福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如果您具備資格，福利的發放將追溯到遞交申請的當日。
- 您可以在面談之前遞交申請。
- 如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有），並簽名，我們則必須接受您的申請。這些資訊將確立您的申請遞交日。但申請表必須完整填寫並於第 5 頁簽名，而且與您面談後，我們才能決定您是否具備資格。
- 您可以為具備資格的家庭成員申請糧食券，即使您本人或您家其他某些成員因移民身份而不具備福利資格。例如，移民父母即使本人不具備福利資格，仍可為子女申請福利。

您是否急需糧食券福利？您也許有資格領取糧食券福利的加快服務

如果您的家庭只有極少或沒有收入或流動資產，或者，您租用住房而公共事業開銷超過了您的收入和流動資產，或者，當您申請時，您是流動或季節性農工，且只有極少或沒有收入或流動資產，您可能在申請福利當日的 5 天之內獲得糧食券福利。您的個案負責人將隨時審核您的情況，以確定您是否有資格獲得糧食券申請的加快處理。現行處理程序會確保向所有具備糧食券資格且符合加快服務標準的家庭發放福利。

您是否無法前來本處進行糧食券福利申請面談？

如果您有困難，無法前來進行糧食券申請面談（如上班、健康或托兒問題），可以托人為您申請。也可以將申請表郵寄或交送給我們，在某些情況下，我們可以用電話與您訪談。

如果您需要安排電話訪談，請打電話至_____與我們聯絡。

您是否有問題？

若對填寫申請表或糧食券福利資格有疑問，可致電_____與我們聯絡。

除糧食券福利申請表以外，您還應領到以下材料：

- LDSS-4148A-CH：「申請人權利及責任須知」
- LDSS-4148B-CH：「社會服務計劃須知」
- LDSS-4148C-CH：「緊急情況須知」

請用藍色或黑色墨水筆或圓珠筆，用正楷填寫。

請勿在陰影部分填寫。

務必完整填寫所有欄目。

如果您代表他人申請，請填寫有關此人，而不是您的資訊。

第 1 欄：申請人資料

姓名：用正楷填寫您的法定姓名，包括名、中間名縮寫和姓氏。

電話號碼：正楷填寫您的住所電話號碼。

其他電話：正楷填寫能用於找到您的另一個電話號碼。

住址：正楷填寫您目前居住的街、大道、路，您居住的市鎮，以及您居住地的郵遞區號。

郵寄地址：如果您的郵寄地址不同於住址，請正楷填寫您的郵寄地址。

其他姓名：正楷填寫表中填入的所有人士的婚前姓名，以往婚姻姓名，或其他現用或曾用姓名。

勾選適當的方格 (✓) 以說明您是申請糧食券福利還是重新認證福利資格。

勾選適當的方格 (✓) 以說明您希望收到西班牙文及英文的通知，還是僅有英文的通知。

第 2 欄：家庭成員資料

列出所有與您同住的人的姓名，不論是否與您一同申請。

用正楷先填寫您的全名，然後填寫其他與您同住的人的姓名。

用正楷填寫所有申請人的出生日期、社會安全號碼（如果沒有社會安全號碼則填「無」、婚姻狀況及性別。某些不與家庭一同開伙的非申請人可以不必列出其社會安全號碼。

在下方勾選「是」或「否」，說明哪些人申請。

用正楷填寫家中所有人與您的關係（例如：妻子，兒子，朋友等）。

如果此人與您一同購買食物及/或開夥，請在下方勾選「是」。

請在下方勾選「是」或「否」，說明各申請人是否是西班牙或拉美裔*

在各族裔下方填寫 Y (是) 或 N (否)。

種族 / 族裔代碼： I - 美洲原住民或阿拉斯加原住民，A - 亞裔，B - 美國黑人或非裔美國人，P - 夏威夷原住民或太平洋島民，W - 白人*

* 您可選擇是否回答這些問題。但如您未填寫，面談工作人員可能會根據觀察予以記錄。此資料不影響您的資格。

第 3 欄：回答第 3 欄中的所有問題。

第 4 欄：如果您想遞交申請而暫不填寫下一頁，請簽名並寫明日期。

第 5 欄：收入：列出所有與您同住的人的收入。用正楷填寫有收入人的姓名、收入來源及收入頻率。收入可來自於：正常工作（工資），罷工前收入，在職培訓，軍隊後備役，國民衛隊，半工半讀，贍養費，子女撫養費，教育資助（助、獎學金等），朋友或親戚（貸款除外），公共援助，年金或退休金，社會安全補助收入，社會安全福利，退伍軍人福利，失業福利，工傷賠償，替人看孩子，駕駛出租車，清掃居所或其他場所，農牧業，供宿，供膳，或工、藝品收入。

注意：寄養補助金與糧食券福利——如果您因提供兒童或成人寄養服務而獲得寄養補助金，您有兩個選擇。您可以在糧食券家庭成員中包括被寄養人及寄養收入，也可選擇不包括被寄養人及寄養收入。請教工作人員哪種方法可使您獲得較多糧食券福利。您可以在糧食券家庭成員中包括被寄養的兒童或成人。如果這樣做，任何與寄養有關的款項將不計為收入。該被寄養兒童的所有其他收入或資源則將計為收入。若對此有疑問，務必向您的個案負責人詢問。

務必回答第 5 欄中所有其他問題。

第 6 欄：資產 如果您家中每個人都在領取社會安全補助收入 (SSI)，則無需填寫此欄。

為您本人及所有糧食券福利申請人回答所有第 6 欄的問題，列出資產的美元 (\$) 金額或價值及資產持有人姓名。務必列出所有共有財產。資產可包括以下各項：所持現金，他人所持現金，支票或儲蓄帳戶，儲蓄債券，個人退休帳戶，個人發展帳戶，股票/債券，共同基金，信託基金，貨幣市場證券，房屋，土地，出租物業，度假或娛樂物業，或居所之外的房屋。

第 7 欄：生活安排及開銷

用正楷填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。列出您支付地產稅、電話費、房屋保險（包括火災保險）的美元 (\$) 金額。

如果您單獨支付取暖費，請勾選 (✓) 說明您使用何種暖氣。

另外，請說明：

- 您是否在您的房租/購房貸款以外單獨支付其他水電瓦斯費用，是否有電話開銷或冷氣開銷；如果回答「是」，何人支付哪項開銷？
- 是否有人需支付法庭命令的兒童撫養費；如果回答「是」，此人是誰，付款頻率為何？
- 申請者中是否有任何人需支付醫療帳單，例如上門護理服務，假牙，助聽器，眼鏡，導盲犬或服務動物，醫療保險及醫療款項，醫院或護理服務，醫療或牙科服務，處方藥，或醫護交通費。
- 您家中是否有人註冊在校或正在參加培訓項目；如果「是」，此人是誰，在何處就讀？

務必回答第 7 欄中所有其他問題。

第 8 欄：法律聲明：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。填入非美國公民、國民或不具備合法移民身份的人的姓名。

如果您授權紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室 (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) 向 Verizon 公司披露您的姓名、地址和電話號碼，請就生命線 (Lifeline) 服務勾選 (✓)「是」。Verizon 可能使用這些資訊自動將您列入該公司的 Lifeline 服務，向您提供優惠電話費率。Lifeline 是 Verizon 提供的現有最低費率的基本電話服務。如果您勾選「否」或不予勾選，您的資訊將不會透露給 Verizon。

注意：紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而騙取糧食券福利之行為者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

第 9 欄：簽名：請您在此簽名。如果您為他人申請，請簽署您的姓名，並注明申請日期。

第 10 欄：糧食券福利受權代表：如果您希望某位非同住成員為您領取糧食券或購買食物，請用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。

第 11 欄：其他資訊：在此欄填寫您認為我們有必要瞭解的其他資訊。

第 12 欄：撤銷認可：如果您決定不再申請糧食券福利，請簽名並注明日期。您可在任何時候重新申請。

注意：此申請表最後一頁為選舉登記申請。如果您需要有人幫助您填寫選舉人登記申請表，請洽詢個案負責人員。是否申請選舉登記不影響從本機構發給您的援助金額。

您在申請及面談時所提供的資訊將被輸入並儲存於福利管理系統 (WMS)，這是一個州際範圍的電腦系統。該系統用於改善社會服務計劃之管理和防範欺詐。





ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ



Вы подаете заявление только на получение фудстемпов?

Если Вы подаете заявление только на получение фудстемпов (FS), Вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же Вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как Временное пособие, Пособие по уходу за детьми, Пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по Программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать Вам другую форму анкеты-заявления.
Данная форма бланка предназначена для подающих заявление только на получение фудстемпов.

При подаче заявления на получение фудстемпов

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления, если за Вами будет признано право на получение льгот, фудстемпы будут начислены Вам с даты подачи заявления.
- Вы можете подать заявление до прохождения собеседования.
- Мы обязаны принять Ваше заявление, даже если в заявлении указаны только Ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи Вами заявления. Однако установить, сможете ли Вы получить фудстемпы, мы сможем только если Вы заполните все графы бланка, поставите свою подпись на с. 5 и пройдете собеседование в нашем ведомстве.
- Даже в том случае, если Вам или кому-то еще из проживающих с Вами лиц фудстемпы не положены из-за иммиграционного статуса, Вы можете подать заявление на получение фудстемпов для проживающих с Вами правомочных лиц и получать для них фудстемпы. Так, родители-иммигранты могут подать заявление на получение фудстемпов для своих детей, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.

Фудстемпы нужны Вам прямо сейчас? Возможно, у Вас есть право на их ускоренное оформление

Если у Вас и проживающих совместно с Вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, либо если объем Ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем Ваших доходов и наличных средств, либо если Вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве и у Вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, Вы, возможно, имеете право на получение фудстемпов в течение 5 дней со дня подачи заявления на получение льгот. Ваш ведущий всегда готов рассмотреть Ваши жизненные обстоятельства и определить, имеете ли Вы право на ускоренное оформление фудстемпов по Вашему заявлению на получение фудстемпов. Существует особый порядок, позволяющий обеспечить оформление фудстемпов всем группам проживающих совместно лиц, которым положены фудстемпы и которые имеют право на их ускоренное оформление.

Вам трудно прийти к нам на прием по поводу оформления фудстемпов?

Если Вам трудно лично явиться на прием для подачи заявления на получение фудстемпов (например, из-за работы, по состоянию здоровья или потому, что Ваши дети могут остаться без присмотра), подать заявление от Вашего имени может другое лицо. Кроме того, Вы можете выслать нам свое заявление по почте, привезти его и оставить в нашем офисе, а при определенных обстоятельствах мы можем провести с Вами собеседование по телефону.

Если Вам необходимо договориться о проведении собеседования по телефону, звоните по номеру _____.

У Вас есть вопросы?

Со всеми вопросами относительно заполнения заявления анкеты-заявления и прав на получение фудстемпов звоните нам по телефону _____.

Помимо бланка анкеты-заявления на оформление (переоформление) документов

на получение фудстемпов не забудьте получить следующие памятки:

- «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS-4148A-RU)
- «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU)
- «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах» (LDSS-4148C-RU)

Просим ПИСАТЬ синей или черной ручкой и **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**.

НЕ пишите в закрашенных графах.

Заполните все графы анкет-заявления.

Если вы заполняете бланк от чьего-то имени, пожалуйста, вносите в него сведения об этом лице, а не о себе.

РАЗДЕЛ 1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ. ВПИШИТЕ Ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.
ТЕЛЕФОН. ВПИШИТЕ домашний номер телефона.

ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН. ВПИШИТЕ номер другого телефона, по которому с Вами можно связаться.

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА. ВПИШИТЕ номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. Вашего нынешнего места жительства. ВПИШИТЕ название города, в котором Вы живете. ВПИШИТЕ почтовый индекс места жительства.

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ. Если Вы получаете почту не по месту жительства, ВПИШИТЕ в эту графу соответствующий адрес.

ДРУГИЕ ИМЯ. ВПИШИТЕ брачные фамилии, фамилии в предыдущих браках и все имена и фамилии, которые когда-либо носило или носит каждое из перечисляемых лиц.

Укажите, пометив галочкой (✓) соответствующую клетку, подаете ли Вы первичное заявление или переоформляетесь на получение фудстемпов.

Укажите, на каком языке вы хотели бы получать извещения, поставив галочку (✓) в клетке «испанский и английский» или «только английский».

РАЗДЕЛ 2. СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ.

Сначала ВПИШИТЕ свое имя и фамилию, затем имена и фамилии других проживающих совместно с Вами лиц.

ВПИШИТЕ дату рождения, номер Социального обеспечения - SSN (если кто-либо не имеет SSN, поставьте в соответствующих строках «нет»), семейное положение и пол каждого из подающих заявление на льготы лиц. Номер Социального обеспечения не обязательно указывать ряду категорий лиц, не подающих заявление на льготы и питающихся отдельно от проживающих совместно с ними лиц.

Укажите, кто подает на льготы, пометив галочкой (✓) клетки Да или Нет.

ВПИШИТЕ, кем Вам приходится **каждое** из проживающих совместно с Вами лиц (например, жена, сын, друг и т. п.).

Поставьте галочку (✓) в клетке Да, если это лицо покупает для Вас продукты и/или готовит пищу.

Укажите, является ли подающее заявление на льготы лицо испаноязычным или латиноамериканцем, пометив галочкой (✓) клетки Да или Нет*

Поставьте (Д) Да или (Н) Нет в клетках, характеризующих расовую принадлежность.

Коды расовой/этнической принадлежности: **I** - американские индейцы или коренные жители Аляски, **A** - лица азиатского происхождения, **B** - негры или афроамериканцы, **P** - коренные жители Гавайских о-вов или выходцы с о-вов Тихого океана, **W** - белые *

* Приводить эти сведения не обязательно, но если Вы оставите этот раздел незаполненным, сотруднику, проводящему с Вами собеседование, возможно, придется заполнить его, исходя из своих наблюдений. Эта информация не отразится на наличии у Вас прав на льготы.

РАЗДЕЛ 3. Ответьте на все вопросы Раздела 3.

РАЗДЕЛ 4. Подпишитесь своим именем и фамилией и поставьте дату только в том случае, если Вы намерены подать Ваше заявление, оставив следующую страницу незаполненной.

РАЗДЕЛ 5. СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

Укажите все свои доходы и доходы каждого из проживающих с Вами лиц. ВПИШИТЕ имя и фамилию лица, получающего доход, источник дохода и периодичность его поступления. К доходам могут относиться: обычное трудовое вознаграждение (зарплата); доходы до забастовки; зарплата, получаемая во время трудового обучения на работе; выплаты военнослужащим запаса (резервистам) и национальной гвардии; выплаты за обучение без отрыва от производства; алименты; выплаты на содержание ребенка; гранты, стипендии и т.п. на образование; средства, получаемые от друзей или родственников (кроме ссуд); общественная помощь; пенсия по возрасту или по выслуге лет; Дополнительный социальный доход (SSJ); льготы Социального обеспечения (кроме ветерана вооруженных сил США; пособие по безработице; компенсация в связи с травмой на производстве; заработки лиц, занимающихся присмотром за детьми либо уборкой жилых или иных помещений; заработок водителя такси; доходы от фермерской деятельности; доходы от квартирантов, пансионеров или от продажи кустарных изделий собственного производства.

ПРИМЕЧАНИЕ относительно выплат пособия по уходу за приемными лицами и фудстемпов. Вы можете включить приемное лицо (несовершеннолетнее или совершеннолетнее) в число проживающих с Вами лиц, получающих фудстемпы. В этом случае какие бы то ни было выплаты на уход за приемными лицами не будут зачтены в доход. Все прочие виды дохода и материальных средств приемного ребёнка будут зачтены в доход. Если у Вас есть вопросы по этому поводу, непременно задайте их своему ведущему.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 5.

РАЗДЕЛ 6. СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ. Если все проживающие с Вами лица получают Дополнительный социальный доход (SSJ), заполнить графы этого раздела Вам не нужно.

Ответьте на все вопросы Раздела 6 в отношении как себя лично, так и всех других лиц, подающих заявление на получение фудстемпов. Впишите сумму в долларах (\$) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество, находящееся в совместном владении.** К материальным средствам относятся: все наличные деньги, именуемые на руках или доверенные другим лицам; чековые или сберегательные счета; сберегательные облигации; персональные пенсионные счета (IRA); пенсионный план; персональный счет для развития собственного бизнеса; акции/облигации; взаимные фонды; трастовый фонд; сертификаты денежного рынка; здания; земельные участки; недвижимость, сдаваемая в аренду; загородные или иные дома помимо Вашего жилья.

РАЗДЕЛ 7. СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ

ВПИШИТЕ сумму, которую Вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Укажите суммы (в долл.), выплачиваемые Вами в виде налогов на недвижимость и страховых взносов страховки домовладельца (в т. ч. страхования от пожара). Если вносимая Вами плата за отопление не входит в арендную плату, пометьте галочкой (✓) тип системы отопления Вашего жилья.

Пометьте также соответствующие клетки:

- если вносимая Вами плата за прочие коммунальные услуги не входит в сумму платы за аренду жилья или выплаты ипотечной ссуды и если Вам приходится платить за телефон или кондиционирование воздуха, указывая в соответствующих случаях кто оплачивает каждую из статей расходов;
- если кто-либо платит алименты на ребенка по исполнительному листу, и , если это имеет место, кто именно, сколько и как часто платит;
- если кто-то из лиц, подающих заявление на льготы, имеет счета за медицинские услуги, такие как уход на дому, зубное протезирование, слуховой аппарат, очки, собака-поводырь или животное-помощник, страховые взносы и платежи по медицинскому страхованию, услуги больниц или домов по медицинскому уходу, медицинское или зубоврачебное обслуживание, назначенные врачом препараты или транспортировка больных;
- если Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц посещает школу или курсы профессиональной подготовки, и если да, то кто именно и что посещает.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 7.

РАЗДЕЛ 8. ЮРИДИЧЕСКИ ВАЖНЫЕ СВЕДЕНИЯ. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его Вам. Впишите имена и фамилии лиц, не являющихся гражданами или уроженцами США либо не имеющих надлежащего иммиграционного статуса.

В пункте о программе «Лайфлайн» (Lifeline) пометьте (✓) клетку «Да», если Вы разрешаете Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным передать сведения о Вас (имя и фамилию, адрес и телефон) компании «Verizon», которая может на основе этих сведений автоматически перевести Вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн». «Лайфлайн» — самый дешевый вариант базового телефонного обслуживания, предлагаемый компанией «Verizon». Если Вы пометите (✓) клетку «Нет» или не пометите ни одной клетки, сведения о Вас не будут передаваться компании «Verizon».

Примечание. По законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или штрафа и заключения одновременно.

РАЗДЕЛ 9. ПОДПИСИ. Поставьте свою подпись. Если Вы заполняли заявление для другого лица, подпишитесь здесь своим именем. Поставьте дату подписания.

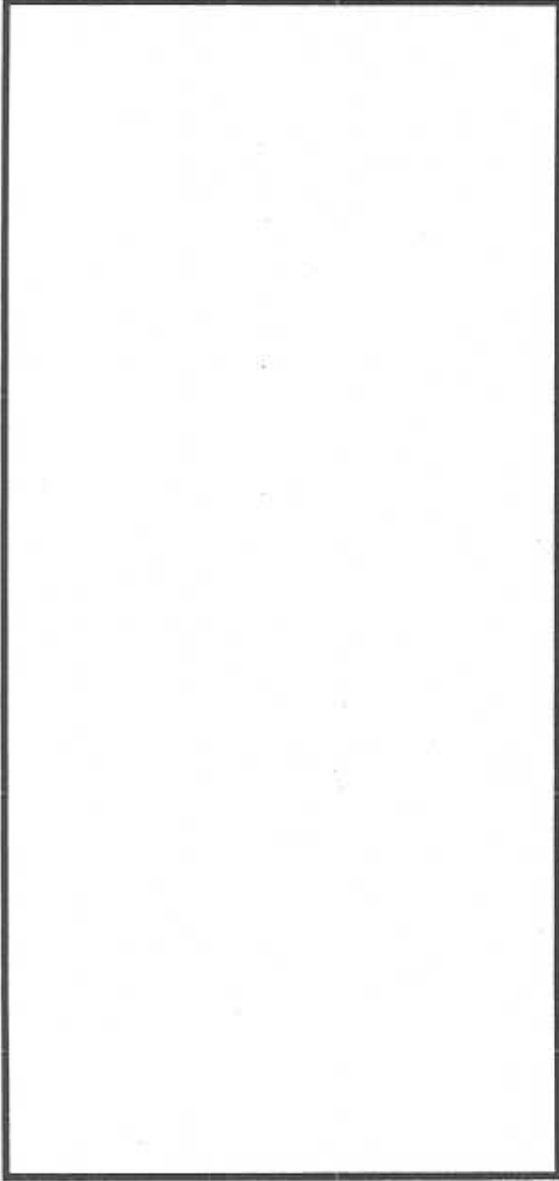
РАЗДЕЛ 10. ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ. Если Вы хотите, чтобы кто-то из не проживающих с Вами лиц получал для Вас фудстемпы или покупал для Вас продовольствие, ВПИШИТЕ имя, фамилию, адрес и телефон такого лица.

РАЗДЕЛ 11. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ. Заполните этот раздел, если желаете сообщить нам какие-либо дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться.

РАЗДЕЛ 12. СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. Если Вы передумаете подавать заявление на получение фудстемпов, поставьте свою подпись и дату. Вы имеете право вновь подать заявление в любой момент.

Примечание. Последняя страница этой анкеты-заявления представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если Вы желаете, чтобы Вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к своему ведущему. Объем льгот, предоставляемых Вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли Вы заявление с просьбой о регистрации Вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое.

Сведения, полученные от Вас при заполнении бланка анкеты-заявления и во время собеседования, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно-управляющей системы социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления Социальными услугами и предотвращения мошенничества.





OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O RECERTIFICAR PARA RECIBIR CUPONES PARA ALIMENTOS

¿Solamente quiere solicitar cupones para alimentos?

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de cupones para alimentos (FS). Si desea solicitar otros beneficios tales como Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente. *Esta solicitud sólo se puede usar para solicitar cupones para alimentos.*

Cuando usted solicita cupones para alimentos

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que presenta la solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su dirección (si tiene una) y una firma. Esta información establece la fecha que somete la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos, debe llenar toda la solicitud, firmar la página 5 y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aún cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar los cupones para los hijos que sí satisfacen los requisitos.

¿Necesita cupones de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de cupones

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir los cupones dentro de los cinco días de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios a los hogares que tengan derecho a recibirlos bajo las normas establecidas del proceso acelerado de cupones.

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

Comuníquese con nosotros al _____ si necesita concertar una entrevista por teléfono.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas al llenar esta solicitud o no sabe si reúne los requisitos para recibir cupones para alimentos, comuníquese con nosotros al _____.

Además de la Solicitud / Recertificación para los Cupones para Alimentos, asegúrese de recibir copias de:

- LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales»
- LDSS-4148C-SP: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

Sírvase escribir en **LETRA DE MOLDE** legible con tinta azul o negra.

NO escriba en las áreas sombreadas.

Asegúrese de completar cada sección.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase completar el formulario con los datos de esa persona, no con los suyos.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** su nombre verdadero incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido completo.

NÚMERO DE TELÉFONO: Escriba el número de teléfono de su casa.

OTRO TELÉFONO: Escriba **EN LETRA LEGIBLE** otro número de teléfono donde se lo pueda localizar.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive actualmente. Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la ciudad donde vive y el código postal.

DIRECCIÓN POSTAL: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

OTRO NOMBRE: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tengan o utilicen actualmente.

Marque (✓) la casilla para indicar si está solicitando o recertificando para los cupones.

Marque (✓) la casilla para indicar si desea recibir avisos en español y en inglés o sólo en inglés.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.

Escriba primero su nombre completo **EN LETRA DE MOLDE**. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba **EN LETRA LEGIBLE** la fecha de nacimiento, número de seguro social (si la persona no tiene un número de seguro social, ingrese "no tiene"), estado civil y sexo de cada solicitante. Las personas que no solicitan beneficios y que no comparten los alimentos del hogar, no tienen que incluir el número de seguro social.

Marque (✓) la casilla **Sí** o **No** para indicar la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba **EN LETRA DE MOLDE** el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo(a), etc.)

Marque (✓) la casilla **Sí**, si ésta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓) la casilla **Sí** o **No** para cada solicitante para indicar si es **Hispano(a)** o **Latino(a)***.

Indique con una **S (Sí)** o con una **N (No)** para cada raza. **Códigos de Raza/Etnia: I – Norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, A – Asiático(a), B – Negro(a) o Afro americano(a), P – Nativo(a) de Hawai o Islas del Pacífico, W – Blanco(a)*.**

*Las respuestas a estas preguntas son de forma voluntaria de su parte; sin embargo, si no las contesta, el entrevistador las contestará basándose en las observaciones que él/ella haga.

El contenido de esta información no afectará su habilitación para recibir beneficios.

SECCIÓN 3: Conteste todas las preguntas de la sección 3.

SECCIÓN 4: Firme su nombre e incluya la fecha solamente si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin completar la siguiente página.

SECCIÓN 5: INGRESOS: Incluya todos sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y la frecuencia del mismo. Los ingresos pueden incluir: trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida

en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia pública, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, beneficios de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y Cupones para Alimentos. Puede incluir ei/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente a la unidad familiar de cupones. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza **no** se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño(a) que recibe cuidado de crianza se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 5.

SECCIÓN 6: RECURSOS: Si todos los miembros de su hogar reciben SSI, no es necesario completar esta sección.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan cupones. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida.** Recursos incluye: dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones/bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo, además de la casa residencial.

SECCIÓN 7: VIVIENDA Y GASTOS:

Escriba **EN LETRA LEGIBLE** la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares (\$) que paga por impuestos sobre la propiedad y seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios).

Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa.

También indique si:

- paga por otros servicios públicos aparte del alquiler/hipoteca; tiene costos de teléfono o aire acondicionado, y si los tiene, ¿quién los paga?
- alguien paga sustento de menores por orden judicial; en cuyo caso, indique la cantidad y frecuencia de los pagos.
- alguno de los solicitantes tiene gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro de salud, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas.
- algún miembro de su hogar está inscripto en la escuela o en un programa de capacitación, en cuyo caso indique quién y dónde.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 7.

SECCIÓN 8: DECLARACIONES LEGALES Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Indique los nombres de las personas que no son ciudadanos estadounidenses, nacionales o el de las personas que no tengan una situación satisfactoria de inmigración.

Con relación al servicio de Lifeline marque (✓) la casilla "Si" si usted autoriza a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) a revelar su nombre, dirección y número de teléfono a la compañía Verizon. La compañía Verizon puede utilizar esta información para ingresar automáticamente al Servicio Lifeline con el fin de brindarle un descuento en su tarifa telefónica. Lifeline es la tarifa básica más económica de servicios telefónicos que ofrece Verizon. Si usted marca (✓) la casilla "No", o no marca nada, no se revelarán sus datos a la compañía Verizon.

Nota: La ley del Estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas para toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener cupones para alimentos.

SECCIÓN 9: FIRMAS: Firme su nombre. Si usted ha llenado la solicitud en representación de otra persona, firme su propio nombre. Feche la solicitud.

SECCIÓN 10: REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS CUPONES PARA ALIMENTOS: Si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, reciba los cupones o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, la dirección y el número de teléfono de dicha persona.

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ADICIONAL: Use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

SECCIÓN 12: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD: Si decide no solicitar los cupones, firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

Nota: La última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista, será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como Sistema de Administración de Asistencia Pública (WMS-por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para la administración de los programas de servicios sociales y para prevenir el fraude.

