

寄回報告時，務必確定通知**地方服務區地址**對準返函信封的開洞視窗。

LDSS-4310 (Rev. 3/18)

## 定期報告

您必須在 [ ] 前，填好本報告並寄還上述地址，才能使福利連續不中斷。

自從上次與資格審定人員接觸以來，也許您的情況有所改變，本“定期報告”有助於我們收集資訊改變。在填寫“定期報告之前”，請務必閱讀所有說明。在上述期限前填寫、簽署並寄回“定期報告”很重要。未做到這點可能使托兒補貼、及/或 SNAP 福利停發。

個案人姓名	個案號碼	
辦事處	部門	工作人員
若對如何填寫報告有疑問，請撥打：( ) [ ]	我們必須於 [ ] 前收到填好的報告。如果沒有在期限前收到填好的報告，托兒補貼及/或 SNAP 福利將停發。但不會影響您的醫療保險。	

### 說明

1. 您必須回答報告上所有題項。所有領取托兒補助 及/或 SNAP 福利的家人，或對領取人有法律責任的人都必須回答報告上的所有問題。
2. 您必須填完報告並於 [ ] 前寄回通知前頁所列地址，否則，托兒補助或 SNAP 福利會減少或停止。

**提醒：**如果也領取臨時援助或醫療補助，您必須在改變發生的 10 天之內，向工作人員報告。如領取 SNAP，您必須在收入超過所給您的 130% 數額的當月後 10 天之內報告。若 SNAP 家中任何人是具有工作能力而無撫養人口的成人(“ABAWD”)，而其在某個月的工作小時數不足 80 小時，則必須在該月底後的 10 天之內告知服務區。ABAWD 可以向服務區要求合格的就業活動幫助他/她滿足聯邦 ABAWD 規定。若 SNAP 家中有人是 ABAWD，而您家搬遷至聯邦批准的 ABAWD 豁免區，或 ABAWD 人士認為自己應得到聯邦 ABAWD 規定豁免，則應報告此情況。否則，您僅需在填寫定期報告或認證時（取兩項先發生的）申報變更。如果變更會影響托兒補助，您必須立刻通知工作人員。

**僅適用於紐約市 - 新服務!** 您可以上網 (不必再郵寄) 更快捷方便地提交定期報告。  
使用 [www.nyc.gov/accesshra](http://www.nyc.gov/accesshra)

**第 1 欄：填寫所有同住人口的所有收入。如果僅僅領取 SNAP 福利，只需填寫有工作的家人的收入。**

(收入包括工所得作、失業保險、社會安全福利、社會安全輔助[SSI])

收入人	雇主或其他收入來源名稱	發薪頻度？ (每天、每週， 每隔一周，每月)	每週工作小時總數 每週工作小時數

提交當月有收入家人在 \_\_\_\_\_ 月份全月所有收入證明。

**第 2 欄：自從上次報告以來，發生任何變更（閱讀以下方格）嗎？或是否預計會有變更？**否  或 是  如回答為“是”必須勾選 (√) 以下至少一個方格。

- 有能力工作家人沒有做到每月至少工作/參加工作活動 80 個小時，並且您家為無 18 歲以下兒童 SNAP 福利家庭。（在下方填寫何人在何月未達到要求）。
- （于下方填寫新址）。
- （填寫何人於何時搬動，現在的房租數額）。
- 房租上漲或下跌（填寫新的房租數額）。
- 除房租以外，您另行支付： 採暖  空調  其它公用事業費用(電費, 烹調燃氣,水費,排汗,垃圾)
- 家人開始或停止工作（填寫何人、何時、於何處開始或停止工作）。
- 家人的非工作收入數額有改動。
- 開始新的托兒費（您自負的部分，並非補貼部分）或有變動或變換托兒所（填寫新費率及新托兒所）。
- 家中有人去世或出生（填寫何人何時）。
- 家人因法律義務承擔的兒童撫養費數額的變化（填寫何人為兒童撫養費支付人）。
- 家人的妨礙工作能力或進行本行工作的殘疾局限的變化。（填寫疾患患者及何時發生。）
- 其他可能影響福利的變化（填寫何人、何變化、何時發生及，如果可能，證明為何）。

於此書寫變化詳情，如有證明，請提交： \_\_\_\_\_

**宣誓：**我理解我在本報告中提供的資訊可能導致補助變動，包括臨時援助福利、SNAP 福利、托兒補助福利的減少，或個案關閉。如果的收入超過 130% 水準，我必須在收入當月結束後 10 天內申報。我理解，聯邦和州法律規定，無權獲得臨時援助、醫療補助、托兒補助或 SNAP 福利，但試圖透過欺詐手段，或已經透過欺詐手段獲得這些福利的人處以罰款和/或監禁。本報告上的資訊也可能影響我的醫療補助資格。

我理解，對臨時援助和醫療補助有影響的變化發生後的 10 天之內，我必須與工作人員 聯繫報告。

我理解如果發生會影響托兒補助的變化，我必須立刻通知工作人員。我也理解如果托兒服務提供單位沒有執照或未經註冊，托兒單位必須滿足一些要求才能收受支付款項。

有 SNAP 個案的人必須在定期報告和認證時，無論哪個先到，報告變化。我也可在任何時候報告變化。若家中任何人是有工作能力而無撫養人口的成人(“ABAWD”)，而其在某個月的工作鐘點數不足 80 小時，您必須在該月底以後的 10 天之內告訴我們。

**重要資訊 - 您必須在簽署並寄回表格。如果在第 2 欄中對任何一項變化的回答為“是”，務必勾選 (√)方格，並加以詳細說明。如果本報告未完成，我們會向您發送個案關結通知。**

您的簽名:	電話號碼（白天）
-------	----------

**填寫並使用內附信封寄回**

寄回報告時，務必確定通知背面的當地服務區地址對準返函信封的開洞視窗。➔