



日期： _____

個案號碼： _____

個案名稱： _____

中心： _____

個案件數： _____

郵寄重新證明表/資格問卷調查 (Traditional Chinese)

為確定您是否有資格繼續享有現金援助 (CA) 與補充營養援助計畫 (SNAP)，您必須回答每一個問題、簽名並標註日期，然後將此表放入隨附的已付郵資信封中寄回至 **Family Independence Administration, P.O. Box 637, Canal Street Station, New York, NY 10213-0195**，寄達截止日期： _____。

(交回日期)

對於 CA，此表會視為郵寄的資格重新認證表。對於 SNAP 個案，本表格是資格問卷。

- 您必須隨附可確認您所報告之變更的信函或文件副本。此外，如果您或您的家庭成員有工作 (工作收入)，則必須提交最近四張工資單 或在過去 30 天內其他所賺取毛收入和工作小時數的證明文件，即使工資沒有改變。
- 未能交回本表格或未取得必要的核實便交回，可能會導致結束您的個案或減少您的福利。

1. 您是否仍需要：現金補助 (Cash Assistance)? 是 否

SNAP? 是 否 醫療補助 (Medical Assistance)? 是 否

如果您勾選 「否」，您的福利會停止。

2. 自上次您報告家庭的人數後，是否有任何人搬入或是搬離您的家庭 (包括新生兒)?

是 否

- 若為「是」，請提供下列要求的資訊。
- 如果他們想要申請補助，則必填妥寫申請表。
- 如果是申報新生兒，請附上出生證明的副本。

社會安全號碼	姓名	與您的關係	搬入	搬離	日期

個案號碼： _____

3. 除了現金補助外，您或您的任何家庭成員收入是否有改變？自您上次報告收入以來，是否有任何人獲得任何新收入或收入增加，或損失下列來源的任何收入？

如果您勾選 「是」，請說明您收到的金額，及這筆金額是否為新收入以及是增加還是減少。此外，如果您或您的家庭成員有工作 (工作收入)，您必須填寫 B 部分，「就業資料」，並提交最近四張工資單或在過去 30 天內其他所賺取手收入和工作小時數的證明文件，即使工資沒有改變。

收入來源		金額	新增	增加	減少
A. 捐款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
B. 就業資料 (無論是否是新工作還是薪資金額高於或低於之前提報的金額)。請註明您每週工作的小時數 _____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
C. 失業保險救濟金 (UIB)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
D. 社會安全生活補助金 (SSI)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
E. SSI 以外的社會安全收入 (Social Security Income)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
F. 子女贍養 (Child Support) (包括法院裁定款項)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
G. 退伍軍人或其他軍人福利	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			
H. 其他收入	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____			

4. 自您前次向我們匯報之後，下列事項是否有任何改變？

A. 房租： 是 否

若為「是」，則增加 減少 新金額 \$ _____
(隨附變更證明)

B. 除了租金外是否還需要支付以下費用：

暖氣或冷氣費用 是 否

其他公用事業費 (電費、瓦斯費、水費、下水道費、垃圾費等) 是 否

C. 是否有人懷孕、身障或年滿 60 歲及以上？ 是 否

如果「是」，請提供姓名 (隨附醫療證明)： _____

個案號碼： _____

4. 自您前次向我們匯報之後，下列事項是否有任何改變？(續)

D. 資源 (例如，機動車輛、銀行帳號等)： 是 否
如果您選擇「是」，請進行說明 (隨附車輛所有權、銀行對帳單等文件影本)：

E. 您對非家庭成員所提供的子女贍養： 是 否
若為「是」，則增加 減少 新金額 \$ _____
(隨附法院裁定證明)

F. 殘障、60 歲或大於 60 歲的家庭成員支付的醫療費用： 是 否
若為「是」，請說明變更： _____

G. 其他變更： 是 否
若為「是」，請說明： _____

H. 否有任何會限制其工作能力或可從事之工作類型的醫療問題？ 是 否
如果您選擇「是」，請提供其姓名： _____

無需扶養家屬且有工作能力的成人 (ABAWD) - 如果您的 SNAP 家庭中有任何成員屬於無需扶養家屬且有工作能力的成人 ("ABAWD")，在該人員每月參與就業和其他工作活動的時數低於 80 小時之時，您必須申報。

補充營養援助計劃 (SNAP)

為了確定您是否仍然可以獲得 SNAP 福利，您必須完成這份資格問卷，並在本表格第 1 頁上註明的日期截止前交回。如果至截止日期您沒有填妥及交回資格問卷，您的 SNAP 福利將被減少或停止。如果發生這種情況，我們將寄送給您另一個通知。本決定的法規依據為 18 NYCRR 387.17。

目前對於 SNAP 您必須報告之變更事項的清單：

- 您的任何家庭成員之任何收入來源變更。
- 家庭總勞動收入出現變動 (一個月調高或調低幅度超過 100 美元)。

個案號碼： _____

目前對於 SNAP 您必須報告之變更事項的清單：

- 家庭中每月來自公共來源的非勞動總收入 (例如社會安全福利金或是失業保險福利) 上下變動超過 100 美元。
- 您家庭成員來自私人來源的非工作所得總數，例如子女補助款項或私人殘障保險 (一個月增加或減少超過 \$100 時)。
- 您對擁有糧食券之家庭成員外的子女，支付的法院裁定子女贍養金額變更。
- 與您同住之人員的變化。
- 如果您搬家，請提供新的住址以及新的租金或是貸款費用、暖氣/冷氣費用以及水電瓦斯費。
- 全新或不同的汽車，或其他車輛。
- 家庭的現金、股票、債券、銀行或儲蓄機構存款提高，且目前所有家庭成員的現金和儲蓄金額加總達 2,250 美元以上 (沒有年老者或是殘障人士的家庭) 或是 3,500 美元 (有年老者或是殘障人的家庭)。
- 如果您的 SNAP 家庭中有任何成員屬於無需扶養家屬且有工作能力的成人 (ABAWD)，並且其每月參與就業或其他工作活動的時數低於 80 小時，則他們必須在當月月底之後的 10 日內告知地區辦事處。ABAWD 可向地區辦事處申請合格的工作活動，以協助其符合聯邦 ABAWD 規定。如果您的 SNAP 家庭中有任何成員屬於 ABAWD，且您的家庭搬遷到聯邦核准可享受 ABAWD 豁免的地區，或者 ABAWD 認為他們應可免於符合 ABAWD 規定，則他們也必須申報。

醫療補助 (MEDICAL ASSISTANCE) — 您必須向本機構立即報告地址、收入、資源或家庭人口數的任何變動。如果您的醫療補助 (Medical Assistance) 範圍有變動，我們會通知您。

您必須隨附可證明所報告之變更的信函或文件副本。此外，如果您或您的家庭成員有工作 (勞動收入)，您必須提交最近四期的工資單，或其他勞動總收入和最近 30 天內工作時數的證明 (即使工資沒有變更)。

如果您的 SNAP 家庭中有任何成員屬於無需扶養家屬且有工作能力的成人 (ABAWD)，且該人員每月參與就業或其他工作活動的時數低於 80 小時，您必須在當月月底之後的 10 日內告知我們。

個案號碼： _____

授權使用溯及既往的 SSI 償還公共援助福利

我授權「社會安全管理局 (SSA)」局長運用我的第一筆 SSI 款項 (亦即我的溯及既往 SSI 款項)，以償還當地「社會安全分區 (SSD)」之公共援助 (PA)，該款項是當 SSA 決定我有資格領取社會安全生活補助金 (SSI) 時，SSD 從州或當地資金撥付給我的金額。SSA 不會向 SSD 償還使用任何聯邦基金所支付的 PA。

只有當州向 SSA 告知我與 SSD 代表已簽署授權時，我才會受此授權約束。州必須在我的 SSI 記錄與我的州記錄相符的 30 個日曆日內發出通知。過了 30 個日曆日後，SSA 不再接受授權。反之，SSA 將依照 SSA 規則發送我的溯及既往 SSI 款項。

只能使用我的第一筆 SSI 款項。如果我的第一筆款項大於積欠 SSD 的金額，SSA 會依據其規則發送給我剩餘的款項。

SSA 在兩種情況下可補償 SSD：

- (1) 如果我申請 SSI 且 SSA 判定我合格，則 SSA 將償還 SSD。
- (2) 如果我的 SSI 福利在終止或暫停後重新啟動，SSA 將償還 SSD。

SSA 僅會償還我在等待 SSA 資格確定期間 SSD 支付給我的 PA。這稱為「暫時補助」。開始的期間為 (1) 我有資格領取 SSI 福利款項的第一個月，或 (2) 我的 SSI 在暫停或終止後重新啟動的第一天。此期間包括 SSI 款項實際開始的月份。如果 SSD 無法停止我的最後一筆 PA 款項，此期間將在下一個月結束。

SSA 償還 SSD 的 10 日內，SSD 必須寄給我通知，告訴我支付的暫時補助金額。這份通知也會告訴我，SSA 將寄給我一封信函，說明 SSA 將支付給我應得的剩餘 SSI 金額，且當我不同意州決定時，我如何向州申訴該決定。

依照其規則，SSA 可將我簽署此授權的日期，當成我第一次具備 SSI 資格的日期。唯有當我在接下來的 60 天內申請 SSI 時，SSA 才能這麼做。

此授權適用於我向 SSA 申請目前待決的任何 SSI 申請或上訴。

如果我的 SSI 個案已完全確定，則授權終止。當 SSA 首次支付我款項時，授權終止。州政府和我亦可商定終止授權。如我要在此授權終止後重新申請 SSI，或如我在有未決的 SSI 申請或申訴時提交新的 SSI 索償，則我必須遵循紐約州法規簽署新授權。

個案號碼： _____

如果我不同意 SSD 作出的償還相關決定，我可以要求舉辦公平聽證會。

我已收到稱為「您應該了解的社服計劃 (What You Should Know About Social Services Programs)」小冊。我瞭解此小冊說明了暫時補助的相關資訊。

我宣誓 (或) 證明此表格的資訊均為真實且正確。

姓名 (請正楷書寫)： _____

簽名： _____ 日期： _____

配偶或授權代表簽名： _____

日期： _____

警告：如果您所言不實，或者隱藏或未公開有關您持續接受補助之資格的資訊，依照聯邦和州法律可處以罰金和 (或) 監禁。法規已規定若需求、收入、資源、居住狀況或地址有所變更，需立即通知此機構。

工作人員簽名： _____ 日期： _____

注意：此表格的最後部分是選民登記申請。如果您需要協助填寫選民登記申請表，請找您的工作人員幫助您。不論是申請選民登記或拒絕選民登記，都不會影響您將從本機構領取的補助金額。不論是否完全填妥，請將此表格寄回本機構。