

營養補助協助計劃(SNAP) 幫助收入很少或沒有收入的人能在指定的商店裡購買健康的食物。當家庭收入增加，SNAP 營養補助協助計劃的補助可以增加家庭食物的購買力。

家庭包括任何人、家庭或一組集體成員居住和購買食物並一起煮飯用餐。任何符合基本收入和其他要求的家庭也許能夠得到 SNAP 的補助。

申請 **SNAP**:

- 撥打 **1-855-306-8959**; 或
- 開始在這個網址 <https://benefind.ky.gov/> 進行網路申請; 或
- 本人親自到你當地的 **DCBS** 辦公室來申請; 或
- 在下一頁打印書面申請表，完成並拿到你當地的 **DCBS** 辦公室或者郵寄到: **DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

如果你因為不會說英語或有障礙而與我們有溝通上的困難，請讓我們知道。

免費語言協助或其他幫助及服務在請求後能予以提供。

如果你是在網路上申請或是在網路上打印申請表並繳回來，在你的申請可以被處理之前必須要進行面談。每一個家庭支援辦公室的地點和郵寄地址是列在這裡。福利將從你的申請收到的那天日期開始。

你的家庭也許可以指定某人來做為你的授權代表替你在申請 SNAP 福利面談時提供關於你的信息回答問題 並且使用你的福利來幫助你的家庭購買食物。

如果你的家庭立即需要協助，你也許可以在申請之後幾天內得到你的 SNAP 福利，如果：

- 你家庭每月租金/房屋抵押貸款和水電瓦斯費超過每月總收入; 或
- 你家庭每月總收入少於\$150 並且財力，例如現金或銀行帳戶，總共等於或少於\$100; 或
- 你家裡的家庭成員包括貧窮的移民或季節性的農場工人。

SNAP 申請人有權利:

- 在聯繫 DCBS 申請的同一天繳交 SNAP 的申請表。
- 在申請的 30 天內被通知是否 SNAP 被批准或否決。
- 在幾天之內得到 SNAP 的福利如果你符合資格、有很少或沒錢、並且你符合某些收入的要求。
- 請求進行一個公正的聽證會，如果你不同意在你案子裡所採取的行動。

如果要更多有關 SNAP 的訊息，請撥打 1-(855) 306-8959 與 DCBS 聯繫。

根据联邦民權法律和美国农业部 (USDA) 民權法規和政策，美国农业部，它的代理處，辦公室，和員工，以及參與或管轄美國農業部計劃的機構禁止在種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾、政治或宗教信仰的基礎上歧視，或報仇，或對美國農業部之前所執行或資助的任何計劃或活動中的民權運動進行報復。

有殘疾並要求有溝通的替代方式以得到補助計劃資料的申請人(例如盲文、大字本、錄音帶、美語手語、等等。)應該與他們申請福利所在地(州或當地)的代理處聯繫。聾啞或有聽覺障礙的申請人也許可撥打(800)877-8339這個電話經由聯邦傳遞服務來與美國農業部聯繫。除此之外，補助計劃資料也許可以以英語之外的其他語言來獲得。

對計畫提出歧視申訴，請完成美國農業部計畫歧視申訴表格，(AD-3027)，可在下列網址：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 下載，和在任何美國農業部辦公室，或寫一封註明給美國農業部的信，並且在信裡提供所有表格裏要求的資料。要求一份申訴表格的複印本，請撥打(866) 632-9992這個電話。可藉由下列方式繳交你所完成的表格或信件給美國農業部：

- (1) 郵件: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 電傳: (202)690-7442; 或者
- (3) 電郵: program.intake@usda.gov.

這個機構是平等机会提供者。

你也許可以向健康和家庭服務內閣，人力資源管理辦公室，EEO 執法科分部，提出申訴，地址是 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 或者撥打這個電話(502) 564-7770 分機 4107。

如果你對關於你 SNAP 的案件還有其他申訴的地方，你可以打到申訴專員辦公室電話號碼是 1-800-372-2973 or (TTY) 1-800-627-4702。

如果你不同意我們在你的SNAP 申請上所做的某些事情，你可以在收到我們寄給你有關於SNAP 申請通知90天之內要求進行一個聽證會。

我要如何要求進行聽證會：

撥打電話 1-855-306-8959; 或

附上另一張分開的紙並解釋你請求聽證會的理由，簽名並寫下日期，然後: 寄回到任何DCBS 的辦公室；或者

寄回到: **健康和家庭服務內閣，行政聽證部門，家庭和兒童行政聽證分部，105 Sea Hero Road, 2 號室，法蘭克福市，肯塔基州 40601**

SNAP 申请表

营养补充协助计划（简称 SNAP）的目的是帮助您购买食物来保证您的健康。

如果您因为不会讲英语或残疾而与我们沟通有困难，请告知我们。如有需要，我们将提供免费语言协助或其它援助和服务。

如何才能得到 SNAP 的福利？

步骤 1. 填写一份申请表。

任何人都可以提交申请。尽可能回答所有您能回答的问题。如果您想申请 SNAP 但当天不能完成全部 9 页的申请表，请务必完成此页、签名并交回。并尽快完成并交回其余部分的申请表（2-9 页）。

步骤 2. 交回申请表。

您可以发传真至 (502) 573-2007 或寄到 DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602 当地的社区服务部（简称 DCBS）来提交您的申请。或者，您可以在办公时间内亲自将申请表提交到当地 DCBS 办公室。当我们收到您的申请之后，我们将同您预定一个面谈时间。您有权在短期内得知您是否可以享有此计划的福利。从收到此页申请表（包括您的姓名、地址和您的签名）之日起，我们开始调查决定您是否有享有营养补充协助计划的资格。如果您具备得到此福利的资格，您将从此日期起享有营养补充协助计划的福利。

步骤 3. 和我们联系。

面谈时，您将需要提供给我们：

- 您的身份证明，比如您的驾驶证、社保卡或其他外籍人员的文件证明；
- 家庭人员证明，比如租房契约或书面文件；
- 您居住在肯塔基州的证明；
- 您的孩子的赡养费用或者子女抚养费证明；
- 您的生活开支；和
- 您在过去 60 天内所有的金钱收入证明，包括任何支票存根。

如果您不能提供上述所有的证明，您依然应该来和我们面谈。我们会帮助您。

有关社保号码的信息

您可以选择提供给我们您所有家庭成员的社保号码。我们可以只提供营养补充协助计划福利给有社保号码或可以证明他们已经申请社保号码的家庭成员。您不需要提供给我们其他不想要申请营养补充协助计划福利家庭成员的社保号码。

告诉我们有关于您的信息

您的法定姓名：

(姓) _____ (名) _____ (中间名缩写) _____ (社保号码) _____
/ /

(出生日期) _____ (邮寄地址) _____ (城市) _____ (州) _____ (邮政编码) _____

居住的县、郡(county) _____ 电话号码 (____) _____ 您的 他人的

如果您的街道地址不同于邮寄地址，请在下面提供：

(街道地址) _____ (城市) _____ (州) _____ (邮政编码) _____

签名/标记(X)

证人 (如 X 已签)

今天的日期

/ /

*如果您需要帮助来填写此申请，请同您当地DCBS办公室联系。您也可以登以下的网站来找到您当地办公室的信息。

https://prd.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx

名字: _____ 社保号码: _____
(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

告诉我们有关您的沟通或其它协助需求

口语: _____ 书面语: _____

您的英语程度是否有限? 是 否 在面谈时您是否需要口译人员? 是 否
如果是, 什么语言? _____

您是否患有残疾使您在某一方面受限, 您因此需要特殊协助? 是 否 如果是, 请告知我们, 以便我们协助您。请选择所有适用选项。

美语手语翻译员	提示口语翻译员	口译员	
触觉翻译员	视频转播翻译员	电讯转接服务	
盲文	大字本	电子通信(电邮)	无障碍通道
其他: _____			

有关于外籍状况的信息

您可以为您家庭申请营养补充协助计划, 即使某些家庭人员因为移民情况而不具备其资格。例如, 不具有法定移民资格的父母可以为具备美国国籍或法定移民资格的子女申请营养补充协助计划。不具有法定移民资格的人也许没有资格申请营养补充协助计划。我们将不会通知美国公民与移民服务局(简称 USCIS)有关于您通报没有法定移民资格人员的信息。我们必须使用他们的收入和资产来决定是否家庭的其他成员有资格获得营养补充协助计划的福利。您不需要提供给我们没有申请营养补充协助计划家庭成员的移民文件。我们会在美国移民局 USCIS 系统中查核您申请人的移民状况。我们所获得的信息也许会影响您营养补充协助计划的福利。

我什么时候才能得到营养补充协助的福利?

您也许可以在您提交申请的 5 天后得到营养补充协助计划的资格。 又称为加快福利。如果您具备此加快福利的资格, 您不只需要填写此页。请阅读以下内容或向我们咨询此加快福利的详细内容。

您需要填写完成所有的申请以获得营养补充协助计划福利。我们需要完整的申请表来决定您是否具有资格, 即使您已经具有加快福利的资格。如果我们能得到更多有关于您的信息, 我们可以对您提供更好的帮助。请尽可能向我们提供您所有的信息。如果您需要帮助, 请向我们咨询, 我们将向您提供帮助。您同时需要提供一份您的身份证明, 例如您的驾驶证、社保卡或其他外籍人员证件。

加快福利 – 5 天内的营养补充协助计划

在 5 天内得到营养补充协助资格的条件:

- 家庭总收入少于 \$150 和资产等于或少于 \$100; 或
- 家庭的房租、按揭付款和水电费用多于家庭总收入或资产收入; 或
- 家庭为移居或季节性农民工作者, 其收入停止或刚开始, 资产少于 \$100。

30 天的营养补充协助计划:

如果您不能得到加快福利, 您将收到一封信告知您:

- 您获得营养补充协助计划福利的资格和金额, 或
- 您不具备营养补充协助计划的资格及其原因

您可以同时申请营养补充协助计划和其他津贴。但是您的营养补充协助的申请将会分开来处理。我们必须根据营养补充协助计划的规则来处理您营养补充协助的申请, 并且我们会尽快地让您知道我们的决定, 我们会在收到您签名的申请 30 天内通知您。您的营养补充协助的申请不会因为其他津贴的申请被拒绝或者是您失去了其他已经得到的津贴而因此被拒绝。

名字: _____ 社保号码: _____
 (请参见第 1 页关于社保号码的通知)

我可以选择其他人来帮助我么?

您可以选择其他人来帮助您。您不一定非要选择其他人。如果您需要的话, 该人员可以帮助您填写申请表, 替您回答问题, 在面谈时提供关于您的信息, 使用 EBT 卡, 帮助您购买食物。我们可以向该人提供您的信息。
注意: 酒精和药物康复中心的住院病人, 必须指定其机构的一名工作人员来为病人申请。

代表人: _____			
(姓)	(名)	(中间名缩写)	
(邮寄地址)	(城市)	(州)	(邮政编码)
出生日期	/	/	()
月	日	年	电话号码

告诉我们有关您的家庭成员

食品津贴的家庭包括个人或一组集体成员居住和购买食物并一起煮饭用餐。这个集体不一定要有亲戚联系。以下所列的成员必须作为同一个营养补充协助计划家庭 (如果他们住在一起), 即使他们不一同购买食品 and 一起煮饭用餐。

- 您和您的配偶,
- 您的 22 岁以下的子女 (即使他们有他们自己的子女),
- 任何 22 岁以下子女的父母,
- 任何 18 岁以下的您所监护的未成年人, 和
- 任何其他同您一起购买食品 and 同您一同用餐的人员。

说明:
 在以下的表格中, 填写您家庭中所有居住的成员。如果您不希望为某家庭成员申请福利, 请在第一题回答“否”, 只填写该成员的姓名、和您的关系、出生日期以及社保号码 (如果您知晓)。

我们必须询问有关种族和人种的问题来确保计划津贴的发放是与种族、肤色或国籍无关, 但是您无需回答。您的回答不会影响到您可以得到多少津贴或者您多快可以得到这些津贴。如果您选择回答有关您民族和种族的问题, 请使用以下编码:

- * 种族 _____ **人种 (请选择所有符合的选项)
- H = 西班牙或拉丁血统 B = 黑人或非裔美国人 N = 夏威夷本土人/其他太平洋岛国人
 N = 不是西班牙或拉丁血统 W = 白人 A = 亚洲人
 I = 美洲印第安人或阿拉斯加本土人

***某些申请人必须同意去做工作登记并也许必须遵守其他工作/训练规定以得到营养补充协助计划的福利。请指出是否每一个人同意登记。我们将会通知您是否其他工作/训练规定适用于您家里的任何人。

是否申请? 是/否	一起购买食 和煮 饭用餐?	名, 中间名缩写, 姓	社保号码(#)	和您的关系	出生日期 月/日/年	性别 男或女	*种族	**人种	公民 是/否	***同意工作 登记? 是/否
1.				本人	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					

名字: _____ 社保号码: _____
(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

8.					/	/				
----	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

任何成员都有肯塔基州的 EBT 卡? 是 否 谁? _____

列出所有 18 岁或以上任何在大学或职业学院的成员: _____

有任何成员得到其他州的食物津贴福利? 是 否 哪一州? _____

有任何成员从 8/22/96 起被定罪有关您是谁或您住哪里的问题上给予错误信息的行为以期望在超过一个家庭得到或试图得到营养补充协助? 是 否 谁? _____

有任何成员为在逃犯或缓刑/假释罪犯? 是 否 谁? _____

有任何成员从 8/22/96 起被定罪有毒品违法行为? 是 否 谁? _____

有任何成员从 8/22/96 起被定罪有买、卖或交易价值超过 500 美金营养补充协助的行为?
是 否 谁? _____

有任何成员从 8/22/96 起被定罪有交易营养补充协助以换取枪枝、弹药或炸药的行为?
是 否 谁? _____

有任何成员从 8/22/96 起被定罪有交易营养补充协助以换取毒品的行为? 是 否 谁? _____

您家庭的支出是什么?

为了享有营养补充协助计划提供的最大的福利, 您需要告诉我们您所有的账单。任何报告遗漏或不足证明, 将意味着您的家庭不希望扣除未申报的支出。以下, 告诉我们您家庭所支付的账单。

庇护所和基本设施费用

您家庭所承担的以下费用是多少:

租金: \$ _____ 每月

场地租金: \$ _____ 每月

按揭付款: \$ _____ 每月

如果您的税或保险单独支付, 请在下方列明金额:

土地产权税: \$ _____ 每 _____

房屋保险 \$ _____ 每 _____

在以下您所需要支付的设施费用前打勾:

电费 水费 污水排放费
煤气费 垃圾费
电话通讯 房东索取的额外费用
其他, 请解释 _____

在任何设施费用账单中包括暖气或冷气费? 是 否

您现在所住地址在过去的一年内有没有得到能源补助 (简称 LIHEAP)? 是 否

名字: _____

社保号码: _____

(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

医疗费用

如果您有**残疾或年龄在 59 岁以上**的家庭成员有任何医疗费用不在保险支付的范围内, 请告诉我们。该费用可以为医生或医院账单、药物、交通费用、医疗保险费用或其他医疗费用。

支付人: _____ 金额: \$ _____ 每月

日托费

如果您的家庭成员有幼儿或成人日托费用, 请告诉我们。

接受日托的成员: _____ 支付日托人: _____

金额: \$ _____ 每月

子女抚养费

如果任何人支付**法院裁定**的子女抚养费, 请告诉我们。

支付人: _____ 金额: \$ _____ 每月

支付费用帮助

如果您得到任何支付费用的帮助, 请告诉我们:

支付的什么费用?	由谁支付?	金额?

您家庭成员有多少资产?

列出所有成员的总存款资财:

现金 \$ _____ 银行/信用合作社帐户 \$ _____

股票、基金、储蓄或其他资产 \$ _____

您的家庭成员的收入?

列出成员姓名和月金额收入。如果此项为空, 说明该成员没有任何该形式的金额收入。如有需要, 请另附加页。

收入来源	谁 得到收入	每月金额	雇主 (如适用)
税前工作收入 (总)			
第 2 份工作的税前收入 (总)			
个人私有企业收入或其他形式的工作			
小费			
社保或 SSI			
复员军人福利, 退休或养老金			
失业和工伤事故补偿金			
子女赡养费或抚养费			
从朋友或亲戚得到的收入			
其他			

名字: _____

社保号码: _____

(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

--	--	--	--

有任何成员已经被雇佣但是还没有得到收入? 是 否 谁? _____

有任何成员在过去的 30 天内已经辞职? 是 否 谁? _____

有任何成员为移居或季节性农业工作者? 是 否 谁? _____

有任何成员在进行罢工? 是 否 谁? _____

请阅读此信息并在第 8 页签名和注明日期

营养补充协助计划条例

遵守这些条例:

- 不得故意隐瞒或提供错误信息来获得营养补充协助计划。
- 不得用营养补充协助计划的福利来购买非食品, 例如烟草和酒类。
- 不得交易买卖或转让营养补充协助计划的福利。
- 您本人不能使用其他人的营养补充协助计划福利。
- 您不能将您的营养补充协助计划福利给其他非家庭成员使用。
- 不得使用您的营养补充协助计划福利支付任何形式的信用帐户, 即使是符合 SNAP 条件的食品。
- 不得出售使用营养补充协助计划福利所购买的食品。
- 配合州政府和联邦政府人员进行质量控制审查。

营养补充协助计划处罚

任何违反以上条例的个人:

- 第一次违反在 1 年内不能得到营养补充协助计划, 第二次违反 2 年内不能得到食品津贴, 第三次违反终生不能得到食品津贴;
- 可能罚款高达 \$250,000 或监禁长达 20 年, 或两者兼有; 并
- 如果法庭判定您交易营养补充协助计划津贴超过 \$500, 您可能终生不能得到营养补充协助计划。
- 如果法庭判定您交易营养补充协助计划津贴来得到枪支、弹药或其他爆炸火药, 您将终生失去营养补充协助计划资格。
- 如果法庭判定您交易营养补充协助计划津贴来得到管制药物, 第一次您将失去 2 年的津贴资格, 第二次您将终生失去资格。
- 如果您被判定在同一时间内试图或正在为不只一个家庭获取营养补充协助计划津贴, 您将在 10 年内没有资格得到营养补充协助计划。此处罚适用于当您提供有关您的身份和居住地的错误信息。
- 除了这些处罚之外, 如果您由于违反上述列出的这些规则而犯下重罪或轻罪被定罪的话, 法庭也可以在接下来的十八个月内不让您得到营养补充协助计划津贴。
- 如果您在逃避法律以避免起诉、被逮捕、坐牢或违反假释或缓刑的条款, 您将得不到营养补充协助计划津贴。

****提供错误信息将导致我们对您追究民事或刑事法律责任。我们也将减少您的津贴或向您追究赔偿。**

我们如何处理您的信息

如果您提供任何不准确的信息, 我们将拒绝您的营养补充协助计划资格。我们将提交您的答案给警方来追拿犯罪人员。如果您的营养补充协助计划有多付的部分, 我们将把您的答案提交到联邦或州的相关部门追讨多付的金

名字: _____ 社保号码: _____

(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

额。我们将拒绝帮助您没有提交社保号给我们的人员。我们将统一对待提交给我们的其他人的社保号与所需帮助人的社保号码。我们不会将您的社保号交给美国公民与移民服务局 (简称 USCIS)。

隐私法

所需收集的信息, 包括每个成员的社保号码 (简称 SSN), 是按照 2008 修订版 7 U.S.C. 2011-2036 的食品和营养法令授权的。该信息被用来决定您的家庭是否有资格或继续有资格享有食品营养辅助计划。我们将通过电脑符合系统核对您的信息。此信息也将用来监控计划法规履行情况和计划管理情况。

此信息将透露给其他联邦和州政府机关用来官方检查和警方缉拿逮捕逃犯。

如果您的家庭被要求索赔营养补充协助, 此申请的信息 (包括 SSN) 将会同联邦和州立机关和私人索偿服务机构分享, 以进行索赔。

提供所要求的信息 (包括每个家庭成员的 SSN) 为自愿行为。然而, 没有提供 SSN 的成员将导致被拒绝营养补充协助计划福利。任何提供给我们的其他家庭成员的 SSN, 将与有资格申请食品津贴成员的 SSN 同样对待。

我们将核查您提供给我们信息

我们使用电脑系统核查您家庭的收入和其他机构所掌握的信息, 例如就业和培训办公室、美国国内收入署和其他来源。如果您所提供的信息和电脑系统得到的信息不符, 我们将调查确认正确的信息。我们也许会同您的雇主、银行或其他人联系核实。如果您故意在申请中提供不正确信息, 将导致拒绝您的营养补充协助计划资格和其他法律责任追究。您所提供给我们的信息将会被联邦、州立和当地政府机关核查来确保其正确性。我们会核查的信息包括所列成员的: 社保号码、工作情况和酬劳、银行存款、从其他途径得到的收入 (如社保收入、失业收入) 和移民情况。

您将不会被歧视

根据联邦民权法律和农业部 (USDA) 民权法规和政策, 美国农业部、其代理处、办公室和员工, 以及参与或管辖美国农业部计划的机构禁止基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、残疾、政治或宗教信仰进行歧视, 或报仇, 或对美国农业部之前所执行或资助的任何计划或活动中的民权运动进行报复。

有残疾并要求有沟通替代方式以得到补助计划信息的申请人 (例如盲文、大字本、录音带、美语手语等等) 应该与其申请福利所在地 (州或当地) 的代理处联系。聋哑或有听觉障碍的申请人也可拨打 (800)877-8339 电话经由联邦传递服务与美国农业部联系。除此之外, 补助计划信息也提供英语之外的其他语言。

对计划提出歧视申诉, 请填写美国农业部计划歧视申诉表格, (AD-3027), 可在下列网址:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 下载, 也可在任何美国农业部办公室获取, 或写信给美国农业部, 并且在信里提供所有表格里要求的数据。如需申诉表格的复印本, 请拨打 (866) 632-9992 电话。

可通过下列方式提交您所完成的表格或邮寄到美国农业部:

- (1) 邮件: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202)690-7442; 或
- (3) 电邮: program.intake@usda.gov.

这个机构是平等机会提供者。

名字: _____ 社保号码: _____
(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

您的签名和确认

我明白:

- 申请中所有的问题，和隐瞒或提供错误信息的后果。
- 我必须提供我家庭情况信息的证明。
- DCBS 办公室和质量监管部门将同其他人或机构联系来核查我的信息。
- 我在申请中所提供的信息包括国籍和移民状况信息供联邦、州立和当地机关核查确定信息的正确性。
- 营养补充协助计划申请要求提供所有住在我家庭申请福利的成员的社保号码。（不申请食品津贴的成员无需提供其社保号码和移民状况信息）
- 社保号码将会用来在不同州和联邦收入和资格核查系统（简称 IEVS）中核实。这些核查包括但不限于：社保、IRS、SSI、收入记录、失业保险、子女抚养记录和其他 IEVS 授权的核查。当发现任何不符时，此信息会通过间接联系调查途径进行核查。在核查之后，IEVS 提供的信息，将影响福利的资格和金额。

我同意:

- 我家庭里所有要求的成员将遵守工作和培训规定。

我证实，在伪证罪受罚的条件下:

- 我的答案在尽我所知的条件下为完整并正确
- 我提供的关于所有申请福利的成员国籍和移民状况的答案是正确的。

签名/标记 (X)	证人 (如 X 已签)	今天的日期 / /
-----------	-------------	--------------

术语的意思?

我们申请中所用到的术语，其含义为:

家庭 某人或一个集体住在一起并一起购买食物和煮饭用餐

质量监管 一个 DCBS 部门，审查营养补充协助计划案件来确保其准确性。如果您的案件被选中，质量监管将会与您联系。

工作和培训条例

某些人必须工作或接受培训来获得营养补充协助计划。如果这适用于您或您的家庭成员，我们会通知您。您必须遵循这些工作和培训条例来获得营养补充协助计划。

如何申请听证会

如果您不同意我们对您的申请或营养补充协助计划福利所做的决策，您可以在收到我们寄给您关于营养补充协助计划的通知 **90 天内** 要求进行听证会。您可以陈述您的想法或者带您的朋友、亲戚或律师来听证会。

名字: _____

社保号码: _____

(请参见第 1 页关于社保号码的通知)

如何要求进行听证会?

请拨打 1-855-306-8959 号码, 或

请随附您请求进行听证会理由的单独文件, 签名并注明日期, 然后

寄回到 DCBS 办公室,

或者

寄回到: **健康和家庭服务内阁, 行政听证部门, 家庭和儿童行政听证分部, 105 Sea Hero Road, 2 号室, 法兰克福市, 肯塔基州 40601**

选择性提供的信息

帮助我们来帮助您!

您不一定要签署此部分, 但是您可以帮助我们取得我们所需要的信息来帮助您, 无需向您提出额外特定需要的签名授权申请。

您应当了解:

- 我们也许会需要更多的信息来决定您是否可以得到帮助。
- 如果我们需要您提供更多的信息, 我们将写信告知您我们的需求, 以及需要寄回给我们的日期。
- 您有责任提供我们所需要的信息或向我们寻求帮助。
- 如果您在到期日内不能提供我们所需要的信息, 您的申请将被拒绝或您的福利将被停止。
- 我们也许可以使用以下的授权来得到我们所需要的信息。但是您还是应当提供我们所需要的信息或寻求帮助。
- 我们也许会附加一份您的授权给其他人或机构 (如您的雇主) 来要求有关于您或其他家庭成员具体的信息。

请在下面签名并用印刷体书写您的姓名来允许我们获得所需要的信息

授权信息

我在此授权任何个人和机构向肯塔基社区服务部提供其所需的有关我和我家庭成员的信息。此授权复印件同原件具有同等效力。此授权不包括任何个人健康信息。此授权自签字日起 12 个月内有效。

您的名字 (请用印刷体)

签名或标记

证人 (如 X 已签)

日期