
 申请表	您有很难来办公室面谈的理由吗？ <input type="checkbox"/> 生病 <input type="checkbox"/> 交通问题 <input type="checkbox"/> 工作或培训 <input type="checkbox"/> 居住在偏远地区 <input type="checkbox"/> 必须照顾生病或有残疾的家人 <input type="checkbox"/> 其他 (请解释):		日期戳: _____ 案件编号: _____
--	---	--	---------------------------

我想要申请: 食物援助 现金 亲友照顾人 OSS/可选择的州立补助 医疗 医疗补助计划弃权书/家庭及社区服务 临终关怀 疗养院护理 - 进入护养院之前的居住地址:

欢迎访问佛罗里达州儿童和家庭部 (DCF)。如果您需要协助填写本申请表或需要翻译服务，请联系我们 1-866-762-2237 ACCESS Florida。我们至少需要您的姓名、地址和签名。我们收到您的签名申请表当天会开始处理。不符合资格的或不申请福利的家庭成员，或可被指定为非申请人。非申请人或申请紧急医疗补助、难民现金援助或难民医疗援助的人不需要提供社会安全码 (SSN)。如果您因为您的移民身份而没有资格取得社会安全码，您或许有资格取得非工作社会安全码，以领取需要社会安全码的福利。如果您需要社会安全码，我们可以帮您申请一个。非申请人不需要提供移民身份证明。申请福利的非公民将由美国公民及移民服务局 (USCIS) 验证他们的移民身份。我们不会告诉美国公民及移民服务局那些与您同住、但不申请福利者的移民身份。无论在任何情况下，不申请福利的个人都不会被申报为非法在美国居住。如果您是为他人填写此申请表，请根据他们的情况回答问题。

加速食物援助 - 符合条件的家庭可在 7 日内接受食物援助的福利。			
您家庭的总收入不到 150 美元？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您付费为您的家提供暖气或冷气吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的总流动资产 (如现金, 银行账户等) 低于 100 美元吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您每月的房租或房屋抵押贷款是多少钱？	\$
您家庭的每月总收入加上您的总流动资产, 少于您每月房租或房屋抵押贷款加上水电费, 是吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	请问您的家庭的收入最近都中断了吗？ 如果是, 什么时候？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
请勾选您支付的帐单: <input type="checkbox"/> 电力 <input type="checkbox"/> 煤气 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 污水处理 <input type="checkbox"/> 电话	您家里有任何人是农民工或季节性农场工人吗？ 如果有, 是谁？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申请人资料			
姓名: _____	中间名: _____	姓: _____	家用电话或留言电话号码: _____
住址: _____			电子邮件地址: _____
住址: _____	街名: _____	公寓号码: _____	城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
您收取您邮件的地址 (如果您与住的地方不同): 街名/邮政信箱 _____			手机号码: _____

所有方案的信息			
您家有人因重罪或违犯缓刑或假释罪而逃避法律吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？	您家有人因贩毒重罪而被定罪吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？
您家有人在过去 5 年间出售或赠送任何财产或资产吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？	您家有人在过去 60 天内辞去工作或正在罢工吗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？
您家有人曾因同时在一个州以上接受食物援助、临时现金援助或医疗补助而被定罪吗？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？	
您家有人在过去 30 天收到来自另一个州或来源的食物、现金或医疗援助吗？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 是谁？	

协议声明	签字
<p>我了解, 我在此申请表、面谈或要求其他福利时所提供的信息, 包括在其他机构进行的计算机信息匹配, 是受到 DCF 和其他包括公共援助欺诈在内的联邦和州立机构的核实。我了解并同意如下: DCF、公共援助欺诈 (PAF) 及经授权的联邦机构可以核实我在本表、面谈或要求其他福利时所提供的信息。信息可从我过去或现在的雇主处取得。我的签名授权将该信息发布给 DCF 和/或 PAF。作为参与医疗补助计划的条件, 我同意检查和发布医疗补助计划根据其审计和调查权力视为必要的所有医疗记录。如果有任何信息不正确, 福利可能会被缩减或拒绝, 我也可能会因为故意提供不正确的或虚假的信息或隐瞒信息, 受到刑事起诉或被计划取消资格。我理解我的权利和责任。在伪证罪罚责下, 我证明本表的资料就我所知是真实的, 包括申请福利者的公民或非公民身份。我在此确认收到佛罗里达州 DCF 的 CFOP60-17 第 1 章附件 2 《个人健康信息政策的管理和防护》。</p>	<p>_____ 签名日期</p> <p>住户成人成员签名</p> <p>_____</p> <p>如果以“打叉”的方式签名, 证人在此签名</p> <p>授权/指定代表 - 以工整正体书写姓名、地址和电话</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ 授权/指定代表签名</p>

申请表延续至第 2 页。请尽可能提供信息, 以帮助我们迅速确定您的资格。

供办公室专用	社区访问站参与者姓名/电话号码: _____	日期戳
---------------	------------------------	-----

家庭信息: 如果您在下面部分需要额外空间, 请使用加页。请尽可能提供信息, 以帮助我们迅速确定您的资格。

列出您自己和所有住在您家里的人, 即使您不为他们进行申请。如果您不为某一位成员进行申请, 您不需要提供他们的社会安全码或公民身份。如果居住在疗养院或安排的其他机构, 请只列出自己、配偶及受抚养人。非必需信息 - **族群:** A = 西班牙裔或拉丁裔; B = 非西班牙裔或拉丁裔;

种族: 您可以选择一个或多个数字: 1 - 美国印第安人或阿拉斯加原住民, 2 - 亚洲人, 3 - 黑人或非洲裔美国人, 4 - 夏威夷原住民, 5 - 白人

第一部分 - 列出所有住在您住址的成年人												
法定名字	名字, 中间名, 姓	与您的关系	想要申请吗?	性别	社会安全码 (请见上述说明)	日期及出生地	美国公民	族群 (请见以上)	种族 (请见以上)	婚姻状况	上学/小时数/每周/最后完成年级	与您一起买菜及用餐

	自己	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 小时数每周: _____ 最后完成年级: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 小时数每周: _____ 最后完成年级: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 小时数每周: _____ 最后完成年级: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 小时数每周: _____ 最后完成年级: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

B部分 - 列出所有在您住址与您同住的孩子。如果有人怀孕, 请以“未出生”列为名字, 並以预产期做为出生期。

法定名字 名字, 中间名, 姓	与您的 关系	想要申请 吗?	性别	社会安全码 (请见上述说 明)	日期 出生地	美国公民	族群 (请见 第2页)	种族 (请见 第2页)	5岁以下儿童 已免疫	上学/ 校名	毕业日期	与您一起买菜 及用餐
第一个孩子 请问您希望这个孩子接受儿 童健康检查服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 校名 为:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> NO
第二个孩子 请问您希望这个孩子接受儿 童健康检查服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 学校名 称为:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第三个孩子 请问您希望这个孩子接受儿 童健康检查服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 校名:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
第四个孩子 请问您希望这个孩子接受儿 童健康检查服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 校名 为:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

医疗补助计划(Medicaid): 对于 16 岁以下的儿童, 如果没有其他身份证明文件, 如学校提供的记录或带照片的身份证件, 请阅读并签署以下: 在伪证罚责下, 我保证所有上面列出的孩子都是我声明的个人。

签名

C 部分 - 缺席家长信息: 为 B 部分母亲和/或父亲不在家的每个孩子提供下面信息。							
第一个孩子	母亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	母亲的出生地	母亲的电话号码	医疗保险信息	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:		
	父亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	父亲的出生地	父亲的电话号码	医疗保险信息	
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:		
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:			
第二个孩子	母亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	母亲的出生地	母亲的电话号码	医疗保险信息	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:		
	父亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	父亲的出生地	父亲的电话号码	医疗保险信息	
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:		
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:			

第三个孩子	母亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	母亲的出生地	母亲的电话号码	医疗保险信息	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:		
	父亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	父亲的出生地	父亲的电话号码	医疗保险信息	
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:		
父亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:			
第四个孩子	母亲		缺席家长姓名及最后所知地址	出生日期	社会安全码	种族 (请见第 2 页)	缺席原因
	这是该孩子的法定家长吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果本项福利没有批准, 您希望有赡养执法服务吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	母亲的出生地	母亲的电话号码	医疗保险信息	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		承保名称:	保单号码:	
	母亲的雇主名称:		雇主的地址:		雇主的电话号码:		

						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	--	--	--	--	--	---

2. 您如何为您的家提供暖气或空调?

3. 有人帮您支付费用吗? 是 否 如果是, 请解释:

您可能有资格减少电话费

如果您想让 DCF 发布您的姓名、社会安全码、电话号码以及您得到食物援助、临时现金援助或医疗补助计划的事实给本地电话公司, 以便您可通过生命线方案减少电话费, 请勾选“是”。 是 否

处罚公告

您若因为故意提供不正确资料, 以领取公共补助福利, 可能会遭到起诉。

您可以申请在此登记投票

如果您没有在您现在住的地方登记投票, 您想今天在这里登记投票吗? 如果您想申请登记投票或更新您的选民登记信息, 请勾选“是”。如果您勾选“否”的框或一个框都不勾选, 您会被视为已决定不登记投票, 或不更新您的选民登记信息。选择“是”或“否”, 或让这个问题留白, 并不会影响您领取福利。 是 否

权利公告

协助: 如果您想在填写您的选民登记申请时得到协助, 我们会协助您。是否寻求或接受协助是您的决定。您可以私下填写选民登记申请。

福利: 如果您正从本机构申请公共补助, 申请登记投票或拒绝登记投票, 不会影响本机构将提供给您的援助金额。

隐私: 您不登记或更新您记录的地点, 以及您申请注册或更新您选民登记记录的地点是保密的, 并只可用于选民登记的目的。

正式投诉: 如果您认为有人干预您申请登记或拒绝登记投票的权利、您决定是否申请登记注册投票的隐私权, 或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利, 您可向以下单位投诉: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. 投诉表格可在以下网站取得 <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> 或致电 1-850-245-6200.

[官方当局: 全国选民登记法 (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 and 97.0585, F.S.]

报告要求

您必须根据 DCF 的方案要求, 报告任何情况的变化。领取食物援助的家庭必须就福利增加的改变, 以及在家庭的月收入超过了食物援助的家庭总收入上限时, 提出报告。接受医疗补助计划或临时现金援助的家庭必须在 10 天之内继续报告可能影响资格的变化。

对移民的重要信息

申请或接受食物援助的福利或医疗补助计划, 不会影响到您或您家庭成员的移民身份或获得永久居民身份(绿卡)的可能性。接受临时现金援助或如养老院等机构的长期照护福利, 可能为取得这个身份造成问题, 特别是如果这些福利是您家庭的唯一收入。

处罚公告 - 食物援助:

如果您因故意作出虚假或误导性陈述, 隐瞒或隐藏事实, 以获得或企图获得食物援助, 或犯下任何违反食品和营养法的行为, 或违反食物援助法规, 或因使用、展示、转让、获取、接受或持有食物援助福利的目的而违反任何本州法规, 并被认定有罪(由州或联邦法院, 或由取消资格的行政听证会, 或签署放弃听证会), 您将被取消资格。您第一次违规将失去食物援助资格 12 个月, 第二次违规将失去资格 24 个月, 第三次违规将永久失去资格。如果因贩卖超过 500 美元以上的食物援助福利而被定罪, 您将永远失去资格。如果您因这些行为被定罪, 视严重程度不同, 您可能被处以最高 25 万美元的罚款, 或被监禁长达 20 年, 或两者兼而有之。

如果您因欺诈性陈述身份或居住地, 以便同时在超过一州以上接受食物援助, 并被州或联邦法庭定罪, 您在为期 10 年的时间内, 将不会有资格参加食物援助方案。

如果您在犯罪或企图犯罪后, 逃避被起诉、羁押或禁闭, 这是重罪, 或违反联邦或州法律的缓刑或假释规定, 您没有资格获得食物援助。这些信息可能会被披露给其他联邦和州立机构进行官方调查, 并为了逮捕逃避法律制裁的人, 披露给执法官员。

如果您被认定犯有贩毒重罪，或以食物援助福利买卖枪支、弹药或炸药，而被联邦、州或当地法院定罪，您就丧失食物援助的资格。

处罚公告 - 临时现金援助:

如果您故意提供虚假信息或隐瞒资料，以接受或继续领取临时现金援助，并由州或联邦法院或取消资格的行政听证会定罪，或签署听证会弃权证书，第一次违规，您可能被取消资格 12 个月，第二次违规 24 个月，第三次违规永久取消资格。

如果您因贩毒而被定罪，或在犯罪或企图犯罪后，逃避被起诉、羁押或禁闭，这是重罪，或您违反联邦或州法律的缓刑或假释规定，您没有资格获得临时现金援助。如果您因欺诈性陈述身份或居住地，以便同时在超过一州以上接受临时现金援助，并被州或联邦法庭定罪，您在为期 10 年的时间内，将没有资格参加临时现金援助方案。

佛罗里达州儿童及家庭局无歧视声明

在任何接受或受益于联邦财政援助，并由本局管理的方案或活动中，任何人不得基于种族、肤色、宗教、国籍、性别、年龄或残疾而被排除参与其中、被剥夺福利，或遭受非法歧视。若要提出申诉，声称违反本政策，请联系Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families, 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700 或致电 1-850-487-1901，或致电 1-850-922-9220 使用聋人电传通讯装置。

美国农业部-美国卫生和公众服务部无歧视声明

根据美国联邦法律和农业部 (USDA) 和美国卫生和公众服务部 (HHS)政策规定，本机构禁止基于种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾的歧视。根据食物与营养法和美国农业部的政策，也禁止基于宗教或政治信仰的歧视。要提出歧视的申诉，请联系美国农业部或美国卫生和公众服务部。请写信至 USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 或致电(202) 720-5964 (语音或聋人电传通讯装置)。请写信至 Regional Manager, DHHS Office of Civil Rights, Region IV, Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 or call 1-800-368-1019 或致电 1-800-537-7697 使用聋人电传通讯装置。

提交申请援助表

援助申请表可由您或由别人代您，通过亲自前来、邮寄、传真或以通过互联网的电子方式，提交到儿童和家庭局经济自足服务在佛罗里达州的任何办公室。在正常办公时间收到的申请表被认为是在同一天收到。当一份申请表在正常办公时间之后收到时，将被视为于收到后的第一个办公日收到。