紐約州重新認證表填寫說明：

- 公共援助
- 輔助營養援助計畫
- 醫療補助和輔助營養援助計畫
- 醫療補助和公共援助

若您失明或視力嚴重受損，且需要申請/重新認證表或此等說明的替代格式，則可向社會服務區（「服務區」）索取。以下是可供選擇的格式：

- 大字體印刷件
- 數據格式（螢幕閱讀器可存取的電子檔案）
- 音訊格式（說明或申請/重新認證問題的音訊轉錄）
- 布拉耶盲文，如果您認為以上其他格式均對您無同等效用

也可造訪網站 www.otda.ny.gov 或 www.health.ny.gov 獲取大字體印刷件、數據格式或音訊格式的申請/重新認證表或說明。請注意，申請/重新認證表提供的音訊格式和盲文版本僅供參考。提交重新認證表時必須使用書面的非替代格式。

如果您因任何身體障礙原因而無法填寫本重新認證表和/或等待面試，請則告知您所在的服務區。服務區將會竭力提供合理的便利條件，以滿足您的需求。

如果您在填寫本重新認證表時需要其他便利條件或幫助，請聯繫您所在的服務區。我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助和支援。

重新認證表填寫提示

每當在重新認證表上看到「公共援助」或「PA」時，這表示「家庭援助」和/或「安全網援助」。我們稱這兩項計畫為「公共援助」。PA 和透過這份重新認證表重新認證的其他計畫旨在為有需要的人群提供臨時幫助。某些計畫可能會限制援助時間，因此您必須盡快實現自食其力。服務區將會幫助您實現自食其力。因此，我們必須瞭解您的情況和需求。這也是您需要填寫重新認證表的原因。

在申重新認證過程中，服務區會要求您提供並核實您本人和其他重新認證人的資訊。相關說明的末尾會列出文件要求，說明您可能需要提供的資訊類型和可以驗證相關資訊的文件類型。例如，為了證明身份，您可以提供帶有照片的身份證明、駕駛執照、美國護照、入籍證書、醫院或醫生記錄或領養文件。此外，服務區在重新認證流程中可能還將與您面談。服務區可能將多項計畫的面談安排在同一時間。

重新認證表和說明按部分編號，以便為您提供幫助。填寫重新認證表時應注意以下事項：

- **請以正楷清楚填寫。**
- **請勿填寫灰色部分內容。**
- **請務必填寫與重新認證人相關的每項內容。**
- **除非另有說明，否則請始終使用法定姓名。**
- **如果您是以某人代表的身份提出重新認證，則請提供所代表重新認證人的資訊，而不是您本人的資訊。確保您和所代表申請人都在重新認證表的最後一頁簽名。**
- **如果您不確定如何填寫本重新認證表的任何部分內容，請向社會服務區求助。**

除了 LDSS-3174「紐約州特定福利和服務重新認證表 (New York State Recertification Form for Certain Benefits and Services)」外，請確保您同樣持有以下資訊手冊的副本，可向服務區索取或造訪網站 www.otda.ny.gov:

- **LDS-4148A：「第 1 冊：權利和責任須知」**
- **LDS-4148B：「第 2 冊：社會服務計畫須知」**
- **第 1 冊 LDSS-4148A 和第 2 冊 LDSS-4148B 補編：「醫療補助計劃的重要變化」**
- **LDS-4148C：「第 3 冊：緊急情況須知」**

重新認證表封面

若您失明或視力嚴重受損，則可選擇以其他格式接收與您重新認證計畫相關的通知。如您確信任何其他替代格式皆無法對您同樣有效，則您可以使用大字體印刷件、數據光盤、音訊光盤或盲文等替代格式。

若您失明或視力嚴重受損，您願意收到替代格式的書面通知嗎？若您失明或視力嚴重受損，請勾選 (✓)「是」或「否」，以表示您是否希望收到與您重新認證計畫相關的替代格式書面通知。

如果回答「是」，則請勾選您所需的格式類型：若您失明或視力嚴重受損，並希望以其他格式收到與您重新認證計畫相關的通知，則請勾選 (✓) 您所需的格式類型：大字體印刷件、數據光盤、音訊光盤或盲文。如果您認為其他替代格式的效果都不如盲文，則您可以選擇盲文作為替代格式。

如果您在填寫本重新認證表時需要其他便利條件或幫助，請聯繫您所在的服務區。

重新認證表第 1 頁

第 1 部分：勾選您或任何家庭成員正在申請的每項計畫

勾選 (✓) 您或任何家庭成員希望重新認證的每項計畫的方塊。

醫療補助包括醫療補助計畫、殘障工作人士自購醫療補助，及家庭生育規劃福利計畫。當您在重新認證表上看到「MA」時，其表示「醫療補助 (Medicaid)」，之前稱為「醫療援助 (Medical Assistance)」。同時重新認證公共援助 (Public Assistance, PA) 或輔助營養援助計畫 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 時，才能使用此重新認證表重新認證醫療補助。如想要重新認證醫療補助和 SNAP，請勾選 (✓)「醫療補助 (MA) 和 SNAP」方塊。如想要重新認證醫療補助和 PA，請勾選 (✓)「醫療補助 (MA) 和 PA」方塊。

如想僅重新認證 MA，可使用 https://nystateofhealth.ny.gov/，或撥打 1-855-355-5777 詢問詳情或重新認證。您也可以使用專門用於申請 MA 的紙質申請表「DOH-4220 表格」。可向服務專員索取表格，或撥打 MA 幫助熱線 1-800-541-2831。如想要僅重新認證醫療保險節約計畫 (MSP)，您必須使用表 DOH-4328 進行申請。該表可向服務專員索要。如您亟需私人護理服務，則應使用 DOH-4220 MA 申請表單獨申請 MA。

第 2 部分

您的主要語言是什麼？：勾選 (✓)「英語」、「西班牙語」或「其他」方塊來指出您最常用的語言。如勾選 (✓)「其他」方塊，請以正楷填寫您的首選語言。

希望收到何種語言的通知：您將會收到關於您所重新認證的計畫的通知。勾選(✓)「僅英語」或「英語和西班牙語」方塊，指出您想要以何種語言接收這些通知。

第 3 部分：接受者資訊

姓名：以正楷填寫您的姓名，包括您的名字、中間名首字母縮寫 (M.I.) 和姓氏。

婚姻狀況：以正楷填寫您目前是單身、已婚、喪偶、合法分居或是離婚。如曾結過婚，請以正楷填寫相應的狀態，不要填寫「單身」。

電話號碼：如果您有電話號碼，則請填寫。

手機號碼：請勾選 (✓)「是」或「否」，說明是否為手機號碼。

居住地址： **街道地址：**請以正楷填寫您所居住的房屋或樓宇號、街道、大道和公路等。
公寓房號：請以正楷填寫您公寓的房號（如適用）。
城市：請以正楷填寫您所居住的城市的名稱。
郡：請以正楷填寫您所居住的郡的名稱。
州：請以正楷填寫您所居住的州的名稱。
郵遞區號：請以正楷填寫您住址的郵遞區號。

代收人姓名：如其他人代您接收郵件，請以正楷填寫此人的姓名。

郵寄地址：如您在住址以外的地方接收郵件，請以正楷填寫位址（和公寓房號，如適用）或該地點的郵局、城市、郡、州和郵遞區號。

您在目前的住址居住了多久？請以正楷填寫您已在目前地址居住的年數和/或月數。

此處是否為收容所？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您住的地方是否為收容所。

可聯絡到您的其他電話號碼：請以正楷填寫可聯絡到您的其他電話號碼（如適用）。

電郵地址（可選）：請以正楷填寫您的電子郵件地址，以便服務區透過電子郵件與您聯繫。**電子郵件地址不是強制性的申請要求。**

如何到達您的住所：請以正楷填寫如何抵達您的住處。使用人們熟知的地標。

以前地址：請以正楷填寫在搬遷至目前地址前的住址。

如您目前沒有家，請勾選這裡：如您沒有地方住/沒有住址，請勾選 (✓) 此方塊。

為申請人提供幫助的機構/聯絡人：如某人幫助您重新認證，請以正楷填寫此人的姓名及其機構的名稱，以及此人的電話號碼（如有的話）。

您是否需要對該重新認證表的醫療補助部分和可能獲得的任何醫療補助範圍加以保密？：勾選 (✓)「是」或「否」，在重新認證表上指出和/或告知服務專員您是否需要對您的重新認證及/或與領用醫療補助範圍相關之通訊保密。

列出自您申請或上次重新認證以來發生的變化：列出自您申請或上次重新認證以來發生的變化，例如地址變更、生孩子、收入變動、失業等。

第 4 部分：如正在重新認證 SNAP

閱讀重新認證表第 4 部分中的說明，如其適用於您或您代為重新認證的人士，請於說明下方簽上名字和日期。如對此部分有任何疑問，請與社會服務區聯繫。

第 5 部分：您是否屬於以下任何情況？

勾選 (✓) 適用於您或您代為重新認證之人士的每種情況。

重新認證表第 2 頁

第 6 部分：家庭資訊

姓名：請以正楷填寫所有與您同住的人的名字、中間名縮寫 (M.I.) 和姓氏，*即便此等人員並未重新認證。*首先列出您本人。

此人正在重新認證：勾選 (✓) 每個人正在重新認證的援助類型：公共援助 (PA)，輔助營養援助計畫 (SNAP)，醫療補助 (MA)。

出生日期：請以正楷填寫*每位重新認證人*的出生日期。

性別及性別認同：紐約州確保您無論性別、性別認同或表達為何，都有權獲得州福利及/或服務。您必須將您的性別以及所有家庭成員的性別報告為男性、女性或「X」。男性請注明為「M」，女性請注明為「F」，非二元或其他身份則注明為「X」。須上報您的性別以審理申請。它不會出現在您可能收到的任何補助卡或任何其他面向公眾的文件上。

性別身份是您如何看待自己，如何稱呼自己。您的性別認同可以與您出生時標明的性別相同或不同。不需性別身份即可進行本次申請。若您的性別身份或您家中任何人的性別身份不同於您為此人報告的性別身份，且您願意提供此人的性別身份，請以正楷填空「男性」、「女性」、「非二元性別」、「X」、「跨性別」或「不同身份」。如果您填寫「不同身份」，則可以選擇在指定空白處進一步描述該人的性別身份。可自願提供本訊息。不會影響申請人的資格或所獲得的福利水準。

與您的關係：請以正楷填寫每個人與您的關係（例如：配偶、兒子、養子女、朋友、室友、寄宿人等）。

重新認證家庭成員的社會安全號碼：請以正楷填寫每位重新認證人的社會安全號，*除非此人為僅重新認證醫療補助的孕婦。*

所完成的最高學歷（年級）：輸入*每位重新認證人*所修完的最高年級（1 至 12）。如超過 12 年級，請輸入 13。

此人（包括未成年子女）是否與您一同購買食物或開夥做飯？對於與您同住的每個人，不論他們是否重新認證，務必要對此問題勾選 (✓)「是」或「否」。在一些情況下，單獨購買食物或做飯的人或可獲得更多的 SNAP 福利。

請列出您或其他家庭成員的婚前姓名或曾用名：請以正楷填寫此部分中列出的任何人的婚前姓名、婚後姓名或其他曾用名。包括名字、中間名首字母縮寫 (M.I.) 和姓氏。

第 7 部分：家庭成員變更

如果在過去一年中有人搬進或搬出您的家庭，請填寫此部分。

重新認證表第 3 頁

第 8 部分：種族/族裔

可自願提供本訊息。這不會影響此人的申請資格或獲得福利等級。要求提供這些資訊的原因是為了確保福利發放與種族、膚色或原國籍無關。填寫此部分內容時，在標有「H」的欄中為每個重新認證人填寫「Y」代表「是」，說明該人是否為西班牙裔和/或拉丁裔。在每個種族欄中輸入「Y」代表「是」，說明每個人的種族背景：

- H = 西班牙裔或拉丁裔
- I = 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- A = 亞洲人
- 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
- U = 未知

可自願提供本訊息。不會影響重新認證人的資格或所獲得的福利水準。要求提供這些資訊的原因是為了確保福利計畫的發放與種族、膚色或原國籍無關。

重新認證表第 **4** 頁

第 9 部分：公民/具有合法移民身份的非公民

如您或任何家庭成員正在重新認證輔助營養援助計畫 (SNAP)，則必須列出*每位*家庭成員，即便是未重新認證 SNAP 的成員。您亦須列出與重新認證公共援助 (PA) 之任何子女住在一起的任何兄弟姐妹和父母。如未為重新認證人填寫此部分，則此人無法領用援助。

姓名：請以正楷填寫每位重新認證人或必須列出之人士的名字、中間名縮寫 (MI) 和姓氏。

為每個人勾選「公民/國民」或「非公民」：在每個人名的旁邊，勾選 (✓)「公民/國民」方塊表示此人為美國公民、美國原住民或國民，或勾選「非公民」方塊表示此人*不是*美國公民、美國原住民或國民。

USCIS 編號（移民登記號）或非公民編號輸入此人的美國公民及移民服務局 (USCIS) 編號或非公民編號。

第 10 部分：證明

認真閱讀此部分內容底部的說明，然後簽上名字和日期，證明*正重新認證下列任何計畫之每位重新認證人*的具有公民或合法移民身份的非公民身份屬實。如任何重新認證人不是美國公民、美國原住民或國民，則勾選 (✓) 此人能夠以合法移民身份非公民重新認證的計畫。

- 公共援助 (PA)；
- 輔助營養援助計畫 (SNAP)；和/或
- 醫療補助計畫 (MA)。

「合法非公民身份」是指不會剝奪此人獲得指定計畫福利之資格的非公民身份。請注意，不同的計畫有不同的非公民身份要求。LDSS-4148B「第 2 冊：社會服務計畫須知」及 LDSS-4148B 插頁「社會服務計劃 (LDSS-4148B.1) 須知」中包含有關合法非公民身份的更多資訊。您亦可聯絡您的社會服務區瞭解詳情。

家中的成人或授權代表可為所有重新認證的家人簽名證明。例如，*不具備*公民或合法非公民身份的父母可代表*具備*公民或合法非公民身份的子女簽名證明。如家庭成員重新認證人未滿 18 歲（或已滿 18 歲或更大，但因疾病或殘障而無法簽寫自己的姓名），則*必須*由已滿 18 歲或更大的家庭成員代其簽名。

為其他家庭成員代簽時，應簽寫您自己的姓名。例如，當 Mary Doe 代嬰兒 Johnny Doe 簽字時，應簽寫「Mary Doe」。

勾選方塊並在證明上簽名，即表示您證明，就您/您所代簽之人士重新認證的每個計畫而言，您和/或您代表簽名的人士是美國公民、美國原住民、國民，或具有合法移民身份的公民，所提供資訊如有虛報，將會接受處罰。如您未勾選任一方塊或為非公民重新認證人提供美國公民及移民服務局 (USCIS) 編號，則此人無法領用援助。

您不應為您本人或不是美國公民、美國原住民和國民，或不具合法移民身份的非公民簽字證明。不具備合法移民身份的非公民沒有資格獲得 PA、SNAP 福利或醫療補助（面向孕婦或緊急醫治的醫療補助除外）。這些人可能亦沒有資格獲得特定服務（例如兒童或成人預防/保護服務）。

我們會將您提供給我們的資訊提交給 USCIS，以確認任何或所有重新認證 PA、SNAP 福利或醫療補助之家庭成員的非公民身份。從 USCIS 獲得的資訊會影響到您家人的資格和福利水準。

重新認證表第 **5** 頁

*第 **11** 部分：關於轉介至兒童撫養執行部門的資訊*

如您僅重新認證醫療補助且是孕婦、過去 60 天內產子或僅為未滿 21 歲的孩子重新認證。

1. 勾選 (✓)「是」或「否」，指出您是否在為未滿 21 歲、非婚生和未確立親子關係的人（*包括您自己*）重新認證。

2. 勾選 (✓)「是」或「否」，指出您是否在為未滿 21 歲或其父母中至少有一方不同住的人（*包括您自己*）重新認證。

如您對這兩個問題均勾選 (✓)「否」，請跳至第 12 部分。您無須完成第 11 部分的剩餘內容。如您對這兩個問題中的一個或兩個勾選 (✓)「是」，則必須完成第 11 部分的剩餘內容。

3. 勾選 (✓)「是」或「否」，指出您是否未滿 21 歲。

未滿 21 歲兒童的姓名：請以正楷填寫您在第 1、第 2 和/或第 3 題中勾選「是」的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

非監護方、推定或准父母的姓名和住址、出生日期和社會安全號：請以正楷填寫您在第 1、第 2 和/或第 3 題中為其勾選 (✓)「是」的每個人的非監護方、推定或准父母的名字、中間名縮寫、姓氏、地址、出生日期和社會安全號。「非監護方父母」包括報告不住在兒童家中的任何兒童的親生父母、法定父母、繼父母或領養父母。對於寄養兒童而言，非監護父母或「不同住父母」也包括兒童的親生父母、法定父母、繼父母或養父母，此等父母在兒童進入寄養家庭時不與之同住。推定父母是指可能是兒童的親生父母但尚未在法律上確立親子關係的人。「准父母」是因輔助生育而有意接受法律約束作為孩子父母的人。准父母可以與親生父母有婚姻關係。

重新認證表第 **6** 頁

*第 **12** 部分：報稅/受撫養人狀況*

請以正楷為住在家裡的每個人填寫下列資訊：

名字、中間名縮寫和姓氏：請以正楷填寫住在家裡的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

報稅狀況：為住在家裡的每個人勾選 (✓) 對應的報稅狀況。

請列出不與您同住，但被您或與您同住的任何人申報的任何報務受撫養人。如果您不報稅，則可以跳過這些問題。

報稅受撫養人姓名：請以正楷填寫不與您同住，但被您或與您同住的任何人確立為稅務受撫養人的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

報稅人姓名：對於列出的每位稅務受撫養人，請以正楷填寫住在確立稅務受撫養人之家庭中的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

第 13 部分：非同住/已故配偶資訊

重新認證人姓名：請以正楷填寫目前/曾經結婚，但其配偶未與其同住或已故的任何重新認證人的姓名。

配偶姓名：請以正楷填寫目前/曾經結婚，但其配偶未與其同住或已故的任何重新認證人的姓名。

配偶的出生日期和去世日期（若適用）：請以正楷填寫目前/曾經結婚，但其配偶未與其同住或已故之任何重新認證人的配偶的出生和去世（如適用）年、月、日。

配偶的社會安全號：請以正楷填寫目前/曾經結婚，但其配偶未與其同住或已故之任何重新認證人的配偶的社會安全號。

配偶地址（如適用）：請以正楷填寫其配偶未與其同住的任何已婚重新認證人的配偶的街道地址、城市、郡、州和郵遞區號。如不明，則請以正楷填寫最近所知該配偶的地址。

第 14 部分：非同住子女資訊

重新認證人姓名：請以正楷填寫非同住的未滿 21 歲子女的任何重新認證人的姓名。

非同住子女姓名和出生日期：請以正楷填寫未與重新認證人同住的未滿 21 歲的任何子女的姓名和出生年、月、日。

子女的地址：請以正楷填寫未與重新認證人同住的未滿 21 歲的任何子女的街道地址、城市、郡、州和郵遞區號。

是否確立了親子關係？勾選 (✓)「是」或「否」，指出是否已為非與重新認證人同住的未滿 21 歲的任何子女確立了親子關係。

您是否支付子女撫養費？勾選 (✓)「是」或「否」，指出是否有任何重新認證人為非同住的未滿 21 歲的子女支付撫養費。

第 15 部分：未成年父母資訊

僅當重新認證公共援助時填寫此部分。

家中是否有未滿 18 歲的父母（未成年父母）？勾選 (✓)「是」或「否」，指出是否有任何重新認證人是未滿 18 歲的父母。

姓名：請以正楷填寫是未滿 18 歲的父母的任何重新認證人的姓名。

未成年父母的子女是否住在您家中？勾選 (✓)「是」或「否」，指出任何未滿 18 歲的重新認證人的子女是否與您同住。

未成年父母的子女姓名：請以正楷填寫任何未滿 18 歲的重新認證人的子女的姓名。

重新認證表第 **7** 頁和第 **8** 頁

第 16 部分：收入資訊

請說明您或任何與您同住的人是否有以下收入，以及姓名：為第 1 行至第 27 行勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何非同住人是否透過任何所列的收入類型獲得收入，且對於每個「是」答案，請以正楷填寫獲得收入的人的姓名。

金額/價值和頻度：對於每個「是」答案，請以正楷填寫每個人獲得這類收入的金額或價值及頻度。例如，如您每週獲得 100 美元的失業保險金，則應以正楷填寫「$100 per week」（每週 100 美元）或「$100/wk」（100 美元/週）。

輔助保障收入 (SSI) 福利（州和聯邦總金額）：如您或任何同住人同時獲得紐約州輔助計畫 (SSP) 福利和輔助保障收入 (SSI) 福利，則將這些金額加在一起並填寫到第 2 行 SSI 福利所對應的「金額/價值和頻度」欄中。如您或任何同住人僅獲得 SSP 福利，則將此金額輸入到第 2 行 SSI 福利所對應的「金額/價值和頻度」欄中。

寄養費（已收到）：如您或任何同住人獲得寄養費，則將此金額填寫到第 17 行寄養費所對應的「金額/價值和頻度」欄中。如您或任何同住人獲得寄養費來撫養養子女或成年人，且您正在重新認證輔助營養援助計畫 (SNAP) 福利，則有兩種選擇：您可以選擇將養子女和寄養費包含在您的 SNAP 福利家庭中，或選擇*不將*養子女和寄養費包含在您的 SNAP 福利家庭中。請向社會服務區諮詢哪種選擇可幫助您獲得更多的 SNAP 福利。

子女撫養費（已收到）：如您或任何同住人獲得子女撫養費，請以正楷在第 18 行的「付款人」後填寫支付子女撫養費的人的姓名。

其他收入：描述您或任何同住人所獲得的任何其他收入，包括獲得收入人士的姓名、獲得的金額，及獲得的頻度。

減扣、姓名，及金額/價值和頻度：為第 1 行至第 15 行勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否將會重新認證當年所得稅申報表上所列的任何聯邦稅扣除。對於每個「是」答案，請以正楷填寫將會申請扣除的人的姓名，及將會在所得稅申報表上申請的開銷的金額或價值和頻度。

其他調整：描述您或任何同住人將會在當年所得稅申報表上申請的任何其他聯邦稅扣除，包括將會申請扣除的人，及將會在所得稅申報表上申請的開銷的金額或價值和頻度。

第 17 部分：繼父母/具有合法移民身份的非公民資助人資訊

與您同住的任何兒童的繼父母是否有任何類型的資源或收入，及姓名？勾選 (✓)「是」或「否」，指出是否有任何重新認證人（包括您本人）有不與您同住、但有財務資源或從任何來源獲得收入的繼父母。（如該繼父母與您同住，則該繼父母的資源/收入應包括在第 16 部分「收入資訊」中。）如「是」，請以正楷填寫繼父母的姓名。

您家中是否有經資助獲準進入美國的具合法移民身份的非公民？注明姓名：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您自己或家中是否有任何人是經資助獲準進入美國的具合法移民身份的非公民。如「是」，請以正楷填寫該非公民的姓名。

資助人姓名、地址和電話號碼：如在上方選「是」，請以正楷填寫資助您或家中任何人進入美國的人的姓名、資助人的地址，及資助人的電話號碼。

重新認證表第 9 頁和第 10 頁

第 18 部分：就業資訊

為您本人及每個同住人填寫此部分。如您工作，仍可能有資格獲得援助。對於此部分，「工作年齡」是指年滿 18 歲人士，或任何未上學的年滿 16 歲人士。

本人目前：勾選 (✓)「受僱」、「自僱」或「失業」，指出您目前是否在工作，如是，您是為自己還是為別人工作。

總收入：請以正楷填寫您每週、每兩週或每月（不是每年）的稅前收入（如適用）。包括所有工資、薪水、加班費、傭金和小費。

每月工作小時數：請以正楷填寫您每個月工作的小時數（如適用）。

領薪週期：勾選 (✓)「每週」、「每兩週」或「每月」，指出您領薪的週期（如適用）。

星期幾領薪：請以正楷填寫您在星期幾領薪（如適用）。

僱主名及地址和電話號碼：請以正楷填寫僱主的名稱、地址和電話號碼（如適用）。如您是自僱，請以正楷填寫「自己」，及您公司的地址和電話號碼。

是否有與您同住的其他人目前受僱或自僱，及姓名？：如與您同住的任何人目前正工作，請勾選 (✓)「受僱」或「自僱」，並以正楷填寫其姓名。

請依據上方說明，對於與您同住且目前正工作的任何人，填寫：總收入、每月工作小時數、星期幾領薪、僱主名及地址，及電話號碼。

僱主是否提供醫療保險？如您受僱，請勾選 (✓)「是」或「否」，指出您是否透過您的僱主享有醫療保險。

與您同住的任何人是否有僱主提供的醫療保險，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出與您同住的任何其他人是否透過僱主享有醫療保險，如「是」，請以正楷填寫其姓名。

保險公司名稱：請以正楷填寫您的醫療保險公司名稱和/或與您同住的任何人的醫療保險公司（如適用）。

您或任何同住人是否因為就業而需支付子女撫養或贍養費，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否因就業而需支付子女撫養或贍養費（例如對年邁父母），並以正楷填寫需支付這些費用的人的姓名。

您或任何同住人是否需支付與就業有關的費用，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否需支付與就業相關的任何費用（例如交通費、制服費），如「是」，請以正楷填寫您和其姓名。

如您或任何同住人目前失業，則上次就業是何時，及姓名、何時和何處？：如您或任何同住的工作年齡人士目前失業，請以正楷填寫您和他們的姓名、您和他們上次就業的日期和地點。

您（或他們）為何停止工作？請以正楷填寫您或任何同住工作年齡人士目前失業的原因。

您或任何同住人是否申請了失業，及姓名、何時和申請狀態？：如您或任何同住工作年齡人士目前失業，請勾選 (✓)「是」或「否」，指出您和他們是否申請了失業。如「是」，請以正楷填寫您和他們的姓名、您和他們申請失業的時間，及申請狀態。

您或任何同住人是否正在參加罷工，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何其他同住人是否正在參加罷工（即停止工作以抗議僱主的決定或做法），如「是」，請以正楷填寫您和他們的姓名。

罷工開始時間：如您或與您同住的任何人正在參加罷工，請以正楷填寫您和他們開始罷工的日期。

您或任何同住人是否屬於流動人口或季節農工，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否到不同的農場工作或僅在種植季節到農場工作，如「是」，請以正楷填寫您和他們的姓名。

您或任何同住成人是否有任何工作能力局限或妨礙執行所作工作類型的疾病，及姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住工作年齡人士是否有任何工作能力局限或妨礙執行所作工作類型的疾病，如「是」，請以正楷填寫您和他們的姓名。

請說明限制：如您或任何同住工作年齡人士有任何工作能力局限或妨礙執行所作工作類型的疾病，請說明是何限制。

您能否今天就接受一份工作？如不能，是何原因？：勾選 (✓)「能」或「不能」，指出您能否今天就接受一份工作，如「不能」，請解釋原因。

您希望做何種工作？您喜歡從事哪種類型的工作？

重新認證表第 **11** 頁

*第 **19** 部分：教育/培訓*

您完成的最高教育水準是什麼？勾選 (✓) 與您完成的教育程度最為匹配的描述。

如是這樣，上到幾年級？如您未上完高中，請以正楷填寫您上到幾年級。

家中是否有其他任何人具有高中學歷、一般同等學歷 (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) 或中等教育評估測驗 (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™)，或更高教育水準？請說明姓名、獲得的學歷、修完的日期？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出與您同住的任何人是否具有高中學歷、一般同等學歷 (GED) 或中等教育評估測驗 (TASC™)，或更高教育水準。如「是」，請以正楷填寫其姓名、獲得的學歷，及獲得學歷的日期。

針對您本人及重新認證或領用援助的任何同住人，完成下列問題。

正在或在過去 12 個月內曾經參加任何培訓計畫？請註明姓名、地點、計畫、參加和完成的日期？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或重新認證或領用援助的任何同住人是否在過去 12 個月內曾經參加就業訓練計畫，如「是」，請以正楷填寫此人的姓名、此人參加訓練計畫的地點、計畫的名稱或類型，及此人參加和完成計畫的日期。

年滿 16 歲或更大並正在讀高中或大學？說明姓名、地點？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或重新認證或領用援助的任何同住人是否*年滿 16 歲或以上*並正在上學或上大學，如「是」，請以正楷填寫此人的姓名及其學校和大學的名稱。

是否正在獲得培訓津貼，及姓名、金額？勾選 (✓)「是」或「否」，以指出您或任何同住人是否正在重新認證、接受援助或獲得培訓津貼。如「是」，請以正楷填寫該人姓名及所獲金額。

是否獲得教育補助或貸款，及姓名、金額？勾選 (✓)「是」或「否」，以指出您或任何同住人是否正在重新認證、接受援助或獲得教育補助或貸款。如「是」，請以正楷填寫該人姓名及所獲金額。

未滿 16 歲並正在讀書，說明姓名、學校？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或重新認證或領用援助的任何同住人是否未滿 16 歲，如「是」，請以正楷填寫其姓名及其學校的名稱。

重新認證表第 12 頁

第 20 部分：資源資訊

如您僅重新認證輔助營養援助計畫福利，則無須指出您是否有壽險。

請指出您或任何同住的重新認證人是否有：對於第 1 行至第 23 行，勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或與您同住的任何重新認證人是否具有所列的任何財務資源。

姓名：對於每個「是」答案，請以正楷填寫具有資源的人的姓名。

如是，金額/價值：對於每個「是」答案，請以正楷填寫資源的美元 **($)** 金額或價值。確保列出任何共同持有（屬於兩個或更多人的資源，如共同銀行賬戶）。重新認證公共援助或醫療補助的所有人皆須包含任何具法定責任親屬的資源。法律規定這些人需從財務上對您或任何重新認證人給予支援，如配偶，或者如您未滿 21 歲，則包括與您或任何重新認證人同住的任何父母或繼父母。

機動車或其他車輛的所有權證或登記證，及年份、廠牌/車型、其他：如汽車或其他車輛的所有權證上列有您或與任何同住重新認證人的名字，請於第 6 行以正楷填寫每臺車的年份、廠牌和車型。在第 6 行的「其他」後，列出其他資源，如露營車、雪地車和船舶。

上述以外的其他資源：如您獲得或即將獲得一次性收入，即應立即告知社會服務區，這一點非常重要。一次性收入是指一次性付款，如保險結算、遺產，或從訴訟或彩票中贏得的錢。參閱 LDSS-4148A，「第一冊：：申請人權利與責任須知」，瞭解有關一次性收入的詳情。

過去 60 個月中，是否有任何人（包括您的配偶，即便未申請或未與您同住）設立信託賬戶，或將任何資產轉移至信託賬戶？依據醫療補助計畫的規定，如您或您的配偶在接受護理機構服務及已提交醫療補助申請的當月第一天之前的 36 個月內（對於轉移至信託賬戶為 60 個月）轉移或贈送任何資產，則您可能會喪失獲得護理機構服務或家庭和社區豁免服務的資格。

如您或任何申請人，或您或任何申請人的配偶（即便該配偶未申請或住在家中）在過去五年中曾設立過信託賬戶或向信託賬戶中存錢，請於 23 行上以正楷填寫設立信託賬戶或存入錢的時間。

重新認證表第 13 頁至第 15 頁

第 21 部分：醫療資訊

請指出您或任何同住人是否正在重新認證，如是，請填寫姓名：勾選 (✓)「是」或「否」，指出任何所列情況是否適用於您或任何同住援助重新認證人，如「是」，請以正楷填寫適用各種情況的人的姓名。確保列出您具有的或可用於任何重新認證人的所有健康和醫院/事故保險。

在提出本重新認證前 3 個月內，有已付或未付的醫療賬單：醫療補助或能夠支付您在申請援助當月前三個月期間的醫護醫療賬單。如您已支付了賬單，而我們認定您在當時本應有醫療補助資格，那我們或能支付這些賬單費用。即便醫生或其他服務提供商不接受醫療補助，我們亦或能夠向您支付，但我們僅能支付本應由醫療補助支付的金額，且賬單必須針對醫療補助本應覆蓋的服務。

目前懷孕：如您或任何與您同住的重新認證人目前懷孕，請於第 14 行上以正楷填寫預產期和預期產子數。

健康計畫選擇：為任何醫療補助重新認證人填寫此部分。醫療補助計畫的大部分參與人都必須加入託管式醫療保健計畫，除非參加的是豁免類別。請使用本部分內容選擇健康計畫。如您不知道有哪些醫療計畫，請諮詢服務專員或撥打託管護理醫療補助選擇熱線 1-800-505-5678。

您希望參加的計畫名稱：請以正楷填寫任何醫療補助重新認證人想要參加的醫療計畫的名稱。如您不知道有哪些醫療計畫，請諮詢社會服務區。

名字和姓氏：請以正楷填寫每位醫療補助重新認證人的名字和姓氏。

出生日期：請以正楷填寫每位醫療補助重新認證人的出生日期，月、日和年皆為兩位數。

性別：請以正楷填寫每位醫療補助重新認證人的性別，「M」代表男性，「F」代表女性，「X」代表非二元或其他身份。

身份號碼（如有醫療補助卡，則是卡號）：當重新認證醫療補助時，請在此處用正楷填寫醫療補助卡識別號碼。

社會安全號：請以正楷填寫每位醫療補助重新認證人的社會安全號。

主要保健服務提供商 (PCP) 或醫療中心（如目前服務提供商不變，則勾選方塊）：請以正楷填寫任何醫療補助重新認證人想要使用的主要保健服務商（即全科醫師或家庭醫師）或醫療中心的名稱。如這是此人已使用的提供商或中心，請勾選 (✓) 此方塊。接受醫療之前，您必須確保提供商或中心接受醫療補助。

產科/婦科 (OB/GYN) 的名稱和 ID 號（如目前服務提供商不變，則勾選方塊）：如任何醫療補助重新認證人需要產科/婦科醫師護理和服務，請以正楷填寫重新認證人想要使用的 OB/GYN 的姓名。如申請人已使用該 OB/GYN，請勾選 (✓) 此方塊。接受醫療之前，您必須確保提供商或中心接受醫療補助。

接受醫療護理*之前*，您必須確保您使用的任何醫師或醫療服務提供商接受醫療補助。

第 22 部分：住房資訊

房東的姓名、地址和電話號碼？如有房東，請以正楷填寫房東的姓名、地址和電話號碼。

或任何同住人是否支付房租、購房貸款或有其他住房開銷？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否需支付租金、抵押貸款或其他住房（例如食宿）費用，如「是」，請以正楷填寫您和他們每月支付的金額。如您需支付抵押貸款，則包括房產稅金額和房主的保險（包括火災保險）。

您或任何同住人是否有不包括在房租或其他住房費用內的暖氣費？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否除租金、抵押貸款或其他住房費之外另行支付暖氣費，如「是」，請以正楷填寫您和他們每月支付的金額。

您或任何同住人是否有不包括在房租或其他住房費用內的下列開銷？對於第 1 行至第 8 行，勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否除租金、抵押貸款或其他住房費用之外另行支付任何所列的費用，如「是」，請以正楷填寫您和他們每月支付的金額。對於第 9 行至第 11 行的問題，勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住重新認證人是否有任何這些開銷。

第 23 部分：其他費用

請指出您任何同住申請人是否正在申請，如是，請註明金額：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住重新認證人是否支付 1 至 5 行所列的任何開銷。在第 6 行上填寫未列出的任何開銷。對於每個「是」答案，請以正楷填寫開銷的金額和付款頻度（例如每週 100 美元或 100 美元/週）。

您或任何同住重新認證人是否拖欠至少四個月的 21 歲以下子女撫養費：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住的重新認證人是否拖欠四個月或更長時間的子女撫養費

重新認證表第 16 頁

第 24 部分：其他資訊

您是否正在或打算透過宅配或社區餐點服務購買膳食？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何重新認證人是否正在或打算透過宅配（上門送餐服務）或社區餐點（所住大樓中的自助餐廳）服務購買膳食。

您是否能夠在家做飯或準備膳食？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您家中是否有能夠做飯的地方。

對於第 10 行至第 12 行的問題，「美國軍隊」是指：

- 美國陸軍
- 美國海軍
- 美國海岸警衛隊
- 美國海軍陸戰隊
- 美國空軍
- II 戰期間的美國商船

您或任何家人是否曾在美國軍隊服役，及服役人姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否曾在任何上述軍事部門中服役，如「是」，請以正楷填寫他們的姓名。

您的配偶是否曾在美國軍隊服役？勾選 (✓)「是」或「否」，指出您的配偶是否曾在任何上述軍事部門中服役。

您是否有家人被正在或曾在美軍服役的人士撫養，及受撫養人姓名？：勾選 (✓)「是」或「否」，指出您或任何同住人是否在財務上依賴於曾在任何上述軍事部門中服役的人，如「是」，請以正楷填寫受撫養人的姓名。

請指出您或任何同住重新認證人及姓名：勾選 (✓)「是」或「否」，指出接下來九個問題中描述的情形是否適用於您或任何同住人，如「是」，請以正楷填寫適用這些情況的人的姓名。如您不理解這些問題，請向社會服務區諮詢。請注意，紐約州法律會對透過隱瞞事實或欺騙來騙取公共援助、醫療補助、SNAP 福利、托兒補助或服務的人處以罰款或監禁，或兩者並罰。

財產轉移狀況：勾選 (✓)「本人曾經」方塊或「本人未曾」方塊，指出您或任何重新認證人是否曾出售、轉移或贈送任何財產以便能夠領取公共援助或 SNAP 福利。請注意，紐約州法律會對透過隱瞞事實或欺騙來騙取公共援助、醫療補助、SNAP 福利、托兒補助或服務的人處以罰款或監禁，或兩者並罰。

重新認證表第 17 頁至第 23 頁

須知、轉讓、授權和承諾

閱讀此部分中的<u>所有</u>資訊或讓別人讀給你聽。此部分中包含許多重要資訊，包括與您領用援助相關的權利與責任，以及您若未履行此部分中的責任時或會遭致的處罰（如罰款和/或監禁）。透過簽字並提交重新認證表，即表示您瞭解並同意此部分中的說明。

輔助營養援助計畫授權代表：如您想要其他人代您重新認證輔助營養援助計畫 (SNAP) 福利和/或您想要未與您同住的其他人代您領用 SNAP 福利及/或用於為您購買食品，請於此方塊中以正楷填寫此人的姓名、地址和電話號碼。此人是您的「授權代表」。授權代表必須在重新認證表末尾的簽字欄中簽上名字和日期。如您的家庭不住在公共機構中，則一名可負責的成年家庭成員亦須在重新認證表上簽署姓名和日期，除非您的家庭透過其他方式書面指定授權代表如此行事。

披露醫療資訊：依據法律規定，如您不同意披露您和/或家庭成員重新認證人的特定醫療資訊，則請勾選 (✓)「不披露 HIV/AIDS 資訊」、「不披露心理健康資訊」和/或「不披露吸毒和酗酒資訊」。

簽名部分：仔細閱讀此部分或讓別人讀給你聽。紐約州法律會對透過隱瞞事實或說欺騙來騙取公共援助、醫療補助、輔助營養援助計畫福利、托兒補助或服務的人處以罰款或監禁，或兩者並罰。**透過簽字並提交重新認證表，即表示您瞭解並同意此部分中的說明，且表示您於此重新認證表中提供的所有資訊或將於未來提供給社會服務區的所有資訊依您所知皆是完整且正確的資訊。**

申請人簽名和簽名日期：簽署您的姓名並以正楷填寫簽署此重新認證表的日期，除非您已就該重新認證指定了一名輔助營養援助計畫 (SNAP) 授權代表且您生活在公共機構中，因此授權代表可在重新認證表上簽署名字和日期。如您不住在公共機構中，則您和授權代表均須在重新認證表上簽上姓名和日期，除非您之前已透過其他方式書面指定 SNAP 授權代表如此行事。如您代其他人填妥了重新認證表，則請簽署*您*的姓名，而非您代為重新認證的人的姓名，然後以正楷填寫簽字日期。

配偶或保護代表簽名和簽名日期：如您已婚並重新認證公共援助或醫療補助，則您的配偶必須在重新認證表上簽上名字和日期。如您已婚並僅重新認證輔助營養援助計畫福利，則僅須夫妻中的一方在重新認證表上簽署名字和日期。如您有保護代表，此人必須在重新認證表上簽署名字和日期。

授權代表簽名和簽名日期：如您已就此重新認證指定了 SNAP 授權代表，此人必須在重新認證表上簽上名字和日期。

我要求關閉我的以下個案：如您想要提交重新認證表，請勿勾選任何這些方格或在此部分簽署名字或日期。僅當您想要對關閉一項或多項計畫*撤銷*時，方須在此部分標註。如要要求關閉個案，請勾選 (✓) 計畫旁邊的方塊，然後在提示的地方簽上名字和日期。請提供該要求的理由。

選民登記表：此認證表的最後兩頁為選民登記表。使用此表來登記或拒絕登記選舉將不會影響對您福利的重新認證，或您可能獲得的援助金額所做的決定。如您想要瞭解如何填寫選民登記表，請向社會服務區諮詢。

僅供參考用途
證明文件需求

下列資格要素和證明文件要求僅用於資訊目的。您所在的社會服務區將會通知您所需證明的資格要素。您或會被要求證明下表中未列出的其他資格要素。您或可提供下表未列出的文件來證明這些資格要求。如對文件要求有任何疑問，請聯絡社會服務區。

資格要素	為了證明這一要素，請提供： ✓ 下列其中一項 或	✓ 下列其中兩項 （如您**僅**申請 SNAP 福利或醫療補助，則**僅**需為每個勾選的資格要素提供一個證明。）
☐ **身份** 您必須證明您的身份。	帶相片的身份證 駕照 美國護照 入籍證明 醫院/醫生記錄 收養文件	他人陳述 經過驗證的社會保險號 出生/洗禮證
☐ **婚姻狀況** 您必須證明您的結婚、離異、分居或喪偶狀態。	結婚/死亡證書 分居協定 離婚判令 社會安全記錄 VA 記錄	牧師出具的聲明 人口普查記錄 新聞通告 他人陳述
☐ **住所** 您必須證明居住地。	房東陳述 目前租賃收據或租約 抵押記錄	他人陳述 當前信件 學校記錄
☐ **家庭結構/人口** 您必須證明誰與您同住。	非親屬房東出具的聲明 學校記錄	其他人出具的聲明
☐ **年齡** 您必須提供每個申請援助人士的年齡證明（視情況而定）。	出生証 洗禮證 醫院記錄 收養記錄 入籍證明 駕照	保險單 人口普查記錄 學校記錄 他人陳述 醫師證明 來自 SSA 的官方信函
☐ **非同住家長** 如果您家中任何子女的父母沒有與您同住，則您必須提供證明。	死亡証明 遺屬津貼 醫院記錄 VA 或軍隊記錄 離婚文件 再婚證明	新聞通告 保險公司記錄 機構記錄 機構個案記錄和喪葬費用檔案 他人陳述
☐ **非同住家長資訊** 您必須提供您擁有的任何資訊：姓名、地址、社會安全號、出生日期、就業。	付款存根 納稅單 社會安全或 VA 記錄 金融確定函 身份證（醫保） 駕照或登記證	

資格要素	要證明該要素，請提供下列其中一項：
☐ **社會保險號** （對於公共援助、SNAP 福利和**僅**醫療補助，您**無須**提供社會保險號 (SSN) 的證明，除非您提供的 SSN 與 SSA 的記錄不相符，或無法由機構驗證。）	社會安全卡 來自 SSA 的官方信函 如非公民人士僅出於緊急醫療目的而尋求醫療補助或其是僅申請醫療補助的孕婦，則無需社會保險號。
☐ **公民或目前**非公民**身份** - 美國公民有資格獲得公共援助、SNAP 和醫療補助。要有資格獲得公共援助、SNAP 或醫療補助，非公民必須具有合法移民身份。對於申請兒童健康計畫 B 的孕婦或移民子女來說，移民身份並非資格要素。未登記的移民和臨時非移民僅有資格獲得緊急醫療。	出生証 洗禮證 醫院記錄 美國護照 兵役記錄 入籍證明 USCIS 文件 自 1972 年 1 月 1 日之前持續居住於美國的證據。
☐ **工作收入** 來自僱主 ☐ 來自自僱 ☐ 來自出租或提供住宿/膳食的收入	目前工資存根 工資袋 信頭上注明時薪、每週工作時數、首次領薪日期（若為新僱員）及與僱主聯絡的僱主電話號碼 公司記錄 納稅記錄 關於自僱收入和支出的記錄和相關材料 目前的所得稅納稅 目前的捐助支票 房客、寄宿者、租戶的證明 所得稅記錄
☐ **非工作收入** 兒童撫養費 ☐ 失業保險福利金 (UIB) ☐ 社會保障福利金（包括 SSI） ☐ 退伍軍人福利	家庭法院出具的聲明 支付撫養費之人士出具的聲明 支票存根 目前的獲款證明 目前的福利支票 與紐約州勞工部的官方信函 目前的獲款證書 目前的福利支票 來自 SSA 的目前獲款證書官方信函 目前的福利支票 來自 VA 的官方信函

資格要素	要證明該要素，請提供下列其中一項：	資格要素	要證明該要素，請提供下列其中一項：
☐ **非工作收入（續）** ☐ 勞動者報酬 ☐ 教育補助金和貸款 ☐ 利息/股息/版稅 ☐ 私人養老金/年金 ☐ 其他	授予函 支票存根 學校出具的聲明 銀行撥款函聲明 銀行或信用社出具的聲明 經紀人/代理人出具的聲明 目前的授予函 目前的福利支票 來自收入來源的官方信函	☐ 其他 _____	
☐ **資源** ☐ 銀行賬戶：支票、儲蓄、退休金（IRA 和 Keogh） ☐ 股票、債券、憑證 ☐ 壽險 ☐ 殯葬信託或基金、墓地或葬禮協定 ☐ 所得稅退稅或勞動所得稅收優惠 (EITC) ☐ 除住宅外的不動產 ☐ 汽車 ☐ 一次性款項	家庭出具的證明 療養院出具的證明 目前的銀行記錄 目前的信用社記錄 股票證書 債券 金融機構出具的聲明 保險單 保險公司出具的聲明 銀行記錄 殯葬協定 墓地地契 葬禮承辦人出具的聲明 退稅 稅務局出具的聲明 契約 房產經紀人出具的聲明 經紀人對目前價值的評估/估計 登記（較舊型號） 所有權證明 經銷商對目前價值的評估 財務資料 支付來源出具的聲明	☐ **住房費用** 您必須證明您居住所花費的費用（您可能需要為**每個**住房費用項目提供單獨的文件）。醫療補助**無需住房費用文件。**	目前的租金收據 目前的租約 按揭繳款書/記錄 房產和教育稅記錄 房東證明 排汙和水費 業主的保險記錄 燃料費 非採暖公用事業費用 電話費用
		☐ **醫療費用**	醫療費用副本（已付和未付）
		☐ **健康保險** 如您或任何申請人具有健康保險（即便由其他人支付），您必須加以證明。	保險單 保險卡 保險提供商出具的聲明 **醫療保險**卡
		☐ **殘障/喪失勞動能力/懷孕** 如您或與您居住的人生病或懷孕，則您必須提供證明。	證明懷孕和預產期的醫療專業人士出具的聲明 醫療專業人員陳述 殘障或失明的 SSA 或 SSI 福利證明
		☐ **未付帳單** 租金、公共事業	每份顯示欠款金額、服務期間和提供者的賬單副本
		☐ **轉介書** 藥物/酒精治療計劃 ☐ 就業服務	醫療提供者出具的聲明 就業服務聲明
		☐ **其他支出/扶養親屬費用** 如果您**支付**法院命令的扶養費、兒童照顧費、定期貸款，或家庭健康助理或護理員的服務費，您必須提供證明。	法院命令 托兒所或其他兒童照顧提供者的聲明 助理或護理員的聲明 已蓋銷的支票或收據
		☐ **學校出勤** 您必須證明誰在學校上學。	學校記錄（目前的成績單） 學校或高等教育機構出具的聲明
		☐ **其他：**	