

**如何填寫補充營養援助計畫 (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)****申請/資格再認證表以及補充營養援助計畫申請/領取人的權利和責任****LDSS-4826 補充營養援助計畫 (SNAP) ；***本申請/再認證表只可用於補充營養援助計畫的申請或再認證*

若您為失明或嚴重視力障礙人士，需要其他各式的申請或說明材料，可向社會服務區 (social services district, SSD) 索取。以下是可供選擇的格式：

- 大字印刷；
- 資料格式（螢幕閱讀器可存取的電子檔案）；
- 音訊格式（說明或申請問題的音訊轉錄）；以及
- 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 獲取大字體印刷件、數據格式或音訊格式的申請書或說明材料。請注意，申請表提供的音訊格式和盲文版本僅供參考。提交申請書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申請表和/或等待面試，請通知社會服務區。社會服務區會竭力提供合理的便利條件，以滿足您的需求。

如果您在填寫本申請表時需要其他便利條件或協助，請聯絡您所在的社會服務區。我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助和支援。



如何填寫補充營養援助計畫 (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)

申請/資格再認證表以及補充營養援助計畫申請/領取人的權利和責任(LDSS-4826)

本 LDSS-4826 申請表只可用於補充營養援助計畫申請或再認證

如果只申請或再認證補充營養援助計畫，您可以使用 LDSS-4826 申請表。如果您希望申請其它福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。

在您申請補充營養援助計畫

- 您可在收到的當天提交申請。您至少要提交含有您的姓名、地址（如果您有）和簽名我們才會接受申請。這些訊息會生成您的申請建檔日期。
- 您必須完成申請流程，包括接受面試，在申請表/再認證表第 8 頁認證陳述處簽名，以決定您是否具備資格。如果您符合要求，福利將追溯到您提交申請的當天起提供。
- 即使您本人或您家中的其他成員因移民狀態不符合獲得福利的要求，您還是可以為符合要求的家庭成員申請並獲得補充營養援助計畫福利。例如，不符合要求的外籍父母可為其子女申請補充營養援助計畫，其子女可獲得福利。
- 即使已經達到臨時援助 (Temporary Assistance) 時限，您依然可以申請並獲得補充營養援助計畫資格。

立刻需要補充營養援助計畫？您可能符合加急審理補充營養援助計畫申請的要求。

如果您家中僅有少量或無收入或流動資源，**或**如果您的租金和公用事業開銷多餘您的收入和流動資源，**或**您申請時是移民或僅有少量或無收入或資源的季節性農場工，則您可能符合要求 從申請日起 7 天內獲得補充營養援助計畫。一所機構的居民在離開該機構前同時申請補充安全收入 (Supplemental Security Income, SSI) 和補充營養援助計畫時，記錄在案的申請日期是申請人離開該機構的日期。

您在哪裡可申請補充營養援助計畫

如果您住在紐約市以外，您可以在 myBenefits.ny.gov 上在線申請，也可以致電或到訪您居住縣的社會服務區索要申請計畫，該申請計畫可郵寄或送至這間方便的辦公室。您可撥打免費電話 1-800-342-3009 獲得您所在縣的社會服務區地址和電話。

如果您住在紐約市且不會同時申請臨時援助，則您可以造訪 <http://www.nyc.gov/hra> 在線申請，也可以致電或到訪任何一間補充營養援助計畫辦公室獲取申請材料。您可撥打 1-718-557-1399 或免費電話 1-800-342-3009 獲得地址和電話。

完成補充營養援助計畫面談

對補充營養援助計畫的面談通常透過電話進行。如果您偏好在辦公室進行面談，則您必須向所在社會服務區申請。

對補充營養援助計畫的再認證

- 您必須在面談之前提交填寫完整的署名再認證申請表。
- 如果您錯過了面試，則有責任聯絡社會服務區重新安排面談，避免您的個案被關閉。

關於如何完成補充營養援助計畫申請/再認證的說明

請用務必使用藍色或黑色墨水筆以正楷填寫每一欄。

請勿填寫灰色部分內容。

如果您是代表他人提出申請，則填寫有關此人而非您本人的資訊。

其他格式：請勾選「是」或「否」表明您是否為失明或嚴重視力障礙之人士，並且希望收取其他格式的書面通知。如選「是」，則勾選您需要的格式種類。如您確信無法從任何其他替代格式有效獲取資訊，則您可以使用大字體印刷件、數據光盤、音訊光盤或布拉耶盲文等替代格式。如果您在填寫本申請表時需要其他便利條件或協助，請聯絡您所在的社會服務區。

第 1 部分：申請人資訊

姓名：請以正楷填寫您的姓名，包括您的名字、中間名首字母縮寫和姓氏。

電話號碼：請以正楷填寫您的家庭電話號碼。

其他電話：請以正楷填寫可聯絡到您的其他電話號碼（如適用）。

居住地址：請以正楷填寫您目前居住的街、大道和路名等。請以正楷填寫您目前居住的城市名。請以正楷填寫您的郵遞區號。

郵寄地址：如果您的郵寄地址不同於住址，請以正楷填寫郵寄地址。

其他姓名：請以正楷填寫表中所有人士的婚前姓名，過往婚姻姓名，或任何現用或曾用过的其他姓名。

勾選 (✓) 以說明您是申請還是再認證補充營養援助計畫。

勾選 (✓) 以說明您希望收到西班牙文及英文的通知，還是僅有英文的通知。

第 2 部分：只有當您希望在不填寫下一頁的情況下提交申請，以確定申請提交日期時，才需要簽署您的姓名、日期並提供您的地址（如有）。您必須完成包括面談在內的申請流程，並簽署第 8 頁，我們才能確定您的資格。

第 3 部分：家庭成員資訊：

請填寫您所有同住人的名字，即便他們沒有與您一起申請。

首先以正楷填寫您的全名。然後以正楷填寫您的其他同住人的姓名：

請以正楷填寫所有申請人的社會安全號碼（如果沒有社會安全號碼，則填「無」）、出生日期、婚姻狀況及性別。

勾選 (✓) 是或否，說明此人是否申請。

請以正楷填寫家中所有人與您的關係（例如：妻子、兒子、朋友等）。

勾選 (✓) 是或否，說明此人是否與您一同購買及/或準備食物。

勾選 (✓) 是或否，說明各申請人是否是西班牙或拉美裔。

在各族裔下方填寫 Y (是) 或 N (否) *。

種族/族裔代碼：**I**– 美洲原住民或阿拉斯加原住民、**A**– 亞裔、**B**– 美國黑人或非裔美國人、**P**– 夏威夷原住民或太平洋島民、**W**– 白人

此資訊為自願填寫。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，確保福利計畫的發放不受種族、膚色或原國籍干擾。

第 4 部分：請回答第 4 欄中的所有問題。請務必填寫非美國公民人士之姓名。

第 5 部分：收入：請列出您本人以及您所有同住人的收入。請以正楷填寫有收入人士的姓名、收入來源及收入頻率。收入來源包括：正常工作（工資）、罷工前收入、在職培訓、軍隊後備役、國民衛隊、半工半讀、贍養費、子女撫養費、教育資助（助、獎學金等）、朋友或親戚（貸款除外）、臨時援助、年金或退休金、社會安全補助收入、社會保障福利、退伍軍人福利、失業救濟金、工傷賠償、照護兒童、駕駛計程車、清掃房屋或其他場所、農/牧業、供宿、供膳、或工藝品收入。

注意：寄養補助金與補充營養援助計畫 – 您可以選擇將寄養兒童或成人納入補充營養援助計畫家庭。如果這樣做，任何與寄養有關的款項將計為收入。該被寄養兒童的所有其他收入或資源也將計為收入。若對此有疑問，務必向您的工作人員詢問。

務必回答第 5 欄中所有其他問題。

第 6 部分：資產：資產不會影響大多數家庭申請補充營養援助計畫的資格。但是，會將某些資產情況用於判定您是否具備加快處理申請的資格。

為您本人及所有補充營養援助計畫申請人回答第 6 欄中的問題。列出资產的美元 (\$) 金額或價值及資產持有人姓名。**務必列出所有與非同住家人的共有財產。**資產可能包括以下任何一種：自持現金、他持現金、支票或儲蓄帳戶、儲蓄債券、個人退休帳戶、退休年金計畫、個人發展帳戶、股票/債券、共同基金、信託基金、貨幣市場證券、房屋、土地、出租物業、度假或娛樂物業、或居所之外的房屋。

第 7 部分：教育／培訓及語言：請輸入家中所有年滿 16 歲之申請人的姓名，包括您本人。使用「X」及補充營養援助計畫申請表 (LDSS-4826) 列出的教育和培訓代碼，為所有人勾選「最高教育程度」一欄。每人僅勾選一個方格。如果您使用「X」為某位家庭成員勾選「0」欄（表示其未取得高中學歷或同等學歷證書），則請在「已完成的最高學歷」一欄輸入其完成就讀的最高學年。如果在獲取高中畢業或高中同等學歷證書欄目沒有為家人勾選「0」，請將「已完成的最高學歷」欄目留作空白。請為補充營養援助計畫家庭中所有年滿 16 歲的家人注明每人使用的主要語言。主要語言是一個人最經常使用的語言。

注意：自願提供有關受教育程度，最高學年及主要使用語言的資訊。這不會影響此人的申請資格或獲得福利等級。要求提供這些資訊旨在符合聯邦要求。

第 8 部分：生活安排及開銷：

請以正楷填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。列出您支付地產稅、房屋保險的美元 (\$) 金額。

如果另外支付取暖費，請勾選 (✓) 說明您使用何種方式取暖，並填寫供暖公司名稱及帳號。

另外，請說明：

- 是否在房租/購房貸款以外單獨支付其他水電瓦斯費用，是否有空調開銷，如果回答「是」，何人支付額外開銷？
- 是否有人需支付法定義務的兒童撫養費，如果回答「是」，則說明支付人、支付金額、支付頻率，以及收取撫養費的兒童姓名。
- 申請人中是否有任何殘障或年滿 60 並需支付醫療帳單之人士，例如上門護理服務、假牙、助聽器、眼鏡、導盲犬或服務動物、醫療保險及醫療款項、醫院或護理服務、醫療或牙科服務、處方藥、或醫療交通服務？
- 您家中是否有人有自付 Medicaid 計畫？如果有，此人是谁，金額為多少？
- 您家中是否有人註冊在校或正在參加培訓課程；如果有，此人是谁，在何處就讀，其註冊狀況為何？
- 如果您或任何年滿 16 歲的同住申請人懷孕，請選擇「是」，並在問題下方的空白處以正楷填寫您/他們的姓名。
- 如果您或任何年滿 16 歲的同住申請人患有妨礙您/他們工作，或妨礙做某種工作的疾患，請選擇「是」，並在問題下方的空白處以正楷填寫您/他們的姓名。

務必回答第 8 欄中所有其他問題。

第 9 部分：法律聲明、責任及處罰：請仔細閱讀此部分或讓他人讀給您聽。

注意：紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而騙取補充營養援助計畫福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

我瞭解本州將使用我的社會安全號向我的家庭能源商驗證參加家庭能源協助計畫情況。此授權還包括允許我的家庭能源商（包括我的公共事業）公開特定的統計訊息，其中包括但不僅限於我的電力年使用量、電費、能源消耗、燃料類型、燃料年開銷，以及以參加《低收入家庭能源協助項目 (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)》效能測量爲目的而向臨時救濟及殘障補助辦公室、當地社會服務區和美國衛生廳和人力服務部 (Department of Health and Human Services) 提供的付款記錄。

非歧視通知 – 依照聯邦公民權利法和美國農業廳公民權利法規和政策，禁止該部門因種族、膚色、原國籍、性別（包括性別認同和性取向）、宗教信條、殘障、年齡、政治信仰、對此前民權活動進行過的打擊報復而進行歧視。

計畫資訊可以英語以外的其他語言提供。需要其他溝通方式獲得項目訊息（如布拉耶盲文、大字印刷、錄音帶、美國手語等）的殘障人士應聯絡申請福利的（州或當地）部門。失聰、有聽力或語言障礙的人士可致電聯邦轉接服務 (Federal Relay Service)：(800) 877-8339 聯絡美國農業廳 (U.S. Department of Agriculture, USDA)。

如需提交計畫歧視投訴，投訴人應填寫 USDA 計畫歧視投訴表格 AD-3027，可前往 <http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 線上獲取表格，也可致電 (833) 620-1071 或致函向任何一間 USDA 索取。信函中必須包含投訴人的姓名、地址、電話號碼，並以書面形式具體描述投訴的歧視行爲細節，同時告知民權助理秘書 (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) 所指控侵犯公民權利的事件性質和發生日期。填寫完成後的 AD-3027 表格或信件必須寄送至：

- (1) 致函：Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314；或
- (2) 傳真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442；或
- (3) 電子郵件：FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

本機構是提供平等機會的提供方。

第 10 部分：補充營養援助計畫授權代表簽名：如果您希望家庭以外的人士申請補充營養援助計畫之福利，或者申領授權代表電子福利轉帳卡以便爲您購買食物，請正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼，除非受權代表已經通過其他方式由家庭書面授權。

第 11 部分：簽名：請在此處簽名。如果您是受權代表，則您和承擔責任的戶主雙方均必須在第 8 頁申請/認證簽名處簽署姓名，並注明日期。

當授權代表爲補充營養援助計畫領受家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構時，那麼授權代表和戶主或其他承擔責任的家庭成員均必須在第 8 頁申請/認證的簽名處簽署並注明日期。

第 12 部分：其他資訊：在此欄填寫您認爲我們有必要瞭解的其它資訊。

第 13 部分：撤回申請：如果您決定不再申請補充營養援助計畫福利，請簽名並注明日期。您可在任何時候重新申請。

注意：此申請表最後一頁爲選民登記表。如需他人協助您填寫選民登記表，請諮詢您的工作人員申請或拒絕登記投票均不會對您的資格或本機構發給您的援助金額造成影響。

您在申請及面談時所提供的資訊將被輸入並儲存于福利管理系統 (Welfare Management System, WMS)，這是一個州際範圍的電腦系統。該系統用於改善社會服務計畫之管理和防範欺詐。

閱讀以下重要資訊
補充營養援助計畫申請人/領取人權利和責任：

有關您權利和責任的其他資訊，請查閱客戶資訊手冊（LDSS-4148A、LDSS-4148B 和 LDSS-4148C）。可以在您的社會服務區或在線獲取這些手冊。

您的權利：

- 您作為補充營養援助計畫申請人/領取人必須立刻接受約談，以判定資質，並將在申請提交 30 天內發放福利。
- 對補充營養援助計畫的面談通常透過電話進行。如果您偏好在辦公室進行面談，則您必須向所在社會服務區申請。
- 您可帶他人前來在約談中為您翻譯。如果您需要譯員，部門將為您免費安排。您不會因英語不流利、聽力或言語受損而被拒絕獲得服務。社會服務區可使用電傳打字/聽障人士設備 (TTY/TTD) 轉播系統，幫助聽力或言語受損的申請人/接受者獲得服務。如果您有任何特殊需求，您可向您所在的社會服務區要求特殊辦公室。
- 如果您有殘障，則您和無殘障人士具有獲得補充營養援助計畫和接受約談的同等權利。
- 在您提交補充營養援助計畫完整申請和接受約談後的 30 天內，您務必會被告知申請是否被批准或拒絕。如果您符合加速審理的資格，則您在提交申請後 7 天內務必會被告知是否有資格參加補充營養援助計畫，並且/或被告知是否需補充文件。
- 如果您的補充營養援助計畫申請被批准或拒絕，您必將收到書面通知：
 - 如果您的申請被批准，則通知會告知您將獲得的補充營養援助計畫福利金額；
 - 如果您的申請被拒絕，則通知將告知原因，以及如果您不讚成或不理解此決定，應做什麼。

什麼是公平聽證會？

公平聽證會是紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室的行政法法官為您提供一次機會，讓您解釋為什麼認為社會服務區關於您的個案的決定是錯誤的。在公平聽證會後，州政府將發出一份陳述社會服務區的決定是否是正確的書面決定書。此份書面決定書可要求社會服務區更正您的個案。

請求公平聽證會的時限

如果您希望就補充營養援助計畫請求公平聽證會，則應在時間限期內**立即**致電。如果您等待時間過長，您可能無法獲得公平聽證會。如果您收到關於您個案的通知且希望請求召開公平聽證會，則通知中會向您告知可在多長時限內請求召開公平聽證會。**請確保仔細閱讀通知全部內容。**如果您的通知中告知，您的補充營養援助計畫福利被拒絕，亦或是將停止或減少發放福利，則您可在收到通知起 **90 天內**請求召開公平聽證會。如果您認為您獲得的補充營養援助計畫福利不足，則您可在認證期間隨時請求召開公平聽證會。

閱讀以下重要資訊（續）**如何請求召開公平聽證會**

如果您在紐約州居住，則您可致電、發傳真或寫信至以下地址請求召開公平聽證會。

致電：全州免費申請電話為：800-342-3334。如果有通知，請在致電時準備好。

傳真：請發送公平聽證會請求至：518-473-6735

線上：填寫線上申請表 <http://otda.ny.gov/hearings/>

致函：如果您收到通知，請填寫空白處並發送通知副本至，**或**寄信至：

**Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930** 請自行保留通知副本

本人到訪：如果您在紐約市居住，則您還可親自前往以下地址：**Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**

緊急狀況 – 如果您狀況處境非常嚴峻，則臨時救濟與殘障援助辦公室會盡快為您安排公平聽證會。當您在致電或書面要求公平聽證會時，務必說明您的情況非常嚴峻。

注意：僅限紐約市緊急公平聽證會 — 致電 800-205-0110。除緊急狀況外，請不要撥打此號碼。本號不受理與緊急狀況無關的請求。

口譯員 – 如果英語不是您的主要語言，或如果您有聽力或語言障礙，則您有權免費獲得一名口譯員的協助。

維持援助 – 如果您收到的通知向您告知福利將被停止或減少發放，且您在已在通知生效日期前請求召開公平聽證會，則在多數情況下，您的補充營養援助計畫福利會在公平聽證會作出決定前維持原狀（「維持援助」）。如果您未收到關於您的個案的通知，且您的福利在請求召開公平聽證會的同時被停止或減少發放，則您可要求在公平聽證會作出決定前恢復補充營養援助計畫福利（「維持援助」）。

然而，如果您在「維持援助」時失去公平聽證會機會，則您需償還在等待公平聽證會機會決定前在「維持援助」期間獲得的福利。如果您在公平聽證會作出決定以前**不想**獲得同等的補充營養援助計畫福利，則您必須在致電或致函要求召開公平聽證會時告知紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室。

如何為公平聽證會做準備

紐約州臨時救濟與殘障援助辦公室將向您發出通知，告知您公平聽證會召開的時間和地點。為幫助您為公平聽證會做好準備，您有權查看您的個案記錄，並免費獲得將在公平聽證會上提交給行政法官的表格和文件副本。您還可從您的個案記錄中免費獲得您認為公平聽證會上需要的其他文件。一般來說，您可在聽證會召開之前獲得這些文件，最晚會在聽證會上獲得。如果您請求獲得與聽證會有關的任何文件，但社會服務區未在聽證會召開前或會上向您提供，則您應向行政法官予以告知。

您也應帶上任何可協助您的證人出席公平聽證會，以及所有佐證文件，如：**工資單、賬單、收據、租約、醫生聲明等**，幫助解釋為什麼您認為當地社會服務區所做決定不正確。

您可攜一名律師、一名親屬或一名朋友出席公平聽證會，幫助解釋為什麼您認為當地社會服務區所做決定不正確。如果您認為您在公平聽證會上需要律師，則您可致電當地法律援助 (Legal Aid) 或法律服務辦公室 (Legal Services Office) 免費獲得一名律師。請致電當地律師協會 (Bar Association) 獲知其他律師姓名。

閱讀以下重要資訊（續）

當地社會服務區人員也將出席公平聽證，其將對社會服務區就您的個案所作決定予以說明。您或您的代表可向此人或社會服務區的任何證人提問。

如果您不能出席公平聽證會，則可指派他人代您出席。如果您派出出席公平聽證會的人員不是律師，則您必須交由此人一封轉交給行政法官的信函。此信函應向法官告知您希望此人代您出席公平聽證會。如果行政法官判定您必須出席且有必要獲得您的證詞，則聽證會或被改期至您可出席的時間。您將以信函方式被告知新的日期。

注意： 如果您提出申請，則可報銷因出席聽證會而必須花費的公共交通、托兒服務和其他必要支出。如果無法乘坐交通工具，則可使用其他交通工具，所支付費用也可得到償付。如果您因病無法乘坐公共交通工具，則可使用其他交通工具，且所支付的費用也可得到償付。然而，您可能會被要求出示醫療證明。

查看您的個案和電腦記錄：

您申請補充營養援助計畫或其他援助後，有關您個案的個案記錄和電腦記錄就會得以保存。通常來說，您有權查看這些記錄。然而，您可能**無法**查看所有記錄。您的工作人員可向您說明規定。

《個人隱私保護法 (Personal Privacy Protection Law)》規定，在您以書面形式要求獲取您的電腦記錄副本時，紐約州部門需向您發送記錄；**或**向您告知為何無法向您發送記錄；**或**向您告知他們已收到您的請求，並將決定是否會在收到您的請求後五個工作日內獲取您的記錄。

補充營養援助計畫福利的申請人/領取人的多項責任

補充營養援助計畫申請及領取人的工作要求

除非個人滿足社會服務區豁免（無需參加）補充營養援助計畫工作要求（如下所述）之規定，否則個人必須：

- 接受工作，或接受工作轉介；
- 無正當理由不得辭職或選擇每週工作時間少於 30 小時；
- 提供有關其就業狀況和能否參加工作的資訊；以及
- 參加由社會服務區指定的工作活動。

如果所提交文件滿足社會服務區的要求，則個人可獲得補充營養援助計畫工作要求豁免，此人需滿足：

- 不滿 16 歲或 60 歲以上。
- 心理或身體殘疾、殘障、喪失能力或患病，以至無法從事工作活動。
- 承擔照顧六歲以下被撫養子女的責任。如果您正在聯邦資助的臨時援助 (Temporary Assistance) 項目中積累工作經驗，則補充營養援助計畫豁免工作要求的規定對您不適用。
- 以聯邦資助的臨時援助項目之工作要求為準並予以遵守。
- 負責照顧一個無行動能力的人。
- 申請或領取失業保險福利。
- 定期參加藥物或酒精成癮治療計畫。
- 在公認學校、培訓計畫或高等教育機構註冊，並至少半天就讀的學生。
- 每週至少工作 30 小時或每週工資至少相當於聯邦最低工資的 30 倍。
- 符合社會安全輔助收入 (SSI) 及補充營養援助計畫福利聯合處理之規定的申請人；或
- 16 或 17 歲且並非戶主，或是至少半天就讀於學校或就業計畫。

如果個人未遵守或拒絕遵守補充營養援助計畫指派的工作或辭職，則他/她可能無法滿足補充營養援助計畫福利的要求。個人未符合補充營養援助計畫福利的時長取決於此人因未遵守工作要求而被處罰的次數。

閱讀以下重要資訊（續）**對於身體健康且無被撫養者 (Able-Bodied Adults without Dependents, ABAWDs)，補充營養援助計畫需符合的其他資格要求**

要求參加補充營養援助計畫的人員，其工作要求必須滿足補充營養援助計畫的其他資格要求，除非此人：

- 無家可歸；
- 24 歲或以下，18 歲生日時處於寄養狀態；
- 不滿 18 歲或 53 歲以上；
- 居住在補充營養援助計畫家庭，且該家庭包含一名不滿 18 歲的成員；
- 是退伍軍人；
- 接受公共或私人提供的殘障福利之人士，例如紐約州的殘疾福利；
- 懷孕；或
- 由於身體或心理健康原因，您無法每月工作至少 80 小時。

注意：滿足以上至少一種情況的人士才可豁免身體健康且無被撫養者的要求。領取補充營養援助計畫的家庭中的其他身體健康且無被撫養者仍需遵守身體健康且無被撫養者要求，從而在 36 個月的時間內繼續領取補充營養援助計畫福利 3 個月以上。

未豁免上述其他資格要求的人員是身體健康且無被撫養者，此人僅可在 36 個月的時間內領取補充營養援助計畫福利 3 個月，除非此人：

- 每月至少工作 80 小時（包括「實物支付」工作和志願工作）；
- 參加由勞工廳或退伍軍人事務部營運的退伍軍人就業和培訓計畫；
- 每月參加社會服務區批准的合格工作/培訓計畫至少 80 小時；
- 每月參加工作經驗積累計畫 (Work Experience Program, WEP)，且工作小時數等於其家庭補充營養援助計畫福利除以聯邦最低工資，或除以州最低工資中的較高者。
- 每月至少參與《勞動力創新和機遇法案 (Workforce Innovation and Opportunity Act)》或 1974 年頒佈《貿易法 (Trade Act)》規定的項目達 80 小時，其中可能包括求職、工作準備、職業技能培訓和教育活動；或
- 每月參加工作或合格工作計畫總計至少 80 小時。

注意：上述身體健康且無被撫養者聯邦要求，適用於領取補充營養援助計畫福利家庭內，每個身體健康且無被撫養者。

如果身體健康且無被撫養者符合上述任一要求，但未向社會服務區告知，則此人應立即聯絡社會服務區並提供其參與文件，從而避免在 36 個月的時間內領取 3 個月補充營養援助計畫福利後，失去獲得補充營養援助計畫福利的資格。如果身體健康且無被撫養者每月工作或從事的符合資格活動不足 80 小時，且他/她希望在 3 個月時限後領取補充營養援助計畫福利，同時無法每月獲得至少 80 小時的帶薪工作，則他/她應立即聯絡社會服務區，討論現有何種工作或工作計畫可以參加，使其能滿足聯邦身體健康且無被撫養者工作規定。

此外，此身體健康且無被撫養者每月必須提供從事無薪工作的文件，如果該身體健康且無被撫養者當月工作時長不足 80 小時，則需在當月月底後 10 天內上報至社會服務區。無正當理由卻未遵守要求可導致身體健康且無被撫養者失去獲得補充營養援助計畫福利資格。

正當理由

身體健康且無被撫養者仍可以基於正當理由，而免去工作或每月至少參加 80 小時的身體健康且無被撫養者合格活動之規定。正當理由是因超出人員控制的事件或狀況，而導致身體健康且無被撫養者在當月無法滿足工作要求，包括身體健康且無被撫養者要求。正當理由的示例包括但不限於：臨時患病或家庭緊急狀況。在社會服務區的要求時，個人需要提供任何正當理由證明或豁免工作要求的證明，包括豁免身體健康且無被撫養者工作要求。正當理由證明或豁免令可包括，由照顧身體健康且無被撫養者的醫學專家出具的報告。

如果個人認為他們有正當理由不滿足工作要求，包括對身體健康且無被撫養者的要求，或者個人認為他們應該免於滿足上述條件之一，或者居住在對身體健康且無被撫養者準予豁免的地區，則個人應立即聯絡社會服務區並提供證明檔案。如果身體健康且無被撫養者未滿足身體健康且無被撫養者的聯邦要求，且因此而失去參加補充營養援助計畫的資格，則該人仍有機會再次獲得補充營養援助計畫，如符合其他條件則應立即聯絡社會服務區，討論再次獲得參與補充營養援助計畫資格所需事宜。

閱讀以下重要資訊（續）

如您涉嫌欺詐

如果由於工作人員認為您未在個案中告知事實，而對您進行調查，則您應向律師諮詢。如果刑事法庭控告您詐騙福利，則法庭將在您符合條件的情況下免費為您指派一名律師。

為錯過面談改期的責任：

補充營養援助計畫的申請人/再認證人有責任在申請日期後 30 天內為錯過的面談改期預約。

提供證明的責任

您在申請補充營養援助計畫時，需為某些資訊提供證明。您的工作人員將向您告知需要什麼。不同的援助項目對文件的要求也不同。如果社會服務區已有社會安全號等不會發生變動的證明，則您不需再次證明。

首次申請援助時持有身份證明和其他重要文件，您將更快地獲得援助。

如果您前往社會服務辦公室提交文件，請索要收據，收據上應顯示地區名、您的姓名、日期、時間、未上交的具體文件列表，以及為您提供收據的工作人員姓名。

您必須提交工作人員向您告知所需的證明，以獲得補充營養援助計畫資格的判定結果。如果您在獲取所要求的證明時遇到困難，請向工作人員告知。

關於非公民的資格訊息

很多非公民外國人也符合資格參加補充營養援助計畫的資格。即使您不符合資格，那您的子女也可能符合資格。就美國公民與移民服務部 (USCIS) 對您的移民事宜做出的任何決定來說，補充營養援助計畫不會對您的移民事宜造成影響。

若您為美國公民，非公民的美國國民（在美屬薩摩亞 (American Samoa) 或斯溫斯島 (Swains Island) 出生的人士）或具備資格的外國人，則可能符合參加補充營養援助計畫的資格。合格的非公民補充營養援助計畫資格為：

1. 符合《移民與國籍法 (Immigration and Nationality Act, INA)》第 289 條規定，在加拿大出生的美國印第安人且至少有 50% 的美國印第安人血統；或
2. 符合《印第安民族自決和教育援助法案 (Indian Self-Determination and Education Assistance Act)》第 4(e) 條規定，受聯邦認可的印第安部落成員；或
3. 被承認為苗族或老撾高地人的外國人，包括其配偶（或未再婚的在世配偶）或未婚被撫養子女；或
4. 符合《移民與國籍法》第 207 條規定的難民；或
5. 符合《移民與國籍法》第 208 條規定，認定為政治避難的外國人；或
6. 根據 1997 年 4 月 1 日前生效的《移民與國籍法》第 243(h) 條內容暫緩被遣返，或根據該法案第 241(b)(3) 條內容暫緩被遣返的外國人；或
7. 符合 1980 年頒佈的《難民教育援助法案 (Refugee Education Assistance Act)》第 501(e) 條規定，經古巴或海地入境者的外國人；或
8. 符合《2000 年人口走私受害者保護法案 (Trafficking Victims Protection Act of 2000)》第 103(8) 條規定，被認定為人口走私受害者的外國人；或
9. 擁有合法居住權的美國武裝部隊現役外國人，未因其移民身份、其配偶、未婚被撫養子女或未再婚在世配偶光榮退伍的軍人；或
10. 被承認為美亞混血的外國人；或
11. 符合《移民與國籍法》被合法承認為永久居民，並在美國已居住 5 年的外國人；或
12. 符合《移民與國籍法》第 212(d)(5) 條規定，獲得臨時許可入境至少 1 年以上，並且在美國居住 5 年的外國人；或
13. 根據 8 USC 1641(c)，1996 年 8 月 22 日之前批准入境或申請未決，已在美居住 5 年的受虐配偶或子女、受虐兒童的家長或受虐家長的子女；或
14. 如果滿足以下條件，則外國人也可能符合參加補充營養援助計畫的資格：
 - 被合法承認為永久居民，已勞動獲得或可抵免 40 個季度的工作；或
 - 符合上述資格情況且領取特定的殘障或失明福利；或
 - 符合上述資格情況且年齡在 18 周歲以下；或
 - 1996 年 8 月 22 日當天在美國擁有合法身份，且失明、有殘障或年齡超過 60 周歲；或
 - 根據《移民與國籍法》第 101(a)(27) 條獲得特殊移民身份或在 1980 年 4 月 1 日前根據《移民與國籍法》第 203(a)(7) 條授予有條件入境的伊拉克或阿富汗國民。