



## 如何填寫 紐約州下列申請表：

- 公共援助
- 托兒補助，放棄公共援助
- 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
- 服務，包括寄養
- 托兒補助
- 僅緊急援助

如您是盲人或有嚴重視障並需要替代格式的申請表或說明書，則可向社會服務區申請。可申請下列替代格式：

- 大字體印刷件；
- 資料格式（可使用螢幕讀取器存取的電子檔案）；
- 音訊格式（說明書或申請問題的音訊稿）；及
- 盲文，如您確信任何其他替代格式皆無法對您同樣有效。

可從 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) 或 [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov) 下載大字體印刷、資料格式和音訊格式的申請表和說明書。請注意，申請表的音訊格式和盲文格式僅用於提供資訊目的。如需申請，必須提交書面、非替代格式的申請表。

如您患有任何殘疾，導致無法填寫該表格及/或等待面試，請通知當地 **SSD**。**SSD** 將會竭盡所能地提供合理建議來解決您的問題。

如需要其他便利服務或需要其他幫助來填寫申請表，請聯絡 **SSD**。我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助與支援。

# 填寫申請表說明

每當在申請表上看到「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」。制定 PA 及其他計畫旨在為需要幫助的人士提供臨時援助，而您可使用該申請表來進行申請。些許計畫有領取援助時間限制，因此儘快達到自食其力是十分重要的。SSD 會協助您達到這一目標。為了能夠提供幫助，我們必須瞭解您的身份及您的需求。這便是請您填寫申請表的原因。

作為申請流程的一部份，SSD 將會要求您提供和驗證有關您本人及您代為申請的其他人士的資訊。這些說明書的末尾會列出檔要求，說明瞭您需要提供的資訊及能夠驗證該等資訊的文件種類。例如，為證明您的身份，您可以提供帶照片的身份證件、駕照、美國護照、歸化證明、醫院或醫師記錄，或領養文件。另外，SSD 將會在申請流程中對您進行面試。如可能，SSD 將會對多項計畫進行統一面試。

為幫助您，申請書和說明書依照不同部份進行了編號。填寫申請表時，請記住：

- 請用正楷清楚填寫。
- 請勿填寫灰色陰影區域。
- 務必填妥所有適用於您代為申請之人士的部份。
- 始終使用合法的姓名，除非另行指明。
- 如您代表其他人申請，請提供此人的資訊，而非您自己的。確保您自己和您所代表的人士都在申請表的最後一頁上簽名。
- 如您不確定如何填寫此申請表的任何部份，請向 SSD 求助。

除 LDSS-2921:「紐約州特定福利與服務申請表」之外，確保您還從 SSD 或 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) 獲得下列資訊手冊的複本：

- **LDSS-4148A**：「第 1 冊：申請人權利與責任須知」
- **LDSS-4148B**：「第 2 冊：社會服務計畫須知」
- 第 1 冊 **LDSS-4148A** 和第 2 冊 **LDSS-4148B** 的補充材料：「醫療補助計畫的重大變更」
- **LDSS-4148C**：「第 3 冊：緊急情況須知」

## 申請表第 1 頁

如您是盲人或有嚴重視障，則可以選擇接收您所申請/參加的計畫的替代格式通知。可用的替代格式包括：大字體印刷件，資料光碟，音訊光碟，或盲文，如您確信任何其他替代格式皆無法對您同樣有效。

如您是盲人或有嚴重視障，則是否願意接收替代格式的書面通知？如您是盲人或有嚴重視障，則可以勾選 ( ) 「是」或「否」，指出您是否願意接收您所申請/參加的計畫的替代格式通知。

如是，請勾選您希望的格式類型：如您是盲人或有嚴重視障並想要接收您所申請/參加的計畫的替代格式通知，則可以勾選 ( ) 您喜歡的格式類型：大字體印刷件，資料光碟，音訊光碟，或盲文。如您確信任何其他替代格式皆無法對您如盲文般有效，則可選擇盲文作為替代格式。

如您需要其他便利服務或需要其他幫助來填寫申請表，請聯絡 SSD。

## 申請表第 2 頁

### 第 1 部份：勾選您或任何家庭成員正在申請的每項計畫

勾選 ( ) 您或任何家庭成員想要申請的每項計畫。醫療補助中包括醫療補助、殘障工作人士自購醫療補助，及家庭生育規劃福利計畫。當您在申請表上看到「MA」時，其表示「醫療補助」，之前稱為「醫療援助」。僅當您亦同時在申請公共援助(PA)或輔助營養援助計畫(SNAP)時，方能使用此表申請 MA。如想要申請醫療補助和 SNAP，請勾選 ( ) 「醫療補助(MA)和 SNAP」方塊。如想要申請醫療補助和 PA，請勾選 ( ) 「醫療補助(MA)和 PA」方塊。

如想僅申請 MA，可使用 <https://nystateofhealth.ny.gov/>，及/或撥打 1-855-355-5777 詢問詳情或申請，或者，您可以使用專門用於申請 MA 的紙質申請表 - 表 DOH-4220。如想得到此表，可向服務專員索要，或撥打 MA 幫助熱線 1-800-541-2831。如想要僅申請醫療保險節約計畫(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。

如有資格申請公共援助，但決定只需要托兒補助，則勾選 ( ) 「托兒補助（代替 PA）」方塊。如您改變主意並決定需要公共援助，則可隨時申請該計畫。

如您勾選 ( ) 「僅緊急援助(EMRG)」方塊，則表示您要申請一次性救急款項，為此做出的資格審定並不適用於任何其他計畫。

### 第 2 部份：

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。

**您希望收到何種語言的通知？**：您將會收到關於您所申請/參加的計畫的通知。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 部份：申請人資訊

**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**：請以正楷填寫您最常用的電話號碼。包括區號。

**住址：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。

**縣**：請以正楷填寫您所居住的縣的名稱。

**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。

**代收收入姓名**：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**：如您在住址以下的地方接收郵件，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、縣和郵遞區號。

**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），及該號碼所屬的人士的姓名。包括區號。

**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**：如某人幫助您申請，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）。

**您是否需要對該申請表的醫療補助部份和可能獲得的任何醫療補助範圍加以保密？**：勾選(  )「是」或「否」，在申請表上指出和/或告知服務專員您是否需要對您的申請及/或與領用醫療補助範圍相關之通訊保密。

**第 4 部份：如正在申請 SNAP**

閱讀申請表第 4 部份中的說明，如其適用於您或您代為申請的人士，請於說明下方簽上名字和日期。如對此部份有任何疑問，請聯絡 SSD。

**第 5 部份：您是否屬於以下任何情況？**

勾選(  )適用於您或您代為申請之人士的每種情況

**申請表第 3 頁****第 6 部份：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，即便他們未申請。首先列出您本人。

**此人正在申請：**勾選(  )每個人正在申請的援助類型：**PA** 代表公共援助，**SNAP** 代表輔助營養援助計畫，**MA** 代表醫療補助，**CC** 代表兒童看護援助，**FC** 代表寄養，**S** 代表服務（例如兒童或成年人預防/保護服務），或 **EMRG** 代表僅緊急援助。

**出生日期：**請以正楷填寫每位申請人的出生日期。

**性別：**請以正楷填寫每位申請人的性別，**M** 代表男性，**F** 代表女性。

**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，朋友，室友，寄宿人等）。

**家庭成員申請人的社會保障號：**請以正楷填寫每位申請人的社會保障號，除非此人：

- 是孕婦並僅申請醫療補助；
- 是非公民並僅申請醫療補助或因緊急醫療狀況所帶來的福利；
- 是成年人並僅申請成年人保護服務；或
- 僅申請托兒補助。如某人正在申請托兒補助和預防服務或放棄公共援助，請以正楷填寫此人的社會保障號。

其他服務（例如寄養、兒童保護服務、兒童預防服務，及諮詢服務）由各種來源資助，其中許多皆需提供社會保障號。雖然有些服務未要求申請人提供社會保障號，但如您未提供社會保障號，這些服務可能不可用。因此，我們要求所有申請這些服務的申請人提供社會保障號，以幫助他們獲得他們可能有資格享有的所有福利。

**所完成的最高學歷（年級）：**輸入每位申請人所修完的最高年級（1 至 12）。如超過 12 年，請輸入 13。如未上過正規學校，請輸入 0。如您僅申請服務援助，則無需回答此問題。

**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，不論他們是否申請，務必要對此問題勾選(  )「是」或「否」。有時，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：請以正楷填寫此部份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。

## 申請表第 4 頁

### 第 7 部份：種族/族裔

為每位申請人填寫此部份。在標有「H」的欄中輸入「Y」代表「是」，輸入「N」代表「否」，指出此人是否是西班牙裔和/或拉丁裔。在每個種族欄中輸入「Y」代表「是」，輸入「N」代表「否」，指出每個人的種族背景：

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

這些資訊是自願提供的。它將不會影響申請人的資格或可獲得的福利水準。要求該資訊的原因在於確保該福利計畫的發放與種族、膚色或原國籍無關。

## 申請表第 5 頁

### 第 8 部份：公民/具有合法移民身份的非公民

為申請下列任何計畫的每位申請人填寫此部份：

- 托兒補助；
- 寄養；或
- 其他服務。

另外，如您或任何家庭成員正在申請輔助營養援助計畫(SNAP)，則必須列出每位家庭成員，即便是未申請 SNAP 成員。您亦須列出與申請公共援助(PA)之任何子女住在一起的任何兄弟姐妹和父母。如僅申請托兒補助或寄養護理，請僅為需要托兒補助或寄養的兒童填寫此部份。如未為申請人填寫此部份，則此人無法領用援助。

**姓名：**請以正楷填寫每位申請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( )<sup>✓</sup>「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（若適用）。

## 第 9 部份：認證

認真閱讀此部份底部的說明，然後簽上名字和日期，證明正申請下列任何計畫之每位申請人的公民或具有合法移民身份的非公民身份屬實。（如僅申請兒童看護援助或寄養護理，請僅為需要托兒補助或寄養的兒童填寫此部份。）如任何申請人不是美國公民、美國原住民或國民，則勾選( )此人能夠以具有合法移民身份的非公民進行申請的計畫。

- 公共援助(PA)；
- 輔助營養援助計畫(SNAP)；
- 醫療補助(MA)，除非申請人正懷孕；
- 托兒補助(CC)；
- 寄養(FC)；
- 其他服務(S)；或
- 緊急援助(EMRG)。

「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」中包含有關合法非公民身份的更多資訊。您亦可聯絡您的 SSD 瞭解詳情。

家中的成人或被授權代表可為所有申請的家人簽名證明。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。如家庭成員申請人未滿 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。當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」。

在簽名欄中簽名並簽寫證明即表示，您證明針對您/或您所代簽之人士正在申請的計畫，您及/或他們是美國公民、美國原住民、國民，或具有合法移民身份的非公民，如有不實，願受處罰。如您未勾選任一方塊或非公民申請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（除針對孕婦或緊急醫治的醫療補助之外）。這些人可能亦沒有資格獲得特定服務。

我們會將您提供給我們的資訊提交給 USCIS，以確認任何或所有申請 PA、SNAP 福利、醫療補助或服務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。

## 申請表第 6 頁

### 第 10 部份：關於轉介至兒童撫養費執行部門的資訊

如您僅申請醫療補助且是孕婦或在過去六十天內生了孩子；或僅為未滿 21 歲的子女申請；或僅申請托兒補助，則無須填寫本部份。



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（即合法父親身份）的人（包括您自己）申請。
2. 勾選(  )「是」或「否」，指出您是否在為未滿 21 歲，至少其父母其中一人不住在家裡的人（包括您自己）申請。

如您對這兩個問題均勾選(  )「否」，請跳至第 11 部份。您無須完成第 10 部份的剩餘內容。如您對這兩個問題中的一個或兩個勾選(  )「是」，則必須完成第 10 部份的剩餘內容。

3. 勾選(  )「是」或「否」，指出您是否未滿 21 歲。
- 仔細閱讀第 3 題後的說明，如不理解，請聯絡 SSD。

**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 題中為其勾選「是」的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

**非監護方父母或推定父親的姓名和住址、出生日期和社會保障號：**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**父母或推定父親的名字、中間名縮寫、姓氏、地址、出生日期和社會保障號。「推定父親」係指可能是子女的父親，但在子女出生之前未與子女的母親結婚，並在法院訴訟中或自願確認父子關係確認自己為父親的男士。

## 申請表第 7 頁

### 第 11 部份：報稅/獨立狀況

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。

請列出任何非同住人，且被您或您家中的任何人申報為稅務依賴人。如您不報稅，可跳過這些問題。

**稅務依賴人的姓名：**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依賴人的每個人的名字、中間名縮寫和姓氏。

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

### 第 12 部份：非同住/已故配偶資訊

**申請人的姓名：**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申請人的姓名。

**配偶的姓名：**請以正楷填寫目前/曾經結婚，但其配偶未與其同住或已故之任何申請人的配偶的姓名。

**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申請人的配偶的出生和去世（如適用）年、月、日。

**配偶的社會保障號：**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申請人的配偶的社會保障號。

**配偶的住址（若適用）：**請以正楷填寫其配偶未與其同住的任何已婚申請人的配偶的街道地址、城市、縣、州和郵遞區號。如不明，請以正楷填寫最近所知該配偶的地址。

### **第 13 部份：非同住子女資訊**

**申請人的姓名：**請以正楷填寫非同住的未滿 21 歲子女的任何申請人的姓名。

**非同住子女的姓名和出生日期：**請以正楷填寫未與申請人同住的未滿 21 歲的任何子女的姓名和出生年、月、日。

**子女的地址：**請以正楷填寫未與申請人同住的未滿 21 歲的任何子女的街道地址、城市、縣、州和郵遞區號。

**是否確立了親子關係？：**勾選()「是」或「否」，指出是否已為非同住的未滿 21 歲的任何子女確立了親子關係（即合法父親身份）。

**您是否支付子女撫養費？：**勾選()「是」或「否」，指出是否有任何申請人為非同住的未滿 21 歲的子女支付撫養費。

### **第 14 部份：未成年父母資訊**

僅當申請公共援助時填寫此部份。

**家中是否有未滿 18 歲的父母（未成年父母）？：**勾選()「是」或「否」，指出是否有任何申請人是未滿 18 歲的父母。

**姓名：**請以正楷填寫是未滿 18 歲的父母的任何申請人的姓名。

**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 歲的申請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 歲的申請人的子女的姓名。

## **申請表第 8 頁和第 9 頁**

### **第 15 部份：收入資訊**

**請說明您或任何與您同住的人是否有以下收入：**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有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「每週 100 美元」或「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輸入到第 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，則將此金額輸入到第 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子女或成年人，且您正在申請輔助營養援助計畫(SNAP)福利，則有兩種選擇：您可以選擇將養子女或成年人和寄養費包含在您的 SNAP 福利家庭中，或選擇不將養子女或成年人和寄養費包含在您的 SNAP 福利家庭中。諮詢 SSD 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，包括獲得收入的人、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申請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 16 部份：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」，指出是否有任何申請人（包括您本人）具有不與您同住，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 15 部份「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？，及姓名：**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」，請以正楷填寫受資助人的姓名。

**資助人姓名、地址和電話號碼：**如「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。

## 申請表第 10 頁和第 11 頁

### 第 17 部份：就業資訊

為您本人及每個同住人填寫此部份。如您工作，仍可能有資格獲得援助。對於此部份，「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：**如與您同住的所有人目前正工作，請勾選(  )「受僱」或「自僱」，並以正楷填寫其姓名。

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、領薪週期、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。

**與您同住的其他人是否有僱主提供的醫療保險？，及姓名：**勾選(  )「是」或「否」，指出與您同住的所有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/或與您同住的所有人的醫療保險公司（如適用）。

**是否有人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），如「是」，請以正楷填寫需支付這些費用的人的姓名。

**是否有人需支付與就業有關的其他費用？，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」，請以正楷填寫您和他們的姓名。

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，及您和他們上次就業的地點。

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。

開始罷工的時間：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。

描述是如何限制的：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，請解釋如何限制。

您能否今天就接受一份工作？，及如不能，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？

## 申請表第 12 頁

### 第 18 部份：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(GED)或 Test Assessing Secondary Completion

(TASC™)，或更高教育水準？，及姓名、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 Test Assessing Secondary Completion (TASC™)，或更高

教育水準。如「是」，請以正楷填寫此人的姓名、獲得的學歷，及獲得學歷的日期。

針對您本人及申請或領用援助的任何同住人，完成下列問題：

**正在或曾經參加任何培訓計畫？，及姓名、地點、計畫、參加的日期、完成的日期：**勾選(  )「是」或「否」，指出您或申請或領用援助的任何同住人是否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？，及姓名、地點：**勾選(  )「是」或「否」，指出您或申請或領用援助的任何同住人是否年滿 16 歲並正在讀高中或大學，如「是」，請以正楷填寫此人的姓名及其學校和大學的名稱。

**未滿 16 歲並正在讀書？，及姓名、學校：**勾選(  )「是」或「否」，指出您或申請或領用援助的任何同住人是否未滿 16 歲並正在讀書，如「是」，請以正楷填寫這些人的姓名及其學校的名稱。

## 申請表第 13 頁

### 第 19 部份：資源資訊

如除寄養和/或兒童看護援助之外，您僅申請服務，則無須填寫此部份。

如您僅申請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申請人是否有：**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申請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（即屬於兩個或更多人的資源，如共同銀行帳戶）。申請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申請人給予支援，如配偶，或者如您未滿 21 歲，則包括與您或任何申請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申請人的名字，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。

**上述以外的其他資產：**立即告知 SSD 您正在或將會獲得一次性收入，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。參見 LDSS-4148A，「第 1 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。

## 申請表第 14 至 16 頁

### 第 20 部份：醫療資訊

請指出您或任何同住申請人是否，及如是，是誰：

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申請人，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申請人的所有健康和醫院/事故保險。

**在提出本申請前 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幫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資格享有醫療補助，我們或能夠支付這些賬單費用。即便醫生或其他服務提供商不接受醫療補助，我們亦或能夠支付您，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申請人目前懷孕，請於第 14 行上以正楷填寫預產期和預期產子數。

**醫療計畫選擇：**為任何醫療補助申請人填寫此部份。大多數參加醫療補助計畫的人都被要求參加一項管理式醫療計畫，除非他們屬於豁免類別。請使用此欄選擇一項醫療計畫。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申請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 SSD。

**名字和姓氏：**請以正楷填寫每位醫療補助申請人的名字和姓氏。

**出生日期：**請以正楷填寫每位醫療補助申請人的出生日期，月、日和年皆為兩位數。

**性別：**請以正楷填寫每位醫療補助申請人的性別，M 代表男性，F 代表女性。

**身份號碼（如有醫療補助卡，則是卡號）：**如任何醫療補助申請人有醫療補助卡，請以正楷在這裡填寫醫療補助卡身份號。

**社會保障號：**請以正楷填寫每位醫療補助申請人的社會保障號。孕婦可填可不填。

**主要保健服務提供商或醫療中心（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申請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）：**如任何醫療補助申請人需要產科/婦科醫師護理和服務，請以正楷填寫申請人想要使用的 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 21 部份：住房資訊

如除寄養和/或托兒補助之外，您僅申請服務，則無須填寫此部份。

**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。

**您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」，指出您或任何同住申請人是否有任何這些開銷。

## 第 22 部份：其他費用

**請指出您任何同住申請人是否，及如是，請指明金額：**從第 1 行至第 6 行，勾選(  )「是」或「否」，指出您或任何同住申請人是否支付所列的任何開銷，或需支付任何未列出的開銷。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）。

**您或任何同住申請人是否拖欠至少四個月的對 21 歲以下子女的撫養費：**勾選(  )「是」或「否」，指出您或任何同住申請人是否拖欠四個月或更長時間的子女撫養費。



# 申請表第 17 頁

## 第 23 部份：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」，指出您或任何申請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？：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供養？，及受供養人姓名：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」，請以正楷填寫受供養人的姓名。

您或任何同住人目前是否正在獲得援助或服務？；如是，是誰；及援助類型：勾選(  )「是」或「否」，指出您或任何同住人是否正在領用公共援助、醫療補助、輔助營養援助計畫（SNAP；舊稱「糧食券」）福利、托兒補助，或服務。如「是」，請以正楷填寫此人的姓名和獲得的援助類型。

您或任何同住人過去是否曾經獲得過援助或服務？；如是，是誰；及援助類型：勾選(  )「是」或「否」，指出您或與您同住的任何人是否過去曾領用過公共援助、醫療補助、SNAP 福利、托兒補助，或服務。如「是」，請以正楷填寫此人的姓名和獲得的援助類型。

其他資訊（續）：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，請諮詢 SSD。請注意，紐約州法律會對透過隱瞞事實或說謊話來騙取公共援助、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」方格或「本人未曾」方格，指出您或任何申請人是否曾出售、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說謊話來騙取公共援助、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。。

## 申請表第 19 至 25 頁

### 須知，轉讓，授權和承諾

閱讀此部份中的**所有資訊**或讓別人讀給你聽。此部份中包含許多重要資訊，包括與領用援助相關的您的權利與責任，以及若您未履行此部份中的責任時或會遭致的處罰（如罰款和/或監禁）。透過簽字並提交申請表，即表示您瞭解並同意此部份中的說明。

**輔助營養援助計畫授權代表：**如您想要其他人代您申請輔助營養援助計畫(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/或使用它們來為您購買食品，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」。授權代表必須在申請表末尾的簽字欄中簽上名字和日期。如果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申請表上簽上姓名和日期，除非您的家庭透過其他方式書面指定授權代表這樣做。

**公開醫療資訊：**依據法律允許，如您不同意公開您和/或家庭成員申請人的特定醫療資訊，請勾選(  )「不公開 HIV/AIDS 資訊」、「不公開心理健康資訊」和/或「不公開吸毒和酗酒資訊」。

**簽名部份：**仔細閱讀此部份或讓別人讀給你聽。紐約州法律會對透過隱瞞事實或說謊話來騙取公共援助、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。透過簽字並提交申請表，即表示您瞭解並同意此部份中的說明，且表示您於此申請表中提供的所有資訊或將於未來提供給 SSD 的所有資訊皆依照您所知完整且正確。

**申請人簽名和簽名日期：**簽上您的姓名並以正楷填寫簽署此申請表的日期，除非您已就該申請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，因此授權代表可在申請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申請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 授權代表這樣做。如您代其他人填妥了申請表，請簽上您的姓名，而非您代為申請的人的姓名，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：**如您已婚並申請公共援助、醫療補助、托兒補助或服務，則您的配偶必須在申請表上簽上名字和日期。如您已婚並僅申請輔助營養援助計畫福利，則僅須夫妻中的一方在申請表上簽上名字和日期。如您有保護代表，此人必須在申請表上簽上名字和日期。

**授權代表簽名：**如您已就此申請指定了 SNAP 授權代表，此人必須在申請表上簽上名字和日期。

**我同意撤銷以下申請：**如您想要提交申請表，請勿勾選任何這些方格或在此部份簽名字或日期。僅當您想要對一項或多項計畫撤銷申請時，在此部份標註。要撤銷計畫申請，請勾選( )計畫旁邊的方格，然後在提示的地方簽上名字和日期。僅會撤銷您勾選的計畫的申請。

**選民登記表：**此申請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的福利和/或服務申請，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，請諮詢 **SSD**。

<b>索要資訊的目的性 證明文件要求</b>			<b>資格要素</b>	<b>要證明該要素，請提供下列 其中一項：</b>
<p>下列資格要素和證明文件要求僅用於資訊目的。<b>SSD</b> 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 <b>SSD</b>。</p>			<p><input type="checkbox"/> <b>社會保障號</b> (對於公共援助、SNAP 福利和<b>僅</b>醫療補助，您<b>無須</b>提供社會保障號 (SSN) 的證明，除非您提供的 SSN 與 SSA 的記錄不相符，或無法經機構驗證。)</p>	<p>社會保障卡 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，則無需社會保障號。</p>
<b>資格要素</b>	<b>要證明該要素，請提供：</b>  <input checked="" type="checkbox"/> <b>下列其中一項</b> <b>或</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>下列其中兩項</b>  (如您 <b>僅</b> 申請 SNAP 福利或醫療補助，則 <b>僅</b> 需為每個選中的資格要素提供一個項目。)	<p><input type="checkbox"/> <b>公民或目前非公民身份</b>-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。</p>	<p>出生證 洗禮證 醫院記錄 美國護照 兵役記錄 歸化證明 USCIS 文件 自 1972 年 1 月 1 日之前持續居住於美國的證據。</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>身份</b> 您必須證明您的身份。</p>	帶相片的身份證 駕照 美國護照 歸化證明 醫院/醫生的記錄 收養文件	其他人出具的聲明 經驗證的社會保障號 出生/洗禮證	<p><input type="checkbox"/> <b>工作收入</b> <input type="checkbox"/> 來自僱主</p>	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
<p><input type="checkbox"/> <b>婚姻狀況</b> 您必須證明您的結婚、離異、分居或喪偶狀態。</p>	結婚/死亡證書 分居協定 離異判令 社會保障記錄 VA 記錄	牧師出具的聲明 人口普查記錄 新聞通告 其他人出具的聲明	<p><input type="checkbox"/> 來自自僱</p>	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
<p><input type="checkbox"/> <b>住所</b> 您必須證明居住地。</p>	房東出具的聲明 目前的租金收據或租約 按揭記錄	其他人出具的聲明 目前的郵件 學校記錄	<p><input type="checkbox"/> 來自出租或提供住宿/膳食的收入</p>	房客、寄宿者、租戶的證明 所得稅記錄
<p><input type="checkbox"/> <b>家庭結構/人口</b> 您必須證明誰與您同住。</p>	非親屬房東出具的聲明 學校記錄	其他人出具的聲明		
<p><input type="checkbox"/> <b>年齡</b> 您必須提供每個申請援助人士年齡的證明。</p>	出生證 洗禮證 醫院記錄 收養記錄 歸化證明 駕照	保險單 人口普查記錄 學校記錄 其他人出具的聲明 醫師證明 來自 SSA 的官方信函	<p><input type="checkbox"/> <b>非工作收入</b> <input type="checkbox"/> 子女撫養費</p>	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 目前的獲款證書 目前的福利支票
<p><input type="checkbox"/> <b>非同住家長</b> 如您家中任何子女的家長未與您一同居住，必須加以證明。</p>	死亡證明書 遺屬福利 醫院記錄 VA 或從軍記錄 離婚文件 再婚證明	新聞通告 保險公司記錄 機構記錄 機構個案記錄和殯葬付款檔案 其他人出具的聲明	<p><input type="checkbox"/> 失業保險福利金 (UIB)</p> <p><input type="checkbox"/> 社會保障福利金 (包括 SSI)</p> <p>退伍軍人福利金</p>	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 的官方信函 目前的獲款證書 目前的福利支票 來自 VA 的官方信函
<p><input type="checkbox"/> <b>非同住家長資訊</b> 您必須提供您擁有的任何資訊：姓名、地址、社會保險號、出生日期、就業。</p>	付款存根 納稅單 社會保障或 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：	資格要素	要證明該要素，請提供下列其中一項：
<input type="checkbox"/> 非勞動收入（續） <input type="checkbox"/> 勞工補償 <input type="checkbox"/> 教育補助金和貸款 <input type="checkbox"/> 利息/股息/版稅 <input type="checkbox"/> 私人養老金/年金 <input type="checkbox"/> 其他 _____ _____ _____	授予函 支票存根 學校出具的聲明 銀行出具的聲明 授予函 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	<input type="checkbox"/> 其他 _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 住房費用 您必須證明您居所所花費的費用（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。 <input type="checkbox"/> 醫療費用	_____ _____ _____ _____ 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 醫療費用副本（已付和未付）
<input type="checkbox"/> 資源 <input type="checkbox"/> 銀行賬戶：支票、儲蓄、退休金（IRA 和 Keogh） <input type="checkbox"/> 股票、債券、憑證 <input type="checkbox"/> 壽險 <input type="checkbox"/> 殯葬信託或基金、墓地或葬禮協定 <input type="checkbox"/> 所得稅退稅或勞動所得稅收優惠(EITC) <input type="checkbox"/> 除住宅外的不動產 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 一次性款項	家庭出具的聲明 療養院出具的聲明 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 地契 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 殘障/喪失勞動能力/懷孕 如您或與您居住的人生病或懷孕，您必須提供證明。 <input type="checkbox"/> 未付的賬單 租房、公用事業 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 戒毒/戒酒治療計畫 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 其他費用/受贍養者看護費用 如您支付法定的撫養費、托兒費、定期貸款、家政人員或家庭健康助理服務費，必須提供證明。 <input type="checkbox"/> 在學校就讀 您必須證明誰在學校就讀。 <input type="checkbox"/> 其他：	保險單 保險卡 治療提供商出具的聲明 醫療保險卡 驗證懷孕和預產期的醫療專業人士出具的聲明 醫療專業人士出具的聲明 針對殘障或失明人士之 SSA 或 SSI 福利的證明 顯示所欠金額、服務期和提供商的每個賬單的複本 治療提供商出具的聲明 就業服務部出具的聲明 法院令 日托中心或其他托兒服務提供商出具的聲明 家政人員或助理出具的聲明 取消的支票或收據 學校記錄（目前的成績單） 學校或高等教育機構出具的聲明