

WISCONSIN FOODSHARE
申请表
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

说明

请提供个人姓名、地址以及签名，以设置您的福利开始日期。即“设置您的提交日期”。

您可以选择仅提交本页中包含的信息（姓名、地址、签名），或填写完整的申请表。

如果您想要尽快享受福利，请填写 FoodShare 优先计划”部分，并将填妥后的表格与第一页合并提交。这样您就可以在提交申请后的七日内领取食品福利。

对于您的所有申请，您都需要通过电话或亲自前往您的代理机构完成访谈。通过填写完整的申请表，您完成访谈以及认证流程所需的时间将大大减少。

您有权随时提交申请表。我们将尽快处理您的申请，在收到您的申请之日起 30 天内完成审批。

即使您的 FoodShare 福利在过去 30 天内终止了，您也有资格重新享受 FoodShare 福利。请联系您的代理机构，以便在不填写新表格的情况下重新享受 FoodShare 福利。

您可以在线申请或通过电话申请！请致电您当地的代理机构，或访问 access.wi.gov 进行在线申请。如果您选择在线申请，您可以同时填写 FoodShare 和医疗保健服务申请表。

姓名 – 申请人（姓、中间名、名）

街道地址

市

州

邮政编码

签名 – 申请人或授权代表

签名日期（年/月/日）

通过邮寄或传真提交申请表

如果您住在 Milwaukee 县：

MDPU
6055 North 64th Street
Milwaukee, WI 53218

或传真至：888-409-1979

如果您不住在 Milwaukee 县：

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

或传真至：855-293-1822

如果您是残障人士，需要其他形式或其他语言的申请表，请联系您的代理机构。如需获取您的代理机构的联系电话，请浏览 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm，或致电会员服务处 800-362-3002。我们免费提供翻译和电传服务。

您可以请授权代表为您填写并签署该表格。如需任命授权代表，请填写《授权代表任命、变更或罢免函：个人表格 F10126A》或《授权代表任命、变更或罢免函：组织表格 F10126B》。如需获取上述表格，请致电 800-362-3002，或访问 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm。

选填：FOODSHARE 优先计划

如果您想要尽快获取帮助，您可以申请 FoodShare 优先计划，以便在设置提交日期之日起的七日内领取福利。填写本页中的信息，并将此表格与第一页或申请表的剩余部分合并提交，以确定您是否具备相应资格。

如果您的情况符合以下任意一项，则您具备优先领取福利的资格：

- 您的家庭可用现金或银行存款等于或低于 \$100，且本月收入低于 \$150。
- 您的家庭房租、房贷或水电费用超出您的本月总收入（可用现金或银行存款）。
- 您的家人中是否有收入的迁徙性或季节性农场工人。

姓名 – 申请人（姓、中间名、名）

街道地址

市

州

邮政编码

如需获取快速服务，请回答下列问题。

您的家庭本月预期总收入（扣除税款和其他款项前）为？	\$
您的家庭的总可支配资产包括（例如现金、活期存款账户或储蓄存款账户款项，或一次性款项）？	\$
您的家庭本月需支付的住房费用（如租金或房贷）总额为？	\$
您的家庭本月是否领取了 Wisconsin FoodShare 福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的家庭本月是否领取了其他州的 Supplemental Nutrition Assistance Program（补充营养协助计划）（SNAP、食品券和电子福利转账）福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您现在是否居住在家庭暴力受害者庇护场所内？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的任何家庭成员是否为近来丧失收入的迁徙性或季节性农场工人，且哪位家庭成员在未来 10 天内的收入不超过 \$25？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果您的家庭需要支付公用事业费，请回答以下问题。

如果您需要支付租金，您的租金中是否有包含供暖费？ 是 否

勾选您的家庭需要支付的所有公用事业费，以及相应的公用事业项目是否用于为您的房屋供暖。

您是否支付了以下公用事业费？	用于供暖	您是否支付了以下公用事业费？	用于供暖？
<input type="checkbox"/> 燃气（天然气）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 燃油/煤油	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 电力	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 煤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 液化丙烷气	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 木材	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

勾选您的家庭需要支付的所有公用事业费。

电话费 水费 排污费 垃圾清运费 空调附加费 其他

选填：完整申请表

第 1 部分 – 联系信息

请告诉我们，我们如何联系您。所有电话号码均应包含区号。

电话号码	电话类型 <input type="checkbox"/> 家用电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 办公电话	
其他电话号码	这是谁的电话号码？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家庭成员 <input type="checkbox"/> 其他人	该人的姓名？

电子邮箱地址

您希望通过哪种渠道收取信函？ 邮政邮件 电子邮件 – ACCESS

您是否使用不同于您居住地址的单独邮寄地址？

是 否

如果答案为“是”，请附上您接收邮件的地址。

街道地址

市	州	邮政编码
---	---	------

您现在是流浪人士吗？*

是 否

*流浪人士是指您没有长期可过夜的地方。这包括住在收容所、住在朋友或亲戚家或无处居住的情况。

如果您是流浪人士，则您无需填写居住地址。如果您现在是流浪人士，没有邮寄地址，您的邮件会寄到您当地的代理机构。

与您联系的最佳方式和时间？

第 2 部分 – 申请人信息

如果您代其他人填写本申请表，请根据此人的情况回答剩余问题。

根据法律规定，领取福利需要提供 Social Security Number (社会安全号) (如果有)。我们将使用该号码帮助确定您领取福利的资格和福利额度。如果您没有 Social Security Number (社会安全号)，可以在此网站申请：

www.ssa.gov/number-card。

注意：如果您不想回答种族和人种问题，则不必回答。我们问这些问题是为了帮助改善我们的计划，确保这些计划不会造成种族或人种歧视问题。我们不会根据您的答案来决定您参加计划的资格和福利额度。

Social Security Number (社会安全号)	出生日期 (年/月/日)
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异

美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 (选填) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 我不想回答
人种 (选填) 勾选所有适用项 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 我不想回答	
您家里说的主要语言	您希望我们使用哪种语言来发送 FoodShare 的信函?

第 3 部分 – 家庭信息

请代与您同住的人员填写本部分的内容。如需更多空间, 请使用空白纸张, 并将其与申请表合并提交。

根据法律规定, 领取公共福利需要提供 Social Security Number (社会安全号, SSN)。我们将使用该号码帮助确定您领取福利的资格和福利额度。如果您不知道与您同住人员的 SSN, 或者他们没有 SSN, 您仍需要填写此部分的信息。

注意: 如果您不想回答种族和人种问题, 则不必回答。我们问这些问题是为了帮助改善我们的计划, 确保这些计划不会造成种族或人种歧视问题。我们不会根据您的答案来决定您参加计划的资格和福利额度。

人员 1 (申请人)

姓名 (姓、中间名首字母、名)	该人员是否需要 FoodShare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (年/月/日)	Social Security Number (社会安全号)	
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异	
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 (选填) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 我不想回答	
人种 (选填) 勾选所有适用项 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 我不想回答		
与申请人的关系	您是否和此人一起购买食物并在大部分情况下一同用餐? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否为此人提供照料? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

人员 2

姓名 (姓、中间名首字母、名)	该人员是否需要 FoodShare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (年/月/日)	Social Security Number (社会安全号)	
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异	

美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 (选填) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 我不想回答	
人种 (选填) 勾选所有适用项: <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 我不想回答		
与申请人的关系	您是否和此人一起购买食物并在大部分情况下一同用餐? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否为此人提供照料? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

人员 3

姓名 (姓、中间名首字母、名)	该人员是否需要 FoodShare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (年/月/日)	Social Security Number (社会安全号)	
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异	
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 (选填) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 我不想回答	
人种 (选填) 勾选所有适用项: <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 我不想回答		
与申请人的关系	您是否和此人一起购买食物并在大部分情况下一同用餐? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否为此人提供照料? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

人员 4

姓名 (姓、中间名首字母、名)	该人员是否需要 FoodShare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (年/月/日)	Social Security Number (社会安全号)	
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异	
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	种族 (选填) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 我不想回答	
人种 (选填) 勾选所有适用项: <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 我不清楚 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 我不想回答		
与申请人的关系	您是否和此人一起购买食物并在大部分情况下一同用餐? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否为此人提供照料? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 4 部分 – 学生信息

如需更多空间，请另外使用一张纸填写。

您家中是否有 18–49 岁的人员正在高等教育学校就读（例如技术学院或大学）？

是 否 如果答案为“否”，请转至第 5 部分。

他们是否参加了常规课程以外的课程？

常规课程以外的特殊课程可能包括矫正教育、继续教育或社区教育、职业发展、以英语为第二语言或外语课程 (ESOL/ESL) 以及劳动力发展。

是 否 如果答案为“否”，请转至第 5 部分。

学校名称

该学生为：

短期留校学生 半日制学生
 全日制学生 其他

就读于高等教育学校的学生姓名（姓、中间名首字母、名）

该学生是否因暂时性或永久性的残疾而无法工作？

是 否

该学生参加了 Wisconsin Works（威斯康辛州就业计划，W-2）或其他根据 Social Security Act（《社会保障法》）第四章提供的 TANF 资助计划。

是 否

该学生每周是否至少工作 20 个小时？

是 否

该学生是否进行了自主创业？

是 否

该学生是否在参加由联邦政府或州政府资助的勤工俭学计划？

是 否

该学生是否参加了带薪在职培训计划？

是 否

该学生是否在照顾 6 岁以下的孩子？

是 否

该学生是否在照顾 6-12 岁的孩子，并且无法获得足够的托儿服务？

是 否

该学生是否为单亲父母，需要照顾 12 岁以下的孩子，并且为全日制学生？

是 否

该学生是否因 Workforce Innovation and Opportunity Act（《劳动力创新与机遇法案》，WIOA）、Trade Act of 1974（《1974 年贸易法》，TAA）、W-2 计划、FoodShare Employment and Training（食物分享就业与培训，FSET）计划或其他就业和培训计划的安置而上学？

是 否

第 5 部分 – 其他家庭信息

您家中是否有人被 Social Security Administration（社会保障管理局）、Veterans Administration（退伍军人管理局）或 Railroad Retirement Board（铁路退休委员会）认定为完全残疾？

是 否

残疾人员的姓名（姓氏、中间名首字母、名）

确定残疾的日期 (mm/dd/yyyy)

您家中是否有人因疾病或受伤（精神或身体）而无法工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
无法工作的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）	确定家庭成员无法工作的日期 (mm/dd/yyyy)	
您家里有人怀孕了吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
怀孕的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
您家里是否有人年龄在 18–24 岁之间，在年满 18 岁时接受寄养、补贴监护或法院命令的亲属照顾？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
年满 18 岁时接受寄养、补贴监护或法院命令的亲属照顾的 18–24 岁人士姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
您家里有人是因任何原因退伍的美国退伍军人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
退伍军人姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
您家中是否有人定期参加药物滥用障碍计划（这包括嗜酒互戒协会或麻醉品互戒协会计划）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
参与治疗的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
您家中是否有人是 6 岁以下儿童或其他生活无法自理的人（住在家里或外面）的主要看护人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
提供护理的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
您家里有人参加工作计划吗？例如，失业工人计划、Wisconsin Works (W-2), 或部落 TANF？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
参与工作计划的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）		
在最近五年内，您家中是否有人被判犯有与毒品相关的重罪？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	被判犯有与毒品相关重罪的人员姓名（姓氏、中间名首字母、名）	定罪日期 (mm/dd/yyyy)
您家中是否有任何人逃离重罪或违反缓刑或假释规定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	逃离重罪或违反缓刑或假释规定的人员姓名（姓氏、中间名首字母、名）	

第 6 部分 – 资产

只有在您申请紧急救济金时，或者您的家庭中有老人、盲人或残疾人时，您才需要填写资产信息。

列出申请人拥有的所有资产。包括与他人共同拥有的资产。可用资产是指能够随时变现的资产。

列出的资产应包括现金、支票或储蓄账户、借记卡、存款单 (CD)、信托基金、股票、债券（不用于教育或丧葬费用）、年金利息、美国储蓄债券、财产协议、契约、分时度假、出租房屋、生活财产、或为了进行投资而持有的个人财产等项目。不包括个人家庭财产的价值。

资产类型	拥有人姓名	当前价值	描述（例如银行或金融机构的名称，包括上述其他类型的资产）
现金		\$	

支票账户		\$	
储蓄账户		\$	
其他类型的资产		\$	
其他类型的资产		\$	
其他类型的资产		\$	

第 7 部分 – 就业/工作收入和工资

是否具备参加 FoodShare 的资格取决于整个家庭的总收入（税前或扣除前）。自雇人士请填写第 9 部分的内容。如需更多空间，请另外使用一张纸填写。

是否有家庭成员在工作？

是 否

如果答案为“是”，请就每位有工作的家庭成员回答以下问题。

是否有外来务工人员？

是 否

人员 1

在职中的家庭成员姓氏名（姓氏、中间名首字母、名）

开始工作的日期（年/月/日）

雇主名称

雇主地址

该人员多久领取一次薪水（从下方的选项中选择）？

每周一次 每两周一次（隔周领取） 每月一次 半月一次（每月两次）

其他，请详细说明：

每份薪水对应的工时？

每份薪水的总收入（税前或扣除前）

\$

该人员是否按小时计薪酬？

是 否 如果答案为“是”，该人员的时薪是多少？ \$

该人员是否有工资？

是 否 如果答案为“是”，该人员的工资是多少？ \$

除了小时工资或薪水，该人员是否还能获得小费或报酬？

是 否 如果答案为“是”，该人员在每个工资周期领取的工资是多少？ \$

人员 2

在职中的家庭成员姓氏名（姓氏、中间名首字母、名）

开始工作的日期（年/月/日）

雇主名称

雇主地址

该人员多久领取一次薪水（从下方的选项中选择）？

- 每周一次 每两周一次（隔周领取） 每月一次 半月一次（每月两次）
 其他

每份薪水对应的工时？

每份薪水的总收入（税前或扣除前）

\$

该人员是否按小时计薪酬？

- 是 否 如果答案为“是”，该人员的时薪是多少？ \$

该人员是否有工资？

- 是 否 如果答案为“是”，该人员的工资是多少？ \$

除了小时工资或薪水，该人员是否还能获得小费或报酬？

- 是 否 如果答案为“是”，该人员在每个工资周期领取的工资是多少？ \$

第 8 部分 – 失业

您家中是否有任何人最近失业？

- 是 否 如果答案为“是”，请填写第 8 部分的剩余部分。

失业人员的姓名（姓、中间名首字母、名）

失业日期（年/月/日）

雇主的名称及地址

失业原因

- 辞职 解聘 裁员
 其他： _____

该人员是否申请了失业保险金？

- 是 否 如果答案为“是”，该人员是在何时申请的失业保险金（年/月/日）？

第 9 部分 – 自营收入

请告诉我们您和/或您的家庭成员的自营职业收入。包括无需报税的收入。自营的例子包括拥有一家企业、租赁物业或可换取金钱的任何商品或服务。如需更多空间，或者有多人自营就业，请另外使用一张纸填写。

您家里是否有人自营就业？

- 是 否 如果答案为“是”，请填写第 9 部分的剩余部分。

从事自由职业的家庭成员姓名（姓氏、中间名首字母、名）

商业机构的名称

经营地址

商业机构的所有权类型

- 合伙企业 S 型公司 独资企业 公司 其他 我不清楚

业务类型（农场、家庭日托等）

经营开始日期

商业机构是否报税？ 是 否

如果答案为“是”，该商业机构上次报税是在哪个纳税年度？

自上次报税后，该商业机构的收支是否发生了重大变化？

是 否 我不清楚

该商业机构平均每个月的总收入是多少？请向我们提供扣除成本前的收入信息。 \$

该商业机构平均每个月的总成本是多少？

\$

该人平均每月为该商业机构工作多少个小时？

第 10 部分 – 实物或义工收入，其他收入

请告诉我们您家中的任何人进行的实物工作（通过工作获取商品、服务或食物）或义务工作。如需更多空间，请另外使用一张纸填写。

为了换取工作或服务，而提供商品、服务或食物的个人或组织的姓名/名称

街道地址		电话号码
市	州	邮政编码

用什么来交换商品、服务或食物？

每月工作多少个小时？	开始日期
------------	------

人员或组织的姓名/名称

街道地址		电话号码
市	州	邮政编码

您每月义务工作多少个小时？

开始日期

第 11 部分 – 其它收入

如需更多空间，请另外使用一张纸填写。

您家中是否有任何人有其他收入？

是 否 如果答案为“是”，请就每种收入类型填写以下部分。

收入类型	您是否获得了此项收入？	获得此项收入的人员姓名	每月总收入金额（税前或扣除前）
Social Security（社会保障金）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
Supplemental Security Income（附加保障收入，SSI）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$

赡养费/抚养费	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
工人/失业补偿金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
伤残/病假工资	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
利息/股息	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
退伍军人福利	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
寄养费	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
亲属护理费	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$
其他: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$

第 12 部分 – 费用

被抚养人: 您家中是否有人支付抚养费或赡养费, 以便他们能够工作、找工作、上学或接受培训?

是 否

支付儿童或成人护理费用的人姓名 (姓氏、中间名首字母、名)	谁为提供该儿童或成人护理而付费? (姓氏、中间名首字母、名)	被照顾的儿童或成人的姓名 (姓氏、中间名首字母、名)
金额 \$	多久支付一次 (从下方的选项中选择) ? <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 (隔周支付) <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 半月一次 (每月两次) <input type="checkbox"/> 其他, 请说明:	

抚养费: 您家中是否有人遵循法院命令支付抚养费?

是 否

支付子女抚养费的人姓名 (姓氏、中间名首字母、名)	接收费用的姓名 (姓氏、中间名首字母、名)	接受抚养费的孩子姓名 (姓氏、中间名首字母、名)
金额 \$	多久支付一次 (从下方的选项中选择) ? <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 (隔周支付) <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 半月一次 (每月两次) <input type="checkbox"/> 其他, 请说明:	

医疗费: 家庭成员中是否有老人、盲人或被确定为残疾的人需要自付医疗费用? 相关示例请查看《医疗费用扣减及其对 FoodShare 福利的影响》宣传册, 或前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b 查看 **P-03315B**。

是 否

有医疗费的家庭成员姓名 (姓氏、中间名首字母、名)	所支付的医疗费用属于哪种类型?	金额
	<input type="checkbox"/> 医药处方	\$
	<input type="checkbox"/> 医疗费用账单	\$
	<input type="checkbox"/> 共付额	\$
	<input type="checkbox"/> 保险费	\$
	<input type="checkbox"/> 其他	\$
	<input type="checkbox"/> 其他	\$

多久支付一次（从下方的选项中选择）？

- 每周一次 每两周一次（隔周支付） 每月一次 半月一次（每月两次）
 其他，请说明：

住房费用：家庭中是否有任何人有住房费用（房租、抵押、财产税等）？

- 是 否

有住房花费的家庭成员名字（姓氏、中间名首字母、名）

每月费用
\$

为何产生费用？

- 房租/公寓租金 房贷 房产税 房屋保险
 流动性房屋贷款 人行道或街道修缮等事项特别税捐或税款

公用事业费：

您家中是否有任何人支付公用事业费？

- 是 否

如果您需要支付租金，租金中是否包含了供暖费？

- 是 否

勾选您的家庭需要支付的所有公用事业费，以及相应的公用事业项目是否用于为您的房屋供暖。

您是否支付了以下公用事业费？

用于供暖？

燃气（天然气）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电力	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
液化丙烷气	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
燃油/煤油	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
煤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
木材	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

勾选您的家庭需要支付的公用事业费。

- 电话费 水费 排污费 垃圾清运费 空调附加费 其他：_____

您是否有获得住房援助（第 8 部分或其他补贴的公共住房）？

- 是 否

您是否有领取能源补助（其他州的 WHEAP、LIHEAP、房屋节能改造或其他能源补助）？

- 是 否

WISCONSIN FOODSHARE 重要信息

本申请表为 FoodShare 计划的申请表，不可用于 Medicaid、BadgerCare Plus、Family Planning Only Services、Wisconsin Shares（儿童保育援助）或 Wisconsin Works（威斯康辛州就业计划，W-2）计划的申请。这些计划能够为您提供医疗保健或儿童护理费用方面的帮助，或者帮助您找到工作。您可以在申请 FoodShare 计划的同时，在 access.wi.gov 网站上在线申请 BadgerCare Plus、Family Planning Only Services、Medicaid 和 Wisconsin Shares 计划。如需申请 W-2 计划，您必须联系您的代理机构。

FoodShare 是一项政府津贴，旨在每月为低收入人群及难以支付食物费用的人群提供帮助，以便他们维持生活。您无需申请 W-2 或其他计划，即可领取 FoodShare 福利。一个家庭中的成员通常会共同生活和分享食物。每个家庭获得的 FoodShare 福利金额取决于该家庭的规模、支出和收入。FoodShare 福利将发放到 Wisconsin QUEST 卡上。该卡的使用方式与借记卡一样，可用于接受 FoodShare 的杂货店、在线零售商或农贸市场。

报告要求

如果您的家庭月总收入超过了 federal poverty level (联邦贫困线) 的 130%，您需要报告。

您需要在预扣税款或其他金额之前报告在单场游戏、投注或彩票中获得的任何大额彩票或赌博奖金。

您或您的家庭成员可能需要在认证期内的某个时间点满足 FoodShare 工作要求，才能继续获得 FoodShare 福利。为了满足工作要求，您每月必须工作或参与工作计划至少 80 小时。如果您每月的工作时间低于 80 小时，您必须报告这一情况。

参加 FOODSHARE 计划后，您将拥有以下权利和责任。

您的权利包括：

- 在提交申请后的 30 天内获取申请状态通知的权利。
- 在 7 天内领取福利的权利（如您符合参加优先计划的资格）。
- 不因身为老年人或因种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰而受到歧视，或因此前参与民权活动而遭受报复性歧视的权利。

您的责任包括：

- 如实完整回答本申请表上所有问题，并签上您的姓名，以证明您的所有回答均真实无误，并遵守伪证罪规定。这包括有关申请福利成员的公民身份和移民身份的信息。
- 提供确定资格所需的所有信息的证明。
- 在信函规定时间内上报所需修改。
- 不出售、交易或赠送福利。
- 仅使用 FoodShare 福利购买符合条件的物品。

如果违反 FoodShare 规则，您可能被取消参与计划的资格，面临罚款或监禁，或者被处以上述全部三项处罚。

如需了解有关您的权利和责任的更多信息，请访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b。

书面通知

您有权在您的 FoodShare 福利终止或削减操作之前，收到您的代理机构的书面通知。对于多数操作，您至少将于操作实行前 10 天收到通知信函。

公平听证会

如果您不同意代理机构的任何操作，则有权请求召开公平听证会。您可致电 608-266-7709 要求口头召开公平听证会。

您也可以通过传真方式将公平听证会请求表或信函发送至 608-264-9885，或通过邮寄方式发送至以下地址：

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

您的公平听证会请求表必须在您的代理机构提出的 FoodShare 福利生效日期前 90 天内送达，或者，如您不同意您的 FoodShare 福利金额，亦可在领取福利的期间随时请求公平听证会。

如需公平听证会申请表，可登录 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm 下载，亦可拨打信函中列出的代理机构联系电话并要求听证会。

在大多数情况下，如果 Division of Hearings and Appeals（听证和申诉部）于操作生效日期之前收到了您的公平听证会请求，则您的 FoodShare 福利将不会终止或遭到削减。在您的申诉得到裁决前，您可以要求继续享受您的福利。在此期间，如果出现其他不相关的变更，您的 FoodShare 福利可能发生变化。如果出现其他变更，您将收到一封新信函。如果您对公平听证会的决定不满意，您可以提出上诉并要求第二次公平听证会。如果公平听证会决定终止或减少您的福利，您可能必须退还您在上诉待决期间获得的任何福利。您可要求不领取连续福利。

您可以代表自己或由律师、朋友或您选择的任何其他人代为出席听证会或会议。我们不承担您的律师费用。但是，如您符合条件，则可享受提供免费的法律服务。如需了解有关免费法律援助的详细信息，请致电 888-278-0633。

如果您或您的代表人在没有正当理由的前提下缺席听证会，则您的申诉将被视为放弃并遭驳回。

法定监护人、保护人或授权书

如果您有法定监护人、保护人或授权书，则相关人员可以代表您填写并提交本表格。除了提交本表格外，相关人员还将需要一同提交其委托文件。

收集信息/使用 SOCIAL SECURITY NUMBER（社会安全号）/个人身份信息

根据经修订的 Food and Nutrition Act of 2008（《2008 年美国食品和营养法》）中 7 U.S.C. 2011-2036 规定，批准收集此类信息，其中包括每名家庭成员的 Social Security number（社会安全号）。相关信息将用于确定您的家庭是否符合参加或继续参加 SNAP 的资格。

相关信息将用于确定您的家庭是否能够获取或继续获取福利。

您所提供的信息将通过计算机配对程序进行核实。相关信息还将用于监管计划法规的遵守情况并进行计划管理。

可能向其他联邦和州机构透露相关信息，以便进行官方审查，并可向执法人员进行透露，以便逮捕违法人员。

如果您的家庭提出领取 SNAP 的要求，则本申请表上的信息（包括所有 Social Security number（社会安全号））可能上交至联邦和州机构以及私人福利领取机构，以便进行福利领取操作。

自愿提供所要求的信息，包括每名家庭成员的 Social Security number（社会安全号）。但是，如未能提供 Social Security number（社会安全号），则每名无合理理由而未提供 Social Security number（社会安全号）的人员均无法获取 SNAP 福利。所提供的任何 Social Security number（社会安全号）与合格家庭成员的 Social Security number（社会安全号）的使用和透露方式一样。

我们不会与 United States Citizenship and Immigration Services（美国公民及移民服务局，USCIS）分享您的 Social Security number（社会安全号）。

FoodShare 福利不属于“公共负担不予受理”的范围。

移民身份

为了能够参加 FoodShare，您必须为美国公民或拥有 USCIS 审批的合格移民身份。所有申请 FoodShare 的个人的移民身份将通过 USCIS 的 SAVE 系统进行核实，并可影响 FoodShare 的参与资格和福利。任何未申请 FoodShare 或表明自己没有 USCIS 合格移民身份的个人，我们都不会向 USCIS 核实其移民身份。但是，相关人员的收入可能会影响 FoodShare 的参与资格或福利。

质量管理审查

Wisconsin Department of Health Services（卫生服务部）可能会随机选择您的 FoodShare 参加情况，进行质量管理审查。FoodShare 质量管理审查旨在对您的 FoodShare 参加情况进行审查，确保为您登记 FoodShare 的代理机构以适当形式为

您发放了福利，并且遵守联邦政府制定的规则。联邦法律规定您必须配合质量管理审查。如您未能提供所需信息且不配合审查，则您的 FoodShare 可能会终止。如发生此种情况，我们将告知您的 FoodShare 暂停时长。

16 至 59 岁个人基本就业规则

所有 16 至 59 岁的 FoodShare 申请人或会员必须遵循基本就业规则，这是取得 FoodShare 参与资格的必要条件，除非他们被豁免此项责任。遵循基本就业规则包括在申请时提供就业状况或可工作时间相关的信息，对就业情况进行登记。

如您满足以下任一条件，即符合基本就业规则豁免条件：

- 您的年龄为 16 岁或 17 岁，且不是 FoodShare 成员组中主要人员。
- 您的年龄为 16 岁或 17 岁，且是 FoodShare 成员组中主要人员，但您有至少一半时间都在学校就读或参加就业和培训计划。
- 我们认定您不适合工作。这适用于下列情况中：
 - 您从政府或私人来源处获取暂时或永久性残疾津贴。
 - 您的代理机构认定您因精神或身体情况而无法工作。
 - 医疗保健专家或社工提供声明，证明您无法工作。
- 您已参加 W-2 计划，并且符合该计划的工作要求。
- 您是负责一名未满 6 岁的儿童的主要看护人（无论该名儿童是否居住在家中）。但是，如您和他人均拥有该名儿童的父母监管权，则只有一方可以作为该名儿童的主要看护人并被豁免工作登记的要求。
- 您是负责另一名无法照顾自己的人员的主要看护人（无论该人员是否居住在家中）。
- 您已申请或正在领取失业救济金。
- 您定期参与酒精或其他药物滥用治疗或康复计划。
- 您每周工作 30 小时或以上，或周薪达到 217.50 美元或以上。
- 您有至少一半时间都在认可学校、培训计划或高等教育机构中学习。

如果您符合上述任何一项豁免条件，则可能需要向您的代理机构提供证明。尽管您需要遵守基本就业规则，但是否参加工作计划纯属自愿。

基本就业规则处罚

如果您不遵守基本就业规则要求且不满足豁免条件，则您在规定的处罚期内将无法获取 FoodShare 福利。这包括您在缺少正当理由的情况下自愿做出下列任一行为：

- 拒绝合适的工作机会
- 辞去每周工时不低于 30 个小时的工作（或根据联邦最低工资标准，所辞工作的收入等于每周工作 30 个小时）
- 将您的每周工时减少至 30 个小时以内（或将您的收入减少至不足联邦最低工资标准的 30 倍）
- 参加 W-2 计划，但不符合 W-2 计划的工作要求
- 申请或领取失业救济金但不符合失业补偿计划工作要求

在处罚期间，如您前往另一个 FoodShare 家庭内居住，则剩余的处罚期限将伴随您转移到该家庭中。处罚期限为：

- 第一次处罚期为一个月。
- 第二次处罚期为三个月。
- 第三次及后续处罚期为六个月。

如您获得工作注册要求的豁免，则可提前结束处罚期。

如您希望在处罚期结束后获取福利，则需重新申请 FoodShare。如您属于 FoodShare 成员组，您将需要您的负责工作人员更新您的情况，而无需重新申请。

FOODSHARE 对 18-54 岁健康成人的工作要求

部分年龄处于 18 至 54 岁之间且无未成年子女同住的成人仅可于 36 个月（三年）内获取三个月的限时 FoodShare 福利，除非他们符合 FoodShare 的工作要求或得到豁免。该项工作要求不同于基本就业规则要求。

您可以通过四种方式满足 FoodShare 有关 ABAWD 的工作要求：

- 每月工时不低于 80 个小时。
- 每月参加允许工作计划且每月时长不低于 80 小时，例如：
 - FoodShare Employment and Training（食物分享计划就业和培训，FSET）。
 - W-2。
 - Workforce Innovation and Opportunity Act（《劳动力创新与机会法案》，WIOA）规定的部分计划。
- 从事实物工作（以货代款）或志愿工作，且每月工时不低于 80 个小时。
- 工作、实物工作、志愿工作或参加允许工作计划的每月总时长达 80 个小时。

如您登记了 FoodShare，则将获取 FSET 计划的相关信息。

如您满足以下任一条件，则可能获得豁免且无需满足该项工作要求：

- 您与属于同一 FoodShare 家庭的 18 岁以下儿童住在一起，即使该儿童没有资格享受 FoodShare 福利。
- 您是生活无法自理的人的主要照顾者（无论该人是否住在您的家中还是家外）。
- 您是 6 岁以下受抚养子女的主要照顾者（无论孩子是否住在您的家中还是家外）。但是，如果您和另一个人都对孩子有家长控制权，则只有其中一人可以作为孩子的主要照顾者而免除 FoodShare 工作要求。
- 您因身体或精神情况而无法工作。
- 您无家可归。这包括处于临时住房状况的人，例如过渡性居住安排和庇护所，或暂时（最多 90 天）住在另一个人的住所的人。
- 您正在怀孕。
- 您正在领取或已经申请失业救济金。
- 您正在参与 alcohol or other drug abuse（酒精或其他药物滥用）(AODA) 治疗或康复计划。
- 您至少在认可的学校或高等教育机构就读半日制。
- 您年满 18 岁或以上，至少有一半时间在读高中。
- 您已注册 W-2 并满足 W-2 要求。
- 您每周工作 30 小时或以上，或周薪达到 217.50 美元或以上。
- 您是一名 18-24 岁的青少年，在年满 18 岁时正在接受寄养、补贴监护或法院命令的亲属照顾。
- 您是一名退伍军人。退伍军人是指在美国武装部队（包括陆军、海军陆战队、海军、空军、太空部队、海岸警卫队、国民警卫队和武装部队预备役部队）服役并在任何情况下退伍或释放的人员。

注意：您可能需要提供豁免证明。

就业中心

您可以使用就业中心。就业中心是威斯康辛州最大的工作机会来源场所。如需浏览就业中心网站，可点击 jobcenterofwisconsin.com，亦可通过您所在当地的就业中心的触控屏计算机。如需了解周边就业中心，请致电 888-258-9966（免费电话）。

计算机核查

您的申请信息需通过州收入和资格验证系统进行核查。如您已参加工作，则您的工作收入和工资将通过计算机与您的雇主上报给 Department of Workforce Development（劳动力发展部）进行核对。我们也将联系 IRS、Social Security Administration（社会保障局）和 Unemployment Insurance Division（失业保险部），以便了解您可能拥有的收入和资产。这些机构的信息可能会影响您的家庭登记情况和/或福利金额。

如果我们发现您提供的任何信息有误，您可能会因故意提供虚假信息而失去 FoodShare 福利和/或遭到刑事起诉。如您提供了虚假信息，则必须归还所有福利。如果您的家庭提出领取 FoodShare 福利的要求，则本申请表上的信息（包括所有 Social Security number（社会安全号））可能上交至联邦和州机构以及私人福利领取机构，以便进行福利领取操作。

FoodShare 处罚警告

任何故意违反下列规定的家庭成员，初次违规则取消 12 个月 FoodShare 福利领取资格，再次违规则取消 24 个月 FoodShare 福利领取资格，而第三次违规则永久取消该项福利的领取资格。

- 提供虚假信息或隐瞒信息以获取或继续获取 FoodShare 福利
- 买卖 FoodShare 福利
- 修改卡信息以获取您无权领取的 FoodShare 福利
- 使用 FoodShare 福利购买除食品以外的物品，例如酒类或香烟
- 使用他人的 FoodShare 福利、身份证或其他文件

根据所滥用的福利金额，您可能最高面临 \$250,000 罚款和/或 20 年监禁。如法院下令，则您无法参与 FoodShare Wisconsin 的时限还可能延长 18 个月。如果您被判定使用 FoodShare 福利贩卖价值 \$500 或以上的食物，则您将永久丧失该福利的领取资格。如发现您为了同时获得多种福利而提供了有关身份或居住地的欺诈性声明或陈述，则您将于 10 年内无法参与 FoodShare Wisconsin。重罪逃犯以及缓刑和假释违规者均不得参加 FoodShare Wisconsin。您还可面临其他适用联邦法律的起诉。

如您交易（买卖）FoodShare 福利，以换取管制药物或违禁毒品，首次发现后将取消您两年的 FoodShare 参与资格，再次发现后将永久取消您的 FoodShare 参与资格。如您交易（买卖）枪支、弹药或炸药，将永久丧失 FoodShare Wisconsin 参与资格。

所需证明

您必须提供验证特定回答的证明，以便确定成功登记 FoodShare。

- 如您前往代理机构进行访谈，请尽可能携带下方列表中的物品。
- 如您接受电话访谈，则您会在访谈结束后收到一份所需证明的清单。

可能会要求您提供以下未列出的文件。如出现此种情况，您的代理机构将向您发送一份核查所需的证明清单。如果您无法取得所需物品，请告知您的代理机构并说明您无法取得的物品，代理机构可以为您提供帮助。

证明文件的示例如下：

身份证明/移民证明

- 驾驶证
- 出生证明
- 护照或美国公民卡
- 移民文件
- 工资条
- 员工编号
- 医院记录

所得收入

- 最近 30 天内收取的所有支票存根
- 雇主签署的声明，其中包括未来 30 天内的总收入和支付日期。
- 雇主收入确认表

自营

- 最近一年的纳税单

其他收入

- (失业保险金、残疾保险金、社会保障金、**Social Security** (退休金)、退伍军人福利金以及军事拨款)
- 赏授信
 - 最后一张支票的复印件

可能要求提供下列物品，以便获取抵扣额：

- 住房费用和公共事业费
- 当前的租金收据，并附有业主姓名和电话号码
- 租赁或房贷文件
- 房地产物业税单
- 公用事业费
- 子女抚养费 (在非 Wisconsin 收取或支付)
- 法院命令文件或其他付款记录
- 其他州的付款记录

如果您年龄达 60 岁及以上、失明或残疾，您可能会获得部分医疗费用的抵扣额。

医疗费用

医疗费用包括但不限于以下各项：

- 医院、医疗、牙科和眼科服务
- 健康保险费、**Medicare** 费用和处方药计划费用
- 处方药和非处方药
- 养老院和家庭保健服务
- 医疗设备和用品
- 获取医疗护理的交通和住宿费用
- 经过特殊训练的服务型动物的相关费用
- **Lifeline/Medical Alert** 费用 (如得到护理专业人员指示)
- 账单
- 细分收据
- 贴有价格标签的药品或药瓶
- 健康保险单，其中列明保险费、共同保险、定额手续费或自付款
- 药房声明
- 与提供商签订的还款协议
- 核实非处方药的医生声明
- 护士、家务人员或家庭健康助理服务费用
- 获取治疗或服务的住宿和/或交通费用收据
- 经过特殊训练的服务型动物的饲料、训练或兽医服务的账单或收据

与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(866) 632-9992 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

- (1) 邮件：**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或
- (2) 传真：**
(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或
- (3) 电子邮箱：**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构提供平等机会。