



この申請書への記入の際に補助が必要な方、あるいは当局に連絡をする際に補助が必要な方は、当局または 1-877-423-4746 までお問い合わせください。聴覚障害のある方は、ジョージア州リレーサービス 1-800-255-0135 までお問い合わせください。このサービスは無料です。

児童家庭福祉局(DFCS)ではどのようなサービスを提供していますか？ DFCSでは次に挙げるサービスを提供しています。：		よくある質問 手当受給までにどれくらいかかりますか？ フードスタンプ： 30日以内 TANF： 45日以内 メディケイド： 10日から60日以内 あなたが一定要件を満たす場合、7日以内にフードスタンプを受け取れることがあります。詳しくは7ページを参照してください。
	食糧支援 フードスタンプは、EBT/Questサインを掲示している店舗で食品を購入するために使用することができる手当です。当局は、食品の購入に使われた費用をあなたのフードスタンプ口座から差し引きます。	いくら給付されますか？ あなたの所得、資産、家族規模で手当の金額が決定されますので、あなたの受給資格を決定後、具体的な情報を提供することが可能になります。
	現金支援/雇用支援サービス 貧困家庭一時支援(TANF)は、被扶養児童がいる世帯に対し期間限定で現金支援を提供します。この支援金を受給する親あるいは保護者は、就労プログラムへの参加が義務付けられています。現金支援プログラムでは、TANFプログラムの受給資格がない難民世帯に対しても経済的支援を提供しています。	どのように手当を受給するのですか？ フードスタンプでは、手当を利用するための電子給付送信(EBT)カードを付与します。TANFでは、手当を利用するためのEPPICデビットマスターカードを付与します。メディケイドでは、各受給資格者に対しメディケイドカードを付与します。
	医療支援 メディケイドでは、受給資格者に対し、医療請求、往診料、メディケア保険料の支払いを支援することが可能です。	どのような情報を提供する必要がありますか？ 以下の情報を提供とよいでしょう。：
	コミュニティアウトリーチサービス DHSサービスに関するその他の情報は、当局ウェブサイト www.dfcs.dhr.georgia.gov をご覧いただくか、または1-877-423-4746までお問い合わせください。 手当はどのように申請するのですか？ ステップ 1. 申請書に記入します。 質問をよく読み、正確な情報を提供してください。申請書に署名と日付を記してください。 ステップ 2. 申請書を提出します。1~3ページは切り離し、自分用に保管します。 この申請書の 4~13 ページを郵送、ファックスにて送付するか、お住まいの地域の児童家庭福祉局(DFCS)事務所まで持参してください。 申請者またはあなたの代理として申請を行う者に手当の受給資格がある場合、当局があなたの氏名、住所、署名が記載されている申請書を受領した日から、フードスタンプあるいはTANF手当が給付されます。フードスタンプあるいはメディケイド、またはその両方に申請する場合、あなたの氏名、住所、署名のみを記入し、手当申請書を提出することができます。ただし、申請書をすべて記入していただければ、申請手続きが迅速化されます。この申請書は、複数のプログラムをまとめて申請する場合にも、フードスタンププログラム(FS)のみを申請する場合にも使用することができます。他のプログラムへの申請が拒否された場合でも、それだけを基準にしてあなたのFS申請が取り消されることはありません。当局では、あなたのFS申請に対して別途受給資格の決定を行います。施設に入っている方がフードスタンプおよびSSIを同時に申し込む場合は、その施設から出た日が申請書の提出日となります。 ステップ3. 面接を受けます。 ケースワーカーとの面接が必要になる場合があります。その場合は、面接日をお知らせします。電話面接だけの場合もあります。	<ul style="list-style-type: none"> • フードスタンプおよび/またはTANFを申請する場合は申請者の身分証明。メディケイド申請の場合は申請者全員の身分証明。例：IDカードまたは自動車免許証(DL)。 • 手当要請者全員の米国民権/在留資格の証明。もしあなたが緊急医療サービスにのみ申請する場合、あなたのSSNまたは在留資格に関する情報を提出する必要はありません。 • 支援要請者全員のソーシャルセキュリティ番号(SSN) • 所得証明。例えば、給料明細、養育費の支払証明および所得賞与通知 • 保育料の領収書、医療請求、医療交通費、養育費の支払といった支出証明 当局事務所へ情報を提出する場合には、提出期限が与えられません。上記の情報の入手に補助が必要な方は当局までお知らせください。 申請者の個人情報はどうに使用されますか？ 申請者のソーシャルセキュリティ番号(SSN)と市民権または在留資格の情報を提出するだけで手当の申請ができます。この情報は所得と受給資格認定システム(IEVS)を確認するために使用されます。また、その他の連邦政府、州政府機関、地方機関の記録と照会し、所得と受給資格を検証します。SSN、市民権または在留資格の情報は提出を拒否する世帯構成員がいたとしても、その他の世帯構成員は手当を受けることができます。 もしあなたが緊急医療サービスにのみ申請する場合は、あなたのSSNまたは在留資格に関する情報を提出する必要はありません。



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



当局では人種、肌の色、国籍、障害の有無、年齢、性別、また場合によっては宗教的あるいは政治的信念を理由に差別をすることは禁じられています。

さらに米国農務省(USDA)は、USDA が主催または資金を提供するプログラムあるいは活動において、人種、肌の色、国籍、性別、宗教、障害の有無、年齢、政治的信念、あるいは過去における公民権運動への参加に対する復讐または報復を理由に差別をすることを禁じています。

障害をお持ちで、プログラム情報の入手に代替手段(例: 点字、大活字、オーディオテープ、アメリカ手話など)が必要な方は、手当の申請先である(州あるいは地方の)政府機関までお問い合わせください。聴覚障害、難聴、もしくは言語障害のある方は、連邦政府リレーサービス(800) 877-8339 を通じて USDA に問い合わせをすることができます。英語以外の言語でプログラム情報の入手が可能な場合もあります。

プログラムにおける差別の苦情の申し立てる際は、http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htmlのサイト上、または USDA 事務所にて入手可能な **USDA プログラム差別苦情申立書**(AD-3027)を記入いただくか、この申立書の全必要事項を記載した手紙を作成し、USDA 宛てに提出してください。この苦情申立書の用紙が必要な方は、(866)632-9992 までお問い合わせください。記入済み申立書または手紙は、以下の USDA 宛先に提出してください。:

- (1) 郵送: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) ファックス: (202)690-7442
- (3) Eメール: program.intake@usda.gov

その他の補助的栄養支援プログラム(SNAP)問題対応に関する情報は、スペイン語にも対応している USDA の SNAP ホットライン番号(800) 221-5689 にお問い合わせいただくか、[州情報/ホットライン番号](#)(このリンクをクリックし、ホットライン番号一覧を参照)にお電話いただくか、http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htmにてオンライン検索してください。

米国保健福祉省(HHS)を通じて連邦政府から経済的手当を受給するプログラムについて差別の苦情を申し立てるには、HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 宛てに手紙を書くか、(202)619-0403(音声)または(800)537-7697(TTY)にお電話ください。

当局は、雇用機会均等法を遵守しています。

差別の苦情を届け出る方は、児童家庭福祉局公民権プログラム(DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303)にお問い合わせいただくか、(404)657-3735 までお電話いただくか、(404)463-3978 へファックスをご送付ください。英語が話せない方、また知覚障害がある方は、DHS 英語および知覚障害補助プログラム(DHS Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303)にお問い合わせいただくか、(404)657-5244 までお電話いただくか、(404)651-6815 へファックスをご送付ください。

地域保健局(DCH)政策に基づき、メディケイドは人種、年齢、性別、障害、国籍、あるいは政治的または宗教的信念を理由にあなたの受給資格あるいは手当を拒否できません。メディケイド受給資格や給付元の差別に関する報告は、ジョージア州地域保健局のプログラム保全事務課(ローカル: 404-463-7590)(フリーダイヤル)800-533-0686 までお電話ください。

この申請書で使われている言葉の意味は何ですか？

以下一覧で本申請書で用いる用語を説明します。

保護者	児童と共に TANF を申請、受給する親、親族もしくは法的後見人。
被譲与親族	児童の代わりに自分の名前で TANF を申請、受給する親、親族もしくは法的後見人。
資格喪失	虚偽申請をして、不当に手当を受給した個人をフードスタンプや TANF の対象から除外する措置。
電子給付送信(EBT)	ジョージア州にてフードスタンプ受給者への手当給付に使用されるシステム。手当受給者には、フードスタンプ口座を利用するための EBT デビットカードが発行されます。



この申請書で使われている言葉の意味は何ですか？

EPPIカード・デビットマスターカード	ジョージア州では、現金手当の受給者向けにゼロックス社による新しいデビットカードが発行されました。マスターカードが使用できる場所であれば、EPPIカード・デビットマスターカードを使用し、購入または現金の引き落としをすることが可能です。
世帯構成員	同居者。フードスタンプにおいては、食料の調達、食事の準備を共にする同居者。
所得	時給、給料、手数料、ボーナス、労働災害補償、障害者手当、年金、退職手当、利子、養育支援、あるいはその他の形式の受領金。
総所得	税金やその他の控除項目が差し引かれる前の総所得。
出稼ぎ農業労働者	農作業に携わる季節労働者で、就労のために居住地を変える、または農作業の求職者。
資産	現金、資産、あるいは銀行口座、車両、株式、債券、生命保険などの財産。
季節農業労働者	一年のうちの特定の時期に行われる農産物の種まき、摘み取り、梱包をする労働者。農家による定期的雇用ではなく、より多くの労働者が必要な時期に一時的に雇用されます。
SNAP(補助的栄養支援プログラム)/フードスタンププログラム不正取引	SNAP手当の不正取引とは：(1)直接・間接的に共犯、共謀、あるいは単独で、EBTカード、カード番号とPIN番号を通して発行されたSNAP手当もしくは署名済金券を売買、窃盗、あるいは現金や対象食料品外の物品と引き換えること；(2)銃器、弾薬、爆薬や規制薬物と引き換えること；(3)SNAP手当で容器を返却するとデポジットが還付される商品を現金目的に購入し、意図的に商品の中身を捨てて容器を返却し現金を得ること；(4)現金や対象食料品外の物品との引き換えを目的にSNAP手当で商品を購入し、その商品を売却することにより意図的に現金もしくは対象食料品外の物品と引き換えること；(5)もともとSNAP手当で購入した商品を、現金や対象食料品外の物品と引き換えること；(6)直接・間接的に共犯、共謀、あるいは単独で、EBTカード、カード番号とPIN番号を通して発行されたSNAP手当もしくは署名済金券を売買、窃盗、あるいは現金や対象食料品外の物品と交換しようと画策すること。
有資格外国人/移民	有資格外国人/移民とは、次のカテゴリーのどれか一つに当たると認定され、合法的に米国に在留している個人です。：移民国籍法(INA)に基づき合法的に永住を認められている者(LPR)；1988年FOEFRPA法の584条におけるアメリジャン移民；INAの208条における亡命を認められた者；INAの207条における難民；INAの212条d項5号における少なくとも1年間の臨時入国を許可された者；1997年4月1日以前のINAの243条h項、あるいはINAの241条b項3号改訂における国外追放を保留された者；1980年4月1日以前のINA203条a項7号における条件付入国を許可された者；1980年難民教育支援法501条e項におけるキューバ人またはハイチ人移民；2000年人身取引被害者保護法(TVPA)107条b項1号における人身売買被害者；1996年個人責任及び就労機会調整法431条c項における条件を満たした被虐待移民；INAの101条a項27号における特別在留許可を得たアフガン人またはイラク人移民(特定条件付)；INAの289条におけるカナダで生まれアメリカに在住しているアメリカ先住民、またはインディアン自己決定・教育支援法4条e項における連邦政府が認知するインディアン部族の非市民、またはベトナム戦争中(1964年8月5日～1975年5月7日)軍事行動や救出作戦に参加し、米兵を支援したモン族と高地ラーオ族。



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



この申請書で使われている言葉の意味は何ですか？

2012年中間層減税法	この法令は、カジノ、酒屋、成人向けの娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証業者、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ビンゴホール、レース場、ゲーム施設、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、おびスパ/マッサージサロンにて現金支援金を使用する、またはTANFデビットカードを使用して現金を引き出すことを禁じます。このような事業における現金支援金の使用またはTANFデビットカードの使用は、受給者側による故意のプログラム違反行為(詐欺行為)と見なします。
申請者	公的支援/手当の申請、あるいは受給を選択する者。
非申請者	公的支援/手当の申請、あるいは受給を選択しない者。非申請者は、SSNや市民権あるいは在留資格に関する情報の提出を求められません。
支援単位	同居し、公的支援/手当を共に受給する有資格者を支援単位とします。



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



どのプログラムに申請しますか？当てはまるものすべてをチェックしてください。;

- フードスタンプ**
フードスタンププログラムは、低所得世帯への食料費支援として月次手当を支給します。また、このプログラムは栄養指導を提供し、受給資格世帯が必要な食料と栄養を十分に得ることを補助します。
- 貧困家庭一時支援(TANF)**
貧困家庭一時支援(TANF)は、一時的な現金の月次支給、現金の一括支給、あるいはその他の支援サービスを提供し、児童がいる受給資格世帯を強化します。当局は、児童と共に手当の受給を希望する親もしくは保護者に対し、就労プログラムへの参加を義務付けます。
- 難民現金支援**
難民現金支援プログラムは、TANFプログラム資格のない難民世帯に対し経済的支援を提供します。難民という用語は、難民、キューバ人/ハイチ人入国者、人身売買被害者、アメリジャン、保護者のいない未成年難民を含みます。
- メディケイド**
メディケイドは、高齢者、成人の視覚障害者や身体障害者、妊婦、児童または家庭に提供される医療保険です。申請の際、当局はメディケイドプログラム全般を調査し、受給資格が認められるプログラムを決定します。

申請者について教えてください

申請者あるいはその代理人が当局に連絡をする際に支援が必要ですか？必要であれば、当てはまる項目すべてをチェックしてください。

() テレタイプライター () 点字 () 大活字 () 電子メール () ビデオ中継 () 手話通訳士 _____

() 通訳 (言語を指定してください) _____ () その他 _____

下欄に申請者に関する情報を記入してください。

名	ミドルイニシャル	姓	敬称
住所	アパート番号		
市	州	郵便番号	
郵便の宛先 (上記と異なる場合)			
市	州	郵便番号	
主な電話番号	その他の電話番号	Eメールアドレス(任意)	



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



私は、この宣言が偽証罪の適用を受けることを承知し、私の知る限り、また信じる限りにおいて、手当申請をする申請者が米国国民である、あるいは合法的に米国に滞在していることを宣言します。私は、さらに私の知る限りにおいて、この申請書に記載された情報はすべて真実であり正しいことを保証します。私は、DHS 及び連邦機関当局によりこの申請書に記載した情報が検証される場合があることを理解し、合意します。過去あるいは現在の雇用主から情報が得られる場合があります。私は、フードスタンプケイド、TANF、またはそれらすべてのプログラム要件に従い、状況に変更があれば申告します。情報に誤りがあれば、私の手当が減額あるいは給付停止となる。また故意に誤った情報を提供すれば、私が刑事訴追あるいは DHS プログラム受給資格喪失の対象となることがあります。私は、誤った情報を提供したり、あるいは情報を隠蔽することにより、訴追される場合があることを理解しています。私は、申請あるいは更新の際の面談で、経費の一部に申告漏れがある場合、および／あるいは経費を証明できい場合、DHS はその額を含めずにフードスタンプ手当を算出することを理解しています。

署名	日付
“X”と署名された場合、証人の署名	日付

私の代わりにフードスタンプあるいはメディケイドを申請する人を選ぶことができますか？

この項目は、代理人があなたの申請書へ記入したり、あなたの面談を代わりに受けたり、店に行けないあなたに代って食料品を購入するために EBTカードを利用したりする場合、あるいはそれらすべてをあなたの代理人が行うことを希望する場合に記入してください。メディケイド申請者は、医療支援申請の代理人を複数人選ぶことができます。

氏名: _____	電話番号: _____
住所: _____	アパート番号: _____
市: _____	州: _____ 郵便番号: _____

氏名: _____	電話番号: _____
住所: _____	アパート番号: _____
市: _____	州: _____ 郵便番号: _____

メディケイドの場合、あなたのメディケイドカードの複製をこの人物が所持することを希望しますか？ はい いいえ

For Office Use Only (事務所記入欄) Date Received : _____



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



私には、フードスタンプをより迅速に受給する資格がありますか？

7日間以内にフードスタンプの受給が可能か否かを判断するために、申請者と世帯構成員全員に関する以下の質問に教えてください。

1. あなたはあるいは世帯構成員の誰かが出稼ぎ農業労働者もしくは季節農業労働者ですか？ □はい □いいえ
「はい」と答えた場合、それは誰ですか。_____

2. 今月受け取る見込みの**総勤労所得**の合計： \$ _____
 雇用主の氏名 _____
 雇用開始日 _____ 雇用終了日 _____
 時給 _____ 1週間の勤務時間 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)

3. 今月受け取る見込みの**総不労所得**の合計： \$ _____
 不労所得の種類 _____ 金額 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)
 不労所得の種類 _____ 金額 _____ 週/隔週/半月/月 (どれか一つに○)

4. 今月の勤労および不労所得の総合計： \$ _____

5. あなたと世帯構成員すべてが所有する現金または銀行預金はいくらですか？ \$ _____

6. 家賃、住宅ローン、固定資産税または世帯主保険、あるいはそれらすべての**毎月の支払額**はいくらですか？ \$ _____

7. 電気、水道、ガスまたはその他の光熱費、あるいはそれらすべての**今月の支払合計額**はいくらですか？ \$ _____
(期日経過分及び延滞料を除く)



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



申請者と全世帯構成員について教えてください

以下の表に申請者とその世帯構成員すべての情報を記載してください。以下の連邦法規:2008年食品栄養法、合衆国法典第7編 2011-2036条、連邦法規集第7編 273.2条、同法規集第45編 205.52条、同法規集第42編 435.910条及び435.920条では、DFCSが本人および世帯構成員のソーシャルセキュリティ番号を要請することを認可しています。手当を申請しない同居人は、非申請者として取り扱います。非申請者はソーシャルセキュリティ番号、市民権、在留資格に関する情報を当局へ提出する必要はありません。また非申請者には手当の受給資格はありません。非申請者以外の世帯構成員は、受給資格があれば、手当を受給することができます。世帯構成員に手当の受給資格があるかどうかの判断を当局に委ねる場合でも、対象者の市民権、在留資格、ソーシャルセキュリティ番号(SSN)に関する情報を提供していただきます。また、世帯の受給資格や手当レベルを特定するため、その対象者の所得あるいは資金に関する情報も提出していただきます。当局は、非申請者が市民権や在留資格に関する情報を提出しない場合でも、米国市民権・移民業務局(USCIS)、外国人滞在資格証明システム(SAVE)へ通報することはありません。しかし、あなたが提出する申請書上に記載された在留資格情報は、SAVEシステムによって検証される場合があり、これにより世帯の受給資格や手当レベルに影響が及ぶことがあります。あなたの所得や受給資格を検証するため、当局は連邦政府、州政府、地方機関にあなたの情報を照会します。このような情報は、脱法者を検挙するため法執行官に手渡される場合もあります。あなたの世帯にフードスタンプクレームがあれば、このフォームに記載された情報はSSNを含め、クレームを収集する連邦政府および州政府の関係機関、民間のクレーム収集機関へ提出される場合があります。世帯内にSSN、市民権、または在留資格の情報を提供しない構成員がいたとしても、当局はその世帯の申請者たちに對する手当を拒否することはありません。

氏名 名 ミドルイニシャル 姓	本人との続柄	手当の申請を しますか? (はい/いいえ)	生年月日 書式 (--/--/--)	ソーシャル セキュリティ番号 (申請者のみ)	性別 (男/女)	ヒスパニック系ま たはラテン系? (任意) (はい/いいえ)	人種コード (任意) (下のコードを 参照)	米国市民/ 有資格外国人/移 民ですか? (申請者のみ) (はい/いいえ)
	本人							

人種コード(複数回答可):

AI - アメリカ先住民/アラスカ先住民 AS - アジア系 BL - 黒人/アフリカ系アメリカ人
HP - ハワイ先住民/太平洋諸島民 WH - 白人

提供された人種/民族性の情報は、プログラムを差別なく運営するために有用なものです。この情報の提供は義務付けられておらず、手当レベルや受給資格には影響を及ぼしません。



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な情報を教えてください

誰が手当の受給資格者かを決定するため、申請者と世帯構成員全員に関する詳しい情報が必要です。以下に、あなたが希望する手当に関する項目にのみ回答してください。

1. 他の郡あるいは州で何らかの手当を受給したことがある方はいますか？ はい いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

どこで： _____

いつ： _____

2. 1996年8月22日以降、偽りの住所や名義を使い、複数の地域でFSを受給し有罪判決を受けた者はいますか？(フードスタンプの場合のみ) はい いいえ

「はい」と答えた場合：

誰が： _____

どこで： _____

いつ： _____

3. 世帯構成員の中に、この申請日から遡って過去30日間に自発的に仕事を辞めた、あるいは自発的に週30時間以下に就労時間を短縮した方はいますか？(フードスタンプおよびTANFの場合のみ) はい いいえ

「はい」と答えた場合、誰が辞職？： _____

辞めた理由は？ _____

4. 誰か妊娠していますか？*入手可能であれば、妊娠証明書を提出してください。 はい いいえ

誰が： _____

予定日： _____

(この質問はフードスタンプのみの申請者には適用されません)

5. メディケイドで、過去3ヵ月間に未払いの医療請求書がある方はいますか？ はい いいえ

(この質問はフードスタンプもしくはTANFのみの申請者には適用されません)

6. フードスタンプもしくはTANFプログラムの受給資格を喪失した方はいますか？ はい いいえ

「はい」と答えた場合：

a. 誰が： _____

b. どこで： _____

7. 重罪による訴追や服役を避けようとしている者はいますか？(フードスタンプとTANFのみ) はい いいえ

「はい」と答えた場合、誰が： _____



8. 保護観察や仮釈放の条件に違反している者はいますか？(フードスタンプとTANFのみ)

はい いいえ

「はい」と答えた場合、誰が: _____

9. 1996年8月22日以降、規制薬物の所持、使用または流通などの関連行為で
重罪の有罪判決(フードスタンプとTANFのみ)、

はい いいえ

もしくは重い暴力犯罪で有罪判決(TANFのみ)を受けたことがある者はいますか？

「はい」と答えた場合:

誰が: _____

いつ: _____

10. 1996年8月22日以降、あなたもしくは世帯構成員の中に、

はい いいえ

フードスタンプ手当と引き換えに麻薬を入手し有罪判決を受けたことがある者いますか？(フードスタンプの場合のみ)

「はい」と答えた場合:

誰が: _____

いつ: _____

11. 1996年8月22日以降、あなたもしくは世帯構成員の中に、フードスタンプ手当を\$500以上売買し有罪判決を受けたことがある者はいますか？(フードスタンプの場合のみ)

はい いいえ

「はい」と答えた場合:

誰が: _____

いつ: _____

12. 1996年8月22日以降、あなたもしくは世帯構成員の中に、フードスタンプ手当と引き換えに、銃器、弾薬、爆発物を入手し有罪判決を受けたことがある者はいますか？(フードスタンプの場合のみ)

はい いいえ

「はい」と答えた場合:

誰が: _____

いつ: _____

13. TANF 支援金もしくは EPPIC カードを酒店、カジノ、ポーカールーム、風俗産業、保釈保証代行業者、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、レース場、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、またはスパ/マッサージサロンなどの施設で使用したことがある者はいますか？(TANFの場合のみ)

はい いいえ

「はい」と答えた場合:

誰が: _____

いつ: _____



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な所得情報を教えてください

あなたもしくはあなたが代理する申請者に、以下のような所得がありますか?: 賃金、チップ、ボーナス、自営による収入、社会保障/鉄道従業員退職年金、その他の障害者手当、退役軍人手当、年金、失業手当、養育費、扶養費、他者から受け取る金銭、労働災害補償、あるいはその他の収入

収入のある世帯構成員の氏名	収入の種類	雇用主の氏名 / 収入源	月額 (控除前)	受領頻度 (月次、隔週次、週次)	時給	1週間の就労時間	支払日

申請者と世帯構成員の経費情報を教えてください

あなたは子供もしくは障害を持つ成人の世帯構成員のために、保育費あるいは介護費を払っていますか? はい いいえ はいと答えた場合、下欄に記載してください。

要保育・要介護者	保育費・介護費の支払者	保育・介護の理由	保育・介護サービス提供者/連絡先	支払金額	支払頻度

60歳以上もしくは障害者で医療費が発生している方はいますか? はい いいえ はいと答えた場合、下欄に記載してください。

医療費のある世帯構成員	経費の種類 (受診費、通院費、処方薬、メディケアあるいはその他の保険料、眼鏡)	請求額	未払いですか? はい/いいえ	支払日	保険は適用されますか? はい/いいえ

60歳以上もしくは障害者で医療費の一部として交通費が発生している方はいますか? はい いいえ

はいの場合、下欄に記載してください。

訪問の目的 (受診や通院; 薬局に薬を取りに行くなど)	全走行距離:	タクシー、バス、駐車場や宿泊施設代:



ジョージア州社会福祉局 福祉手当申請書



申請者と世帯構成員全員に関するより詳細な経費情報を教えてください

世帯構成員の誰かが、同居していない子どもの養育費を支払っていますか？ はい いいえ 「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。

支払い義務を負う世帯構成員	養育費を受けている子どもの氏名	支払い義務金額	実際の支払い額	養育費の支払い先

あなたもしくは世帯構成員の誰かが、住居費用を払っていますか？ はい いいえ
「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。

費用	金額	支払い頻度は？	誰が支払っていますか？
家賃/住宅ローン			
固定資産税			
財物保険			
電気代			
ガス代			
ゴミ処理代			
電話			
その他			

世帯内で生活費用を分担していますか？ はい いいえ

「はい」と答えた場合、誰と？ _____

説明/関連資料 _____

誰に支払いましたか _____ 支払い金額 \$ _____ 支払い頻度 _____

家主の氏名 _____

家主の住所: _____

過去 12 ヶ月に光熱費補助を受けましたか？ はい いいえ 「はい」と答えた場合、受給金額は \$ _____

他の誰かが、あなたのためにこれらの生活費のいずれかを支払っていますか？ はい いいえ 「はい」と答えた場合、下欄に記載してください。:

支払ったのは誰ですか？	どの請求書に対して支払いましたか？
いくら支払いましたか？	支払い先は誰ですか？



フードスタンププログラムにおける罰則

故意に虚偽の情報を提供した場合は、手当を失うか、刑事訴追の対象になる可能性があります。

- あなたの世帯が受給するべきではない手当を得るために虚偽の情報を提供する、または情報を隠蔽しないこと。
- 他人のフードスタンプまたは EBT カードを使用、または自分のカードを他人に使わせないこと。
- アルコールやタバコなどの食品以外の物品の購入やクレジットカードの支払いにフードスタンプ手当を使用しないこと。
- フードスタンプや EBT カードで銃器、弾薬、規制薬物(違法薬物)などの違法物を交換、売買しないこと。

このルールにひとつでも故意に違反した世帯構成員は、最低で1年、最長で無期限にフードスタンププログラムへの参加資格が停止されるか、最高で 25 万ドルの罰金、20 年の収監、もしくはそれら両方が科される可能性があります。また違反者は、その他の適用可能な連邦法と州法の下、訴追の対象となる場合があります。裁判所の命令によっては、違反者のフードプログラム参加資格停止期間がさらに 18 カ月間延長される場合もあります。

故意にルール違反を犯す世帯構成員は、初回違反で 1 年間、2 回目の違反で 2 年間、3 回目の違反で無期限にフードスタンプが給付されない場合があります。

あなたもしくは世帯構成員が規制薬物の販売取引のために手当を使用もしくは受給し有罪判決を受けた場合、あなたもしくはその世帯構成員は、初回違反に対して 2 年間、2 回目の違反に対して無期限に受給資格を失います。

あなたもしくは世帯構成員が銃器、弾薬、爆薬の販売取引のために手当を使用もしくは受給したとして有罪判決を受けた場合、あなたもしくはその世帯構成員は、初回違反時からフードスタンププログラムへの参加資格を永久に失います。

あなたもしくは世帯構成員が総額 500 ドル以上で手当を取引したとして有罪判決を受けた場合、あなたもしくはその世帯構成員は、初回違反時からフードスタンププログラムへの参加資格を永久に失います。

あなたもしくは世帯構成員が複数のフードスタンプ手当を受給するため、身元(何者か)あるいは居住地(どこに住んでいるのか)を偽って、証言もしくは表現をしたことが発覚した場合、あなたもしくはその世帯構成員は、フードスタンププログラムへの参加資格を 10 年間失います。

TANF プログラムにおける罰則

TANF プログラムにおいて、AU の受給資格を確立または維持するため、手当の増額のため、あるいは減額を回避するため、虚偽の情報または誤解を招くような情報を提供する、不利な措置を避けるために情報を隠蔽する、もしくは禁止されている場所で現金支援金を使用するといった故意の行為は、意図的なプログラム違反と見なします。

- 世帯構成員で、時宜にかなった変更の報告をしない、あるいは真実を話さずに厳禁とされているカジノ、酒屋、「ストリップクラブ」などの成人向け娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証代行業者、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ピンゴホール、レース場、ゲーム施設、銃器/弾薬販売店、クルーズ船、占い師、タバコやマリファナの販売店、刺青/ピアス店、スパ/マッサージサロンにて現金支援金を使う、あるいは TANF デビットカードを使用して現金を引き出す、または取引を行うことは厳禁です。情報を隠蔽し、変更を申告しない人は、1 度目の違反で 6 カ月、2 度目で 12 カ月、3 度目で恒久的に TANF 手当を失います。
- あなたもしくは世帯構成員が、情報を隠す、時宜にかなった変更の報告をしない、あるいは真実を話さないために有罪判決を受けた場合、初犯で 12 カ月、2 度目で恒久的に TANF の受給資格が失われます。
- あなたもしくは世帯構成員が、複数の州で受給するために虚偽の居住情報を提供し、有罪判決を受けた場合、10 年間受給資格が失われます。
- 1997 年 1 月 1 日以降、あなたもしくは世帯構成員が、薬物関連の罪あるいは重い暴力犯罪で有罪判決を受けたことがある場合、受給資格が認められないか、あるいは無期限に受給資格の停止となるか、またはその両方を科されることになります。

メディケイド、フードスタンプと TANF の申請者全員:

私は、この宣言が偽証罪の適用を受けることを承知し、私の知る限り、また信じる限りにおいて、手当申請をする申請者が米国市民である、あるいは合法的に米国に滞在していることを宣言します。私は、さらに私の知る限りにおいて、この申請書に記載された情報はすべて真実であり正しいことを保証します。私は、DHS および連邦機関によりこの申請書に記載した情報が検証される場合があることを理解し、合意します。過去あるいは現在の雇用主から情報が得られる場合があります。私は、フードスタンプ／メディケイド、TANF、またはそれらすべてのプログラム要件に従い、状況に変化があれば申告します。情報に誤りがあれば、私の手当が減額あるいは給付停止となる、また故意に誤った情報を提供すれば、私が刑事訴追あるいは DHS プログラム受給資格喪失の対象となることがあります。私は、誤った情報を提供する、あるいは情報を隠蔽することにより、訴追される場合があることを理解しています。私は、申請あるいは更新の際の面談で、経費の一部に申告漏れがある場合、および／または経費を証明できい場合、DHS はその額を含めずにフードスタンプ支給額を算出することを理解しています。

申請者の署名

日付

授権代理人の署名

日付

ケースマネージャーの氏名と署名
(Case Manager's Name and Signature)

日付
(Date)