

## 金銭的または食料補助申請書

### Application for Cash or Food Assistance

このフォームを読む際あるいは記入する際に援助が必要な場合は、ご連絡下さい。  
ご自身の記録用に本頁を保管してください。

#### 金銭的または食料補助の申請方法

本書をコミュニティサービスオフィスで提出することで手続きを直ちに開始いただけます。本書にはあなたの氏名、住所、およびご自身の署名または代理人の署名を最低でも記入してください。これらの情報のみ記入した申請書でも直ちにご提出いただけます。

- 申請書および必要な情報を迅速に記入し提出することで、より多くの給付金を、また早めに受給できる場合があります。
- あなたの最寄りのオフィスへの提出も可能です。オフィス所在地は[www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov)を参照ください。
- あなたの申請を1-888-338-7410までファクス
- あなたの申請書を次へ郵送：

DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO BOX 9010  
TACOMA WA 98411-5520

- [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)でネット申請も可能です。
- 健康保険の申請は[www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org)でのネット申請か、次の電話番号を通しての申請(1-855-923-4633)または健康保険用のHCA申請(HCA 18-001)を通して申請する必要があります。

#### 金銭的および食料補助受領までの待ち時間

直ちに支援を必要とする場合、本書の間1から14を記入して、地元のオフィスでご提出ください。

身分証明書をご提示いただき、さらに次のいずれかに当てはまる場合、食料補助を受ける資格があるか否かを7日以内に決定します。

- あなたの世帯の今年の総収入は150ドル以下で、かつ流動資産は100ドル以下である。
- あなたの世帯の収入および資産は毎月の家賃と光熱費よりも少ない。
- あなたの世帯に極貧の移民者または季節農業労働者がいる。

あなたに受給資格がある場合、当機関が受給を認めた日の翌日までに給付金が支給されます。あなたが食料補助を受給する資格を持つかの判断はあなたの申請書の30日以内に下されます。食料補助は通常申請書の受領と同じ日に支給されます。施設への滞在期間中に申請を行った場合、受給日は出所・退院日となります。金銭支援はあなたが資格を有すると判断するのに必要な情報を受領した日から開始します。

#### 公民権

連邦政府の公民法および米国農業省(USDA)の公民権規制と法律に基づき、USDAの全てのプログラム・活動としてUSDAの資金を基に行われている活動において、本機関による人種、肌色、出身国、宗教、(ジェンダーアイデンティティや性的指向を含む)性、障害、既婚歴、家庭/親権、公的至福からの収入、政治思想による差別、あるいは過去の公民権運動への報復としての行動を固く禁じております(全てのプログラムには該当しません)。プログラムによって対処および苦情提出期日は異なります。

プログラム情報は英語以外の言語で利用可能となる場合があります。通常以外の方法でのプログラム情報伝達(点字、大文字、オーディオテープ、手話など)を必要とする障害を持つ方は、給付申請先の管轄の(州または地方の)機関にご連絡ください。聴覚障害者、聞き取りづらさを覚えている人または発語障害者の方は、連邦リレーサービス(800)-877-8339を通してUSDAにお問い合わせ願いますさらに、必要に応じてプログラム情報は英語以外の言語でも提供しております。

プログラムに関する差別苦情を申請するにはUSDAのプログラム差別苦情フォームであるAD-3027 (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>)からダウンロード、あるいは全てのUSDAオフィスで入手可能)を記入するか、電話((833) 620-1071)、または、申立人の氏名、住所、電話番号、および申し立てられる市民権侵害の性質と日付をAssistant Secretary for Civil Rights (ASCR)に伝達する上で申し立てる差別行為を詳述した説明を明記した書簡をUSDA宛に郵送してお送りください。記入済みのAD-3027フォームまたは書簡の送付先：

1. 郵送: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria VA 22314
2. ファクス: (833) 256-1664 または (202) 690-7442
3. 電子メール: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov)

本機関は機会均等のプロバイダーです。

## 移民ステータスおよびソーシャルセキュリティ（社会保障）番号

あなたと同居している人が移民ステータスが原因で補助を受領できなかったとしても、その他の人の補助を受領することができる場合があります。申請する人物の移民ステータスを通知する必要があります。申請者の家庭の一員が移民である場合、申請者の情報を米国移民局(USCIS)へ確認のために提出される可能性があります。USCISからの情報により受給資格や支援額への調整が行われる可能性があります。

連邦法(45CFR §205.52, 7 CFR §273.6)に基づきあなたと同居しており TANF または食料補助を申請する人物のソーシャルセキュリティ番号(SSN)を提出する必要があります。あなたと同居しているが、申請をしない両親および配偶者のソーシャルセキュリティ番号も必要となります。

## 食料補助または他のプログラムに申請を行う場合

あなたの申請を処理するにあたり SNAP の規制に沿って手続きを行います。同規制には申請処理の期間、必要な通知、およびあなたの権利に関する通知などが含まれています。あなたが他のプログラムへの申請が断れたことのみを理由にあなたの食料補助の申請を却下することはできません。

## 金銭的および食料補助とプライバシー

改訂された2008年の食品と栄養法は、当機関が申請用に必要とする情報(世帯者のSSNを含む)の保持を許可しております。当機関ではソーシャルセキュリティ番号を身元や資格の確認、詐欺防止、要請の取立ての目的に使用します。当機関はプログラムを管理し、法に順守するために他機関と情報交換をします。要求された情報の提供は任意で行えます。しかし、SSNまたはSSN申請の提供を正当な理由無しで拒否した場合、SSNを提供しない者への基礎食料補助の提供を却下いたします。一部の情報は、自動認証プログラム(例えば、連邦収入・受給資格承認システム(IEVS))を通して確認を行います。

保健福祉省に提出された情報は、保健医療当局および医療保険取引所により提供される医療保険の適格に影響を与える場合があります。

<p>当機関はこの情報を次の目的に使用します:</p>	<p>当機関はこの情報を次の機関に公開することがあります:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• プログラムの有資格者を決定する。</li> <li>• 過度の支払いの回収。</li> <li>• プログラムの管理。</li> <li>• 当課が法に従っていることを確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 公的に使用する連邦および州機関。</li> <li>• 法網をくぐるために逃走する人を追跡する法執行機関。</li> <li>• 食料補助の過剰支払い分を収集する民間集金代行業者。</li> </ul>

### 食料補助違反警告

当課は、他の機関との照合を通してあなたの情報が正しいか確認いたします。もしいかなる情報が不正確である場合、申請者は食料補助を受領できない場合があります。

故意に規範違反を起こした者には以下の措置が行われる可能性があります:

- 適用する連邦および州法を基に提訴。
- SNAP の一年から恒久的な受給禁止。
- 最大 25 万ドルの罰金。
- 最大 20 年の懲役。
- 裁判所の命令により SNAP の受給禁止の 18 ヶ月延期。

裁判によるあなたに次の罪状の有罪判決を受けた場合:

次の取引からの恩恵を受けた場合:

- 規制薬物の売買 ..... 二年から恒久的に受給から失格。
- 銃火器、弾薬または爆発物の売買 ..... 恒久的に受給から失格。
- 合計\$500以上の支援の不正運送 ..... 恒久的に受給から失格。
- 住所およびアイデンティティ詐欺 ..... 十年間の受給から失格。

次の措置の対象となる可能性があります:

# 金銭的および食料補助申請書

本書の記入に手伝いを必要とする場合気軽にお問い合わせください。

1.名 ミドルネーム (イニシャル) 姓	申請者または代理人の署名(必須)	2. 請求者 ID 番号 (既知の場合)
3.現住所 市 州 郵便番号		4.電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 伝言
5. 郵便住所 (上記と異なる場合) 市 州 郵便番号		6.その他の電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 伝言
8. 次に申請を行います(該当する物を全て選択): <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 食料 <input type="checkbox"/> 養育費		7.電子メールアドレス
9. 私あるいは私の家庭の人物は(該当する物を全て選択): <input type="checkbox"/> ドメスティックバイオレンス状況にいる <input type="checkbox"/> 障害者である <input type="checkbox"/> 健康上の問題で働けない <input type="checkbox"/> 妊娠中; 氏名: _____ 臨月: _____		
10. 今週の家庭収入の予想額		\$ _____
11. 現在あなたの家庭が所持している現金と口座残高		\$ _____
12. 賃貸料または住宅ローンの月額		\$ _____
13. あなたの世帯が支払っている光熱費 <input type="checkbox"/> 暖房・冷房 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他: _____		
14. あなたの世帯に季節労働者あるいは移民農業労働者は同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15. 食料補助に申請する場合、あなたの世帯には食料を調達し、食事を用意してもらうべき人数は何人いますか? _____		
16. 養育支援を申請している場合、その理由を選択してください(該当する物を全て選択) <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (BFET)		

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes  No  **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

17.  通訳が必要です。私は次の言語を話します \_\_\_\_\_ または  手話; 書面を翻訳してください。  
(言語): \_\_\_\_\_

18. 申請しない人も含め、あなたの世帯に住む全ての人をご記入下さい。(必要であれば別紙を追加してください。)

氏名 (名、ミドル ネーム、姓)	性別	この人との関 係	生年月日	給付金を申 請する人に 印をつけて ください	非申請者は任意記入			
					ソーシャル セキュリティ 番号	米国民で ある場合 マーク	人種 (下記 の例を参照 してくださ い)	部族名 (アメリ カインディアン およびアラスカ 原住民)
		本人		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. 私はラテン系である:  はい  いいえ

人種と民族情報は任意提供であり、受給資格や支援額に影響いたしません。この情報はプログラムの福祉が人種、肌色または出身国に影響されずに平等に配賦されていることを保証するために使用されます。食料補助に対して、情報が提供されない場合、USDA はあなたの代わりに当機関に回答をするよう要請します。人種の例: 白人、黒人またはアフリカ系アメリカ人、アジア系、ハワイ原住民、太平洋島民、アメリカインディアン、アラスカ原住民またはそれらのあらゆる組み合わせ。



申請者の氏名	ソーシャルセキュリティ番号	受給者 ID 番号
--------	---------------	-----------

**I. 一般情報**

- 私は過去 30 日以内に他の州、民族またはその他の供給先から受け取った。  はい  いいえ
- 申請者の内、ワシントン州外に在住の者がいます。  はい  いいえ 氏名: \_\_\_\_\_
- 私または私の家庭内の人物はスポンサー付きの移民である  はい  いいえ 氏名: \_\_\_\_\_
- 私または私の家庭において 16 歳以上の人物が次に通っております(該当する物を全て選択してください):  
 高校  高校相当のプログラム  大学  専門学校 氏名: \_\_\_\_\_
- 一時的に家庭の外に暮らしている者がいます:  はい  いいえ 氏名: \_\_\_\_\_
- 私または私の家庭の一員は米国軍隊、ナショナルガードまたは予備役としての兵役に就いたことがある、または兵役に就いたものの配偶者である:  はい  いいえ はいと答えた場合の人物の名: \_\_\_\_\_
- 私または私の家庭の一員が犯罪を犯しており、現在法から逃亡中である  はい  いいえ
- 私の現在の住居は:  自信の家・アパート  グループホーム  その他: \_\_\_\_\_  
 施設(種類を指定) \_\_\_\_\_ 入所日: \_\_\_\_\_
- 私は:  独身  既婚者  離婚者  別居中  未亡人  ドメスティックパートナーシップ
- 私または私の家庭の一員が 1996 年 9 月 22 以降に食料補助と非合法薬品の交換を行い有罪判決となったことがあります。  はい  いいえ
- 私または私の家庭の一員が以下の日付以降に合計額 \$500 以上の食料補助を売り有罪判決となったことがあります。 1996 年 9 月 22 日:  はい  いいえ
- 私または私の家庭の一員が以下の日付以降に食料補助と武器・弾薬・爆発物の交換を行い有罪判決となったことがあります。 1996 年 9 月 22 日:  はい  いいえ
- 私または私の家庭の一員が、以下の日付以降に複数の州からの食料補助金を受け取り、有罪判決となったことがあります。 1996 年 9 月 22 日:  はい  いいえ
- 私または私の家庭の一員は以下の行動中です: ストライキ:  はい  いいえ 下宿人:  はい  いいえ

**II. 資産(証拠を添付、金銭的支援のみ)**

資産とはあなたが所持しているもの、あるいは買うもので転売、交換、あるいは現金か他人の所持金に換金できるものを指します。また、資産には家具または洋服などの個人的な所持品を含みません。資産の例えは以下の通りです。

- 現金
- 信託
- 定期預金
- 葬式資金、前納プラン
- 当座預金口座
- IRA /401k
- マネーマーケット口座
- 業務用機器
- 貯蓄口座
- 住宅、土地、建物
- 債権
- 家畜
- 大学資金
- 退職基金
- 生命保険

あなた、配偶者、もしくは申請をする人が所持しているまたは買おうとしている資産を挙げてください。

資産	所持人	場所	価値
			\$
			\$
			\$

2. 私、私の配偶者もしくは申請する人が車、トラック、バン、ボート、RV、トレーラーまたは他の自動車を所持しています。

年 (例 1980 年)	メーカー (例 フォード)	モデル (例 エスコート)	リースをしたものであれば印をつけてください。	医療目的で使われている車両であれば印をつけてください。	未払い額
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. 私、私の妻帯者、あるいは申請している者のうち、過去二年間以内に資産(信託、車両、相続を含む)の売却、交換、贈与または移転を行っている。  はい  いいえ はいと答えた場合何を: \_\_\_\_\_ 何時: \_\_\_\_\_

**III. 年金 (世帯の一員が現在または将来的に定期的な収入を得るために行った投資)**

年金を所持する人	会社または施設	額または価値	月間所得	購入日
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

申請者の氏名	ソーシャルセキュリティ番号	受給者 ID 番号
--------	---------------	-----------

#### IV. 収入(証拠を添付)

1. 私、私の妻帯者、または申請する者は、過去 30 日以内に終わった仕事をしていました。  はい  いいえ  
 2. 私、私の妻帯者、または申請する者は現在仕事から収入を得ています。  はい  いいえ  
 はいと答えた場合、本セクションを記入してください。

この収入を得ている人	総所得(差し引き前の合計額)
雇用者名および電話番号	\$ _____ を次毎に: <input type="checkbox"/> 一時間 <input type="checkbox"/> 週間
雇用開始日	<input type="checkbox"/> 二週 <input type="checkbox"/> 月に二回 <input type="checkbox"/> 月
この仕事は自営業ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	一週間の勤務時間: _____
自営業の費用: \$ _____	給与日(例えば毎月の 1 日と 15 日または毎週金曜日):

この収入を得ている人	総所得(差し引き前の合計額)
雇用者名および電話番号	\$ _____ を次毎に: <input type="checkbox"/> 一時間 <input type="checkbox"/> 週間
雇用開始日	<input type="checkbox"/> 二週 <input type="checkbox"/> 月に二回 <input type="checkbox"/> 月
この仕事は自営業ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	一週間の勤務時間: _____
自営業の費用: \$ _____	給与日(例えば毎月の 1 日と 15 日または毎週金曜日):

#### V. その他の収入源(証拠を添付、全ての世帯者のを報告する)

- 失業給付金
- ソーシャルセキュリティ収入
- 民族収入
- ギャンブル収入
- 教育至福(教育ローン、奨学金、ワークスタディ)
- 生活保護 (SSI)
- 養育費または配偶者への感謝料
- 鉄道給付金
- 家賃収入
- 退職金または年金
- 退役軍人(VA)または兵役福祉
- 労働・産業(L&I)
- 信託
- 金利・配当

無労働収入タイプ	収入を得ている人	毎月の総収入
		\$
		\$
		\$
		\$

#### VI. 月毎の出費

家賃	住宅ローン	スペースの家賃	住宅所有者保険	不動産税	その他の費用
\$	\$	\$	\$	\$	\$

家賃またはローンの支払いに加えて支払う光熱費などを選択してください

- 冷暖房 (電気・ガス)  電気(暖房別)  水道  電話(家庭・携帯)  排管  ゴミ

他の人物あるいは組織(例えば、住宅支援)により、この出費を賄っています。  はい  いいえ はいと答えた場合、名: \_\_\_\_\_ 出費の種類: \_\_\_\_\_ 出資額: \$ \_\_\_\_\_

私は低収入家庭エネルギー福祉(LIHEAA)からの支払いを過去 12 ヶ月以内に受給しております。

私、配偶者または世帯中の人が支払っている、あるいは支払う義務にある費用 (該当するもの全てに印をつけてください) :

<input type="checkbox"/> 子供または扶養成人ケア (交通費含む)	毎月の金額: \$	支払う人:
<input type="checkbox"/> 障害を持つ者および 60 歳以上の者の医療費。(交通費と健康保険費含む)	毎月の金額: \$	支払う人:
<input type="checkbox"/> 養育支援(証拠を添付)	毎月の金額: \$	支払う人:

上記の費用のいずれかを報告しない場合、当機関はあなたの世帯がこの費用に対する控除の受け取りを希望しないとの告知であると考慮します。



申請者の氏名	ソーシャルセキュリティ番号	受給者 ID 番号	
<b>VII. 承認代表者</b>			
<p>正式代表者とはあなたが DSHS と給付金について話をする許可を与えた人のことを差します。指名できますが、必須事項ではありません。</p> <p style="text-align: center;">正式代表者はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p style="text-align: center;">この人物はあなたの法的後見人ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>正式代表人書(DSHS 14-532)を記入する必要がある可能性があります。</p>			
氏名	関係	電話番号	
郵送先住所	市	州	
		郵便番号	
<b>投票者登録</b>			
<p>本省は、自動登録を含む NVRA が必要とする投票者登録を提供しています。投票するための登録の申請または拒否は、この機関から提供されるサービスまたは給付金額に影響を与えることはありません。選挙人登録申請書の記入の際に、支援が必要であれば、当機関が支援します。この判断はあなたが任意に行えます。プライベートで投票者登録フォームを記入できます。どなたかによりあなたの投票者登録権利または登録拒否権、あなたの投票登録の有無に関するプライバシー権、およびあなたの政党やその他の政治的選択に干渉した疑いがある場合、次までご連絡ください：Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)</p> <p>投票者登録を行うまたは更新いたしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>記入しない場合、自動登録の資格を持ち、同自動登録を拒否しない場合を除き、現段階では投票者登録を行わないことを選択したとみなされます。</p> <p>上記の「いいえ」を選択した場合を除き、あなたは、自動投票者登録の対象者である可能性があります。自動登録資格は、次の選挙時に満18歳以上であり、アメリカ国籍を所持し、DSHSがあなたの現在の氏名、住所、郵便宛先、生年月日、国籍確認情報、および同確認情報の真実を示す書類の署名を行った場合に有資格者とみなされます。</p> <p>自動投票者登録いたしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>「はい」に記入した場合、或いは、明確に拒否を選択せず、自動投票権を有する場合、DSHSは、州務長官へあなたの情報を送付し、投票者登録を行います。</p>			
<b>宣言および署名</b>			
<p style="text-align: center;"><b>現金支援を申請する場合、家庭内の成人(あるいはその代理人)全員の署名が必要です。</b></p> <p style="text-align: center;"><b>食料補助の場合、申請者(あるいはその代理人)による署名が必要です。</b></p> <p>私は次の責任事項を理解します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>正確な情報を提示し、報告義務に従います。</li> <li>私が有資格者であることの証明を提供します。</li> <li>TANF受給時に養育費の権利の一部をワシントン州に与えます。私または私の子供を危険にさらす可能性がある場合、ワシントン州に養育費請求を控えることを要求できることを承知いたします。</li> <li>食料補助労働必要条件に協力します。</li> </ul> <p>もしこれらのことを怠った場合、受給を拒否される場合があるか、返金をしなければなりません。</p> <p>故意に虚偽の申し立てをしたり、報告すべき事項を報告しない場合、刑法で起訴されることを私は理解します。</p> <p>私は有資格の証明を取る援助が必要な場合、DSHSが他の人や機関に連絡を取ることを許可します。</p> <p>私は自分の権利と責任を読み、あるいは説明を受け、「受給者の権利および責任、DSHS 14-113」を受け取りました。私は、ワシントン州法において不実記載および偽証罪の適用を基に、本書に記入した本世帯の人物に関するあらゆる情報(世帯者の国籍と移民状態を含む)が全て事実であり正確であることを承認あるいは宣言いたします。</p>			
申請者の署名	日付	申請者の氏名 (楷書)	署名をした場所の市および州
他の成人申請者の署名	日付	他の成人申請者の氏名 (楷書)	署名をした場所の市および州
助力者または代理人の署名	日付	代理人の氏名 (楷書)	署名をした場所の市および州
Xで署名をした場合、証人の証明	日付	証人の氏名 (楷書)	