



Antrag auf Lebensmittelleistungen

Was sind Lebensmittelleistungen?

Lebensmittelleistungen helfen Haushalten, in autorisierten Supermärkten bestimmte Lebensmittel zu kaufen. Somit wird die Kaufkraft für Lebensmittel für Haushalte mit geringem Einkommen erhöht, sodass Personen, die in solchen Haushalten leben, nahrhaftere Mahlzeiten zu sich nehmen können.

Wie kann ich Lebensmittelleistungen beantragen?

Schritt 1. Füllen Sie diesen Antrag aus: Sie haben das Recht, auf Aufforderung einen Antrag zu erhalten. Wenn Sie heute nicht den ganzen Antrag ausfüllen können, wird er dennoch akzeptiert, solange Sie unten auf dieser Seite Ihren Namen und Ihre Adresse angeben und den Antrag unterschreiben. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars benötigen, sprechen Sie bitte mit uns, damit wir Ihnen helfen können.

Schritt 2. Reichen Sie den Antrag so schnell wie möglich bei Ihrer lokalen Behörde für Soziales und Familie ein: Sie können den Antrag per Post oder Fax an Ihre lokale Behörde für Soziales und Familie schicken oder ihn persönlich abgeben. Das Datum, an dem wir Ihren Antrag mit Ihrem Namen, Ihrer Adresse und Ihrer Unterschrift erhalten, ist gleichzeitig das Startdatum Ihres Antrags auf Lebensmittelleistungen. Wenn Sie in dem Monat, in dem Sie Ihren Antrag stellen, Anspruch auf Lebensmittelleistungen haben, ist die Höhe solcher Lebensmittelleistungen für diesen Monat von dem Datum abhängig, an dem Sie Ihren Antrag einreichen. Je früher Sie uns diesen Antrag geben, desto schneller erfahren Sie, ob Sie Lebensmittelleistungen erhalten können.

Schritt 3. Sprechen Sie mit uns: Ein Sachbearbeiter muss Sie oder eine Person, die Sie als Ihren Vertreter auswählen, interviewen. Darin wird bestimmt, ob Sie Lebensmittelleistungen erhalten können. Wenn Sie dieses Interview heute nicht führen können, sagen Sie bitte am Empfang Bescheid oder informieren Sie einen Sachbearbeiter, damit wir einen Termin für ein Interview mit Ihnen vereinbaren können.

Informationen zu Sozialversicherungsnummern, US-Staatsbürgerschaft und Immigrationsstatus

Sie müssen keinen Antrag für sich selbst oder Mitglieder Ihres Haushalts stellen und sind nicht verpflichtet, Fragen zu Sozialversicherungsnummer und Staatsbürgerschaft/Immigrationsstatus für die Personen zu beantworten, für die Sie keinen Antrag stellen. Für jede Person, für die Sie den Antrag stellen, müssen Sie Angaben zu Sozialversicherungsnummer und Staatsbürgerschafts-/Immigrationsstatus machen. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist für Antragsteller für Leistungen gemäß der Lebensmittelvereinbarung (Food and Nutrition Act) verpflichtend. Wir geben keine Sozialversicherungsnummern an den INS weiter. Wir verwenden die Sozialversicherungsnummern, die Sie uns geben, nur für Computervergleiche, um Ihre Angaben mit dem Einkommens- und Anspruchsüberprüfungssystem (Income and Eligibility Verification System, IEVS) der bundesstaatlichen und nationalen Behörden, anderen Computervergleichssystem und Programmprüfungen zu vergleichen. Im Falle von Unstimmigkeiten können diese Informationen über andere Quellen verifiziert werden und können sich auf den Anspruch und die Höhe der Leistungen Ihres Haushalts auswirken. Sie müssen ein US-amerikanischer (US) Staatsbürger oder ein anspruchsberechtigter Ausländer sein und ferner andere Regeln für Lebensmittelleistungen erfüllen, um Lebensmittelleistungen zu erhalten. Wir kontaktieren den USCIS nur, um den Immigrationsstatus von Haushaltmitgliedern zu prüfen, die uns ihre Einwanderungspapiere gegeben haben. Wenn ein Antragsteller diese Informationen nicht bereitstellt, hat er keinen Anspruch auf Leistungen. Haushaltmitglieder müssen Ihre Finanzinformationen bereitstellen, da sie erforderlich sind, um die Anspruchsberechtigung der antragstellenden Personen zu ermitteln. Anspruchsberechtigte antragstellende Haushaltmitglieder können auch dann Leistungen erhalten, wenn einige Personen im Haushalt keine Leistungen beantragen. Die Höhe der Leistungen hängt von der Anzahl Personen ab, die Leistungen beantragen.

Brauchen Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars?

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags benötigen, um Lebensmittelleistungen zu beantragen, informieren Sie uns bitte, damit wir Ihnen helfen können. Benötigen Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Antrags? Ja Nein

Benötigen Sie einen Dolmetscher, um Ihnen bei der Beantragung von Lebensmittelleistungen zu helfen?

Wenn Sie Hilfe bei der Beantragung von Lebensmittelleistungen benötigen, kann Ihnen kostenlos ein Dolmetscher bereitgestellt werden. Möchten Sie die Hilfe eines Dolmetschers in Anspruch nehmen? Ja Nein
Si usted necesita ayuda al solicitar los beneficios de Cupones de Alimentos, se le puede otorgar los servicios gratuitos de un intérprete, ¿Quisiera que un intérprete lo ayude? Ja Nein

Informationen über Ihren Haushalt

Name:			
_____	_____	_____	_____
<i>Vorname</i>	<i>Erster Buchstabe des zweiten Vornamens</i>	<i>Nachname</i>	<i>Bekannt als</i>
Adresse, an der Sie leben: Seit wann leben Sie an dieser Adresse?			
_____	_____	_____	_____
<i>Straße</i>	<i>Stadt</i>	<i>Bundesstaat</i>	<i>Postleitzahl</i>
Postanschrift (wenn abweichend von oben angegebener Anschrift):			
_____	_____	_____	_____
<i>Straße</i>	<i>Stadt</i>	<i>Bundesstaat</i>	<i>Postleitzahl</i>
Welche Sprache sprechen Sie?			

Wie erreichen wir Sie?			
_____	_____	_____	_____
<i>Telefonnummer (privat)</i>	<i>Mobiltelefonnummer</i>	<i>Telefonnummer (beruflich)</i>	<i>Sonstige Telefonnummer</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Unterschrift</i>	<i>Datum</i>	<i>Unterschrift des Zeugen (wenn Unterschrift ein X ist)</i>	

Muss jemand Ihre Lebensmittelleistungen für Sie beantragen oder Ihre Lebensmittelleistungen nutzen?

Wenn Sie möchten, dass jemand anders als Sie selbst Ihre Leistungen beantragt, nutzt oder Informationen zu Ihren Leistungen erhält, markieren Sie unten bitte „Ja“. Wenn Sie **Ja** markieren, geben oder schicken wir Ihnen ein Formular. Sie und die Person, deren Hilfe Sie möchten, können das Formular ausfüllen und es an unser Büro zurücksenden. Wenn Sie möchten, erhält diese Person eine EBT-Karte und hat Zugang zu Ihren Lebensmittelleistungen. Eine EBT-Karte ist eine Plastikkarte zur elektronischen Übertragung von Leistungen, die Sie im Supermarkt verwenden, um Lebensmittel zu kaufen. Möchten Sie, dass jemand (ein befugter Vertreter) Ihnen hilft, Ihre Lebensmittelleistungen zu erhalten und/oder Ihre Lebensmittelleistungen zu nutzen? Ja Nein

Wann erhalte ich meine Lebensmittelleistungen?

Wenn Sie Anspruch auf Lebensmittelleistungen haben, erhalten Sie sie innerhalb von **30 Kalendertagen** nach dem Datum, an dem Sie Ihren Antrag mit Ihrem Namen, Ihrer Adresse und Ihrer Unterschrift einreichen. Wenn Sie gleichzeitig Lebensmittelleistungen und zusätzliche Sozialleistungen von einer Stelle beantragen, wird das Einreichungsdatum bestimmt, wenn der Antrag der Behörde vorgelegt wird. Wenn Sie die Antragskriterien für eine beschleunigte Bearbeitung erfüllen, können Sie innerhalb von **7 Kalendertagen** Lebensmittelleistungen erhalten. Um Ihren Anspruch auf beschleunigte Bearbeitung festzustellen, stellen Sie sicher, dass Sie die erforderlichen Informationen angegeben haben, indem Sie die Fragen zum Einkommen, Vermögen und zu den Kosten Ihres Haushalts beantwortet haben und angegeben haben, ob jemand in Ihrem Haushalt ein Einwanderer/saisonaler Farmarbeiter ist. Ihr Haushalt befindet sich möglicherweise in einer Notlage, wenn:

- Das monatliche Bruttoeinkommen Ihres Haushalts weniger als 150 USD beträgt und Ihr Haushalt 100 USD oder weniger bei der Bank hat, oder die Miete, Hypothek oder Betriebskosten Ihres Haushalts das monatliche Bruttoeinkommen Ihres Haushalts und das Geld bei der Bank übersteigen oder
- Sie oder ein Mitglied Ihres Haushalts ein Einwanderer/saisonaler Farmarbeiter sind.

Beschleunigte Leistungen

Die folgenden Informationen helfen uns bei der Bestimmung, ob der Antragsteller und die Personen in seinem Haushalt Anspruch auf eine schnellere Bearbeitung ihrer Lebensmittelunterstützung haben.	Betrag
Wie hoch ist das gesamte monatliche anrechenbare Bruttoeinkommen des Haushalts?	
Was sind die gesamten Barreserven/Rücklagen des Haushalts?	
Wie hoch sind die monatlichen Unterkunftskosten (Miete oder Hypothek), die der Haushalt zu zahlen hat?	
Was ist, wenn zutreffend, der jeweilige Versorgungsstandard (SUA/BUA/TUA)?	
Ist jemand im Haushalt ein Einwanderer oder saisonaler Farmarbeiter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, bitte a-d ausfüllen Wenn Nein, weiter zum nächsten Abschnitt	
a. Ist seine/ihre Arbeit vor Kurzem zu Ende gegangen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein b. Ist das einzige Einkommen, das im Antragsmonat erhalten wurde, vor heute zu Ende gegangen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein c. Wird er/sie in den nächsten 10 Tagen 25 USD oder weniger von einem neuen Arbeitgeber erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein d. Werden seine/ihre flüssigen Mittel (zum Beispiel Bargeld, Rücklagen) 100 USD oder weniger betragen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Informationen zu den Personen in Ihrem Haushalt

Zu Ihrem Haushalt gehören Sie und alle Personen, die mit Ihnen zusammenleben, auch wenn es nicht Ihre Verwandten sind. Füllen Sie für alle Personen in Ihrem Haushalt untenstehende Tabelle aus und geben Sie an, ob Sie den Antrag für sie stellen. Fügen Sie ein separates Blatt bei, wenn der Platz in diesem Abschnitt nicht ausreicht. Wir werden bestimmen, wer in Ihrem Lebensmittelleistungsfall berücksichtigt werden muss.

Name (Vorname, erster Buchstabe des zweiten Vornamens & Nachname)	Beziehung zu Ihnen	Familien- stand	Geburts- Datum	Geschlecht M/W	Beantragung? (Ja/Nein)	*Optional *Sozial- versicherungs- nummer	* Optional US- Staatsbürger? (Ja/Nein)	*Optional Hispanisch oder Latino (Ja/Nein)	*Optional Abstammung (siehe unten)
	Allein								

***Sozialversicherungsnummer und Informationen zur Staatsbürgerschaft sind für Personen, die sich nicht für Leistungen bewerben, nicht erforderlich.**

***Die Nicht-Angabe von ethnischer Herkunft oder Abstammung wirkt sich nicht auf Leistungen oder Höhe der Leistungen aus. Wenn die Informationen nicht bereitgestellt werden, erfasst die Behörde die Informationen im Rahmen des Interviews durch Beobachtung. Die Angabe dieser Informationen hilft sicherzustellen, dass Programmleistungen ohne Rücksicht auf Abstammung, Hautfarbe oder nationaler Herkunft verteilt werden (diese Informationen werden nur für statistische Zwecke verwendet).**

***ABSTAMMUNG:** Wählen Sie eine oder mehrere zutreffende Nummern und geben Sie sie oben unter **Abstammung** ein: 1 - Amerikanischer Indianer/Ureinwohner Alaskas
 2 - Asiat 3 - Schwarz/Afro-Amerikaner 4 - Ureinwohner Hawäii/Andere Pazifikinsel 5 - Weiß

Wohnen Sie in diesem Bundesstaat? Ja Nein

Leben Sie hier: permanent oder vorübergehend?

Bitte wählen Sie Art der Wohnsituation, die auf Ihren Haushalt am besten zutrifft. Wir leben/ich lebe in einem Heim, Pflegeheim für Erwachsene, Alkohol- und/oder Drogentherapiezentrum, Gruppenheim, Übergangswohnheim zu Reintegration in die Gesellschaft, Hotel,

in einer Institution, in einem stationären Therapiezentrum, Zentrum für misshandelte Frauen und Kinder,

Sonstiges _____ Seit wann (Datum) existiert Ihre Wohnsituation? _____

Kaufen alle Personen in Ihrem zu Hause Lebensmittel zusammen und kochen zusammen? Ja Nein Wenn **Nein**, wer kauft getrennt ein?

Name der separaten Person(en) _____

Hat jemand in Ihrem Haushalt eine EBT-Karte? Ja Nein Wer? _____

Von welchem Bundesstaat wurde diese Karte ausgegeben? _____ Wenn ja, wann wurde sie zuletzt genutzt? _____

Erhält jemand in diesem oder in einem anderen Verwaltungsbezirk oder Bundesstaat Lebensmittelleistungen, Lebensmittelmarken oder SNAP? Ja Nein

Wenn ja, wer? _____ Welcher Verwaltungsbezirk oder welcher Bundesstaat? _____

Seit wann werden diese Leistungen erteilt? _____ Bis wann wurden diese Leistungen erteilt? _____

Wie viel haben Sie erhalten? _____

Nimmt jemand an einem Lebensmittelverteilungsprogramm auf einem Indianerreservat teil? Ja Nein

Trifft eine der folgenden Situationen auf Personen in Ihrem Haushalt zu?

Bitte alle zutreffenden Antworten markieren.

Jemand in meinem Haushalt:

Ein Pflegekind Soll dieses Kind in Ihren Fall aufgenommen werden? Ja Nein Wer? _____

Schwanger Geburtstermin _____ Wer? _____

Ist in einem Therapieprogramm für Drogen/Alkohol Wer? _____

Ist eine Hilfskraft, die im Haus lebt und sich um jemanden in Ihrem Haushalt kümmert Wer? _____

Mietet ein Zimmer von Ihnen Wer? _____

Beahlt für Essen **und** Unterkunft Wer? _____

Ist von Lebensmittelleistungen in North Carolina oder einem anderen Bundesstaat ausgeschlossen Wer? _____

Versucht, der Verfolgung wegen eines Verbrechens zu entkommen oder flieht vor den Strafverfolgungsbehörden Wer? _____

Versucht, nach Verurteilung wegen eines Verbrechens die Inhaftierung zu vermeiden Wer? _____

Verstößt gegen Bewährungs- oder Hafturlaubsauflagen Wer? _____

Ist eine Person, die wegen einer Straftat in Verbindung mit Drogen verurteilt wurde, die nach dem 22. August 1996 begangen wurde Wer? _____

Ist eine Person, die aufgrund des betrügerischen Erhalts doppelter Leistungen verurteilt wurde Wer? _____
in einem beliebigen Bundesstaat nach dem 22. August 1996

Ist eine Person, die aufgrund des Handels von Leistungen für Waffen, Drogen, Munition oder Sprengstoff verurteilt wurde Wer? _____
nach dem 22. August 1996

Ist eine Person, die aufgrund des Kaufs oder Verkaufs von Leistungen in Höhe von 500 USD oder mehr verurteilt wurde Wer? _____
nach dem 22. August 1996

Ist mindestens Halbzeit in einem College oder einer Berufsschule/technischen Schule eingeschrieben Wer? _____
Name der Schule _____

Wenn Sie an Ihrem jetzigen Wohnort nicht ins Wählerverzeichnis eingetragen sind, möchten Sie

hier und heute eine Eintragung ins Wählerverzeichnis beantragen? Ja Nein WENN SIE KEINES DER KONTROLLKÄSTCHEN MARKIEREN, BEDEUTET DIES, DASS SIE SICH ENTSCHIEDEN HABEN, SICH ZUM JETZIGEN ZEITPUNKT NICHT INS WÄHLERVERZEICHNIS EINTRAGEN ZU LASSEN.

Über welche Vermögenswerte verfügen Personen in Ihrem Haushalt?

Vermögenswerte bezeichnen Wertgegenstände, die Sie besitzen, zum Beispiel Bargeld oder Bankkonten. Wir werden bestimmen, ob eine Überprüfung erforderlich ist und ob sie Ihnen zur Verfügung stehen. Bitte markieren Sie alle Vermögensgegenstände, die Sie besitzen, die jemand anders in Ihrem Haushalt besitzt oder die sie gemeinsam mit Personen, bei denen es sich nicht um Mitglieder des Haushalts handelt, besitzen.

Füllen Sie bitte für alle oben markierten Dinge die untenstehenden Kästen aus:

Art des Vermögenswerts	Wem gehört dies?	Wert	Geschäftsname und Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bargeld			
<input type="checkbox"/> Giro- und/oder Sparkonto			
<input type="checkbox"/> Pensionsrücklagen			
<input type="checkbox"/> Anlagefonds oder Treuhandfonds			
<input type="checkbox"/> Im Voraus bezahlte Bestattungsverträge			
<input type="checkbox"/> Einlagenzertifikate			
<input type="checkbox"/> Aktien oder Anleihen			

Mein Haushalt besitzt keine der aufgeführten Vermögenswerte

Hat jemand in Ihrem Haushalt in den vergangenen 3 Monaten Vermögenswerte übertragen, um Lebensmittelleistungen zu erhalten?

Ja Nein

Welches Geld erhalten Personen in Ihrem Haushalt aus Arbeitstätigkeit?

Bitte Vollzeit, Teilzeit, Tagesarbeiten, temporäre Arbeiten, Arbeit im Rahmen der Ausbildung und Arbeit für Trinkgelder berücksichtigen.

Arbeitet jemand in Ihrem Haushalt? Ja Nein

Name	Arbeitgeber (Name, Adresse, Telefonnummer, wenn verfügbar)	Start Datum	Bruttoeinkommen (Einkommen vor Steuern)	Wir häufig wird Einkommen ausgezahlt?	Letztes Datum der Einkommensauszahlung?	Wochentag der Einkommensauszahlung?	Stunden pro Woche?	Arbeitstage pro Woche?

Bitte legen Sie für den vorherigen Monat einen Nachweis vor. Beispiel: wenn der aktuelle Monat Juni ist, benötigen wir Nachweise von ALLEN Zahlungen, die im Monat Mai erhalten wurden. Bitte verschieben Sie das Einreichen Ihres Antrags nicht auf später, wenn Sie den Nachweis nicht haben. Sie können ihn später nachreichen.

Ist jemand in Ihrem Haushalt selbstständig tätig? Ja Nein Wenn ja, bitte unten ausfüllen.

Beispiele sind Babysitting, Verkauf von Avon oder anderen Produkten, Landwirtschaft, Frisörtätigkeiten, Vermietung von Häusern, Gartenarbeit für andere oder Gelegenheitsarbeiten.

Name	Start Datum	Geschäftsname	Geschäftsart	Monatliches Bruttoeinkommen	Monatliche Ausgaben

Bitte legen Sie einen Nachweis der Steuerunterlagen des vergangenen Jahres vor. Wenn keine Steuerunterlagen zur Verfügung stehen, legen Sie bitte einen Nachweis über Einkommen und Belege für Geschäftsausgaben für die vergangenen 12 Monate vor. Bitte verschieben Sie das Einreichen Ihres Antrags nicht auf später, wenn Sie den Nachweis nicht haben. Sie können ihn später nachreichen.

Ist jemand kurz davor, eine neue Stelle anzutreten? Ja Nein Wenn ja, bitte unten ausfüllen.

Name	Arbeitgeber (Name, Adresse, Telefonnummer, wenn verfügbar)	Start Datum	Brutto- einkommen (Einkommen vor Steuern)	Wir häufig wird Einkommen ausgezahlt?	Datum der ersten Einkommens- auszahlung?	Wochentag der Einkommens- auszahlung?	Stunden pro Woche?	Arbeitstage pro Woche?

Hat jemand in den vergangenen 30 Tagen aufgehört zu arbeiten? Ja Nein Wenn ja, bitte unten ausfüllen.

Name	Arbeitgeber (Name, Adresse, Telefonnummer, wenn verfügbar)	Enddatum	Datum des Erhalts der letzten Einkommensauszahlung?	Bruttobetrag von letzter Einkommensauszahlung	Grund für Ende der Arbeitstätigkeit?

Ist jemand ein Einwanderer oder saisonaler Farmarbeiter? Ja Nein Wenn ja, wer? _____
 Datum des Arbeitsbeginns? _____
 Aktueller Arbeitsplatz und Telefonnummer? _____

Streikt jemand? Ja Nein Wenn ja, wer? _____
 Letztes Arbeitsdatum? _____ Vorgangener Arbeitsplatz und Telefonnummer? _____

Welches Geld erhalten Personen in Ihrem Haushalt von anderen Stellen?

Wir müssen wissen, wie viel Geld oder welche Schecks Sie von anderen Stellen als von der Arbeit erhalten. Bitte markieren Sie alle der folgenden Arten, wie Sie Geld erhalten.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adoptionszahlungen, Zahlungen für ein Pflegekind oder für Vormundschaft | <input type="checkbox"/> Sozialversicherung |
| <input type="checkbox"/> Jahresrenten, Pensionen oder Ruhestandszahlungen | <input type="checkbox"/> Sonderhilfe (Special Assistance, SA) |
| <input type="checkbox"/> Alimente | <input type="checkbox"/> Zusätzliche Sozialhilfeleistungen (Supplementary Security Income, SSI) |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen für Kinder von einem Elternteil oder <input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen für Kinder vom Gericht | <input type="checkbox"/> Arbeitslosenunterstützung |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsstipendien | <input type="checkbox"/> Kriegsveteranenzahlungen |
| <input type="checkbox"/> Militärzahlungen | <input type="checkbox"/> Work First/TANF |
| <input type="checkbox"/> Geld von Freunden oder Verwandten, bei dem es sich nicht um ein Darlehen handelt und das Sie nicht zurückzahlen müssen | <input type="checkbox"/> Zinsen und Dividenden |
| <input type="checkbox"/> Zahlungen aus dem Verkauf eines Vermögenswerts (zum Beispiel ein Auto, Boot, Wohnwagen oder Haus) | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> Private Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| | <input type="checkbox"/> Mein Haushalt erhält keine anderen Gelder |

Füllen Sie bitte für alle oben markierten Dinge die untenstehenden Kästen aus:

Art des Geldes	Wer erhält das Geld?	Wer gibt das Geld?	Telefonnummer und Adresse der Person/Organisation, von der Sie Geld erhalten?	Wie viel?	Wie oft?	Datum des letzten Erhalts?

Handelt es sich bei einem der oben genannten Einkommen um Unterhaltszahlungen für Kinder? Ja Nein Wenn ja, wurden diese Unterhaltszahlungen gerichtlich angeordnet? Ja Nein
 Wenn ja, wie lautet die Gerichtsbeschlussnummer _____ Feststellungsdatum _____ Pflichtbetrag _____

Informationen zu Ihren Haushaltsrechnungen

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt für alle Ausgaben aus, die Ihr Haushalt bezahlen muss.

Art der Ausgaben	Name, Adresse, Telefonnummer der Person/Organisation, der Sie die Rechnung bezahlen	In Rechnung gestellter Betrag	Wie häufig bezahlt?	Wer zahlt die Rechnung?
Miete oder Hypothek				
Grundstücksmiete				
Grundsteuern (wenn nicht in Hypothek inbegriffen)				
Hauseigentümersversicherung (wenn nicht in Hypothek inbegriffen)				
Abgaben des Hauseigentümers				

Markieren Sie die Kästchen neben den Versorgungskosten, die Ihr Haushalt zahlen muss.

Strom Flüssiggas/Erdgas Wasser/Abwasser Abfallentsorgung Versorgungsbeitrag (Sozialwohnunge

Telefon/Mobiltelefon Name des Telefonunternehmens? _____

Müssen Sie für Heizung oder Kühlung Ihres Hauses bezahlen? Ja Nein

Wie heizen Sie Ihr Haus? (Eine Antwort auswählen)

Strom Erdgas Kerosin Holz
 Flüssiggas Kohle Öl Sonstiges _____

Waren Sie Mitglied eines Haushaltes, der an Ihrer aktuellen Adresse in den letzten 12 Monaten einen Scheck des Energieunterstützungsprogramms für Haushalte mit geringem Einkommen (Low Income Energy Assistance Program, LIEAP) erhalten hat? Ja Nein

Erhalten Sie Unterstützung „Section 8“ oder HUD? Ja Nein

Hilfe bei der Zahlung von Rechnungen

Helfen Behörden, Organisationen oder Personen (einschließlich Section 8) außerhalb Ihres Haushalts bei der Zahlung Ihrer Miete oder Versorgungsleistungen? Ja Nein Wenn ja, bitte Fragen unten ausfüllen.

Welche Rechnung wird bezahlt?	Name, Adresse, Telefonnummer der Person, die die Rechnung bezahlt?	Haben Sie das Geld bekommen?	Gezahlter Betrag?	Wie häufig bezahlt?	Datum der letzten Zahlung?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Informationen zu Ihren anderen Rechnungen

Zahlen Sie oder jemand in Ihrem Haushalt für Kinderbetreuung oder die Betreuung erwachsener Behinderter? Ja Nein Wenn ja, bitte Fragen unten ausfüllen.

Wer wird betreut?	Wer zahlt für die Betreuung?	Name, Adresse und Telefonnummer des Betreuungsanbieters/Babysitters	Gezahlter Betrag?	Wie oft?	Startdatum?	Warum benötigt?	Datum der letzten Zahlung?	Anzahl der Stunden pro Woche

Helfen Behörden, Organisationen oder Personen (einschließlich das Sozialamt) außerhalb Ihres Haushalts bei der Zahlung Ihrer Kinderbetreuung? Ja Nein Wenn ja, bitte Fragen unten ausfüllen.

Welche Rechnung wird bezahlt?	Name, Adresse, Telefonnummer der Person, die die Rechnung bezahlt?	Gezahlter Betrag?	Wie häufig gezahlt?	Datum der letzten Zahlung?

Gerichtlich angeordnete Unterhaltszahlungen für Kinder

Leistet Ihr Haushalt gerichtlich angeordnete Unterhaltszahlungen für Kinder außerhalb Ihres Hauses? Bitte auch gerichtlich angeordnete Krankenversicherungszahlungen berücksichtigen Ja Nein Wenn ja, bitte Fragen unten ausfüllen.

Wer leistet die Unterhaltszahlungen für Kinder?	Name des Kindes?	Name, Adresse und Telefonnummer der Person, die die Unterhaltszahlungen für Kinder leistet?	Gezahlter Betrag?	Startdatum?	Wie häufig bezahlt?	Datum der letzten Zahlung?

Medizinische Rechnungen für behinderte Personen oder Personen über 60 Jahre

(Eine behinderte Person erhält normalerweise Behindertenzahlungen von einer Regierungsbehörde, zum Beispiel von der Sozialversicherung, zusätzliche Sozialhilfeleistungen, Kriegsveteranenzahlungen für 100 % Behinderung oder Medicaid für behinderte Personen.)

Ist jemand 60 Jahre oder älter oder behindert? Ja Nein Wenn ja, wer? _____. Wann hat die Behinderung begonnen? _____. Wer hat die Behinderung festgestellt? _____.

Wenn ja, müssen wir Angaben zu den medizinischen Rechnungen, die Sie haben oder für deren Zahlung Sie zuständig sind, kennen. Zu medizinischen Rechnungen gehören unter anderem:

Versicherungsbeiträge oder Beitragszahlungen für Kranken- und Krankenhausversicherung

Lebensmittel und/oder tierärztliche Behandlung für ein ausgebildetes Diensttier

Transport und Unterkunft, um medizinische Behandlung zu erhalten

Medicare-Zahlungen

Arzt- und Krankenhausrechnungen

Medizinische und zahnärztliche Behandlung

Verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medikamente und medizinischer Bedarf, zum Beispiel Aspirin, Diabetikerbedarf und Brille

Miete und Kauf von medizinischen Geräten und Medizinbedarf

Verschriebene Brille und Kontaktlinsen

Zahnersatz, Hörgeräte und Prothesen

Zahlungen für Hilfskräfte, Pfleger und Krankenschwestern

Art der Ausgabe?	Wann haben die Ausgaben begonnen?	Name, Adresse, Telefonnummer des medizinischen Anbieters?	Gezahlter Betrag?	Wie häufig bezahlt?	Datum der letzten Zahlung?

Helfen Behörden, Organisationen oder Personen (einschließlich das Sozialamt) außerhalb Ihres Haushalts bei der Zahlung Ihrer medizinischen Rechnungen? Ja Nein Wenn ja, bitte unten ausfüllen.

Wer zahlt die Rechnung? _____ Welche Rechnung wird bezahlt? _____ Betrag pro Monat? _____

Wer zahlt die Rechnung? _____ Welche Rechnung wird bezahlt? _____ Betrag pro Monat? _____

Durch Unterzeichnung dieses Antrags bestätige ich, dass:

1. Die Angaben auf diesem Formular wahrheitsgemäß sind.
2. Ich die Regeln für Lebensmittelleistungen kenne und weiß, was ich tun muss, um Lebensmittelleistungen zu erhalten.
3. Ich zustimme, Informationen über meine Angaben bereitzustellen, damit mein Antrag bearbeitet werden kann. Ich bin mir bewusst, dass die von mir gemachten Angaben anderen nationalen und bundesstaatlichen Behörden zur offiziellen Untersuchung sowie Strafverfolgungsbeamten zum Zwecke des Fassens von Personen auf der Flucht vor dem Gesetz weitergegeben werden können.
4. Ich erteile dem Sozialamt meine Einwilligung, meine Angaben bei Personen, Behörden oder Unternehmen zu überprüfen. Zu anderen Personen, Behörden oder Unternehmen gehören insbesondere: Arbeitgeber, Banken, Sparkassen und Darlehensbanken, Vermieter usw.
5. Ich habe korrekte Angaben zur Staatsbürgerschaft/zum Immigrationsstatus aller Personen, für die dieser Antrag gilt, gemacht.
6. Ich verstehe, dass meine Ausgaben genutzt werden können, um die Höhe meiner Lebensmittelleistungen zu bestimmen. Wenn ich Ihnen keine Angaben zu meinen Ausgaben mache und/oder keine Nachweise über solche Ausgaben vorlege, können Sie in dem Budget zur Berechnung der Höhe meiner Leistungen nicht berücksichtigt werden.
7. Ich habe das Formular Programminformationen und Rechte und Verantwortungen gelesen, verstanden und erhalten.

8. Ich bin mir der Strafen für vorsätzliche Programmverstöße bewusst Personen, die eines vorsätzlichen Programmverstoßes durch eine administrative Disqualifikationsanhörung oder durch ein nationales, bundesstaatliches oder lokales Gericht für schuldig befunden wurden, haben für folgende Zeiträume keinen Anspruch auf den Erhalt von Lebensmittelleistungen:
Für einen Zeitraum von zwölf Monaten für den ersten vorsätzlichen Programmverstoß, für einen Zeitraum von vierundzwanzig Monaten bei dem zweiten Fall und permanent für den dritten Fall eines vorsätzlichen Programmverstoßes.

Zusätzliche Programmverstöße:

- . Wenn Sie Ihre Lebensmittelleistungen nutzen, um Produkte zu kaufen, bei denen es sich nicht um Lebensmittel handelt (zum Beispiel Alkohol oder Zigaretten) oder um Abzahlungskonten zu bezahlen, verlieren Sie Ihre Leistungen.
- . Die wissentliche Angabe falscher Informationen kann auch bedeuten, dass wir Ihre Leistungen reduzieren oder dass Sie Leistungen zurückzahlen müssen oder dass Sie der strafrechtlichen Verfolgung unterliegen oder für einen Zeitraum von vierundzwanzig Monaten keine Leistungen erhalten können.
- . Wenn Sie von einem Gericht für schuldig befunden werden, mit Lebensmittelmarken für kontrollierte Substanzen gehandelt zu haben, verlieren Sie Lebensmittelleistungen beim ersten Mal für einen Zeitraum von zwei Jahren und beim zweiten Mal für immer.
- . Wenn Sie von einem Gericht für schuldig befunden werden, nach dem 22. August 1996 Lebensmittelmarken im Wert von 500 USD oder mehr gekauft, verkauft oder damit gehandelt zu haben, für Schusswaffen, Drogenschmuggel, Munition oder Sprengstoffe gehandelt zu haben, können Sie Ihre Lebensmittelleistungen für immer verlieren.
- . Wenn Sie für schuldig befunden werden, Lebensmittelleistungen in mehr als einem Haushalt auf einmal bekommen zu haben oder versucht zu haben, Lebensmittelleistungen in mehr als einem Haushalt auf einmal zu bekommen, erhalten Sie für einen Zeitraum von 10 Jahren keine Lebensmittelleistungen mehr. Diese Strafe wird verhängt, wenn Sie falsche Angaben zu Ihrer Identität oder zu Ihrem Wohnort machen.
- . Wenn Sie von einem Gericht für schuldig befunden werden, mit Lebensmittelmarken für kontrollierte Substanzen gehandelt zu haben, verlieren Sie Lebensmittelleistungen beim zweiten Mal für immer.
- . Wenn Sie vorsätzlich gegen die Regeln verstoßen, können Sie möglicherweise permanent keine Lebensmittelleistungen mehr erhalten und es können Strafen in Höhe von bis zu 250.000 USD und/oder Haftstrafen von bis zu 20 Jahren gegen Sie verhängt werden. Auf gerichtliche Anordnung können Sie Ihren Anspruch auf Lebensmittelleistungen auch für weitere 18 Monate verlieren.

_____ Unterschrift	_____ Datum
_____ Unterschrift des Zeugen (wenn obenstehende Unterschrift ein X ist)	_____ Datum
_____ Unterschrift des Sachbearbeiters und Verwaltungsbezirknummer	_____ Datum