

AN: _____ Behörde für Soziales und Familie des
Verwaltungsbezirks
Lebensmittelleistungen

Zusätzliche Sozialleistungen/Lebensmittel- leistungen Antrag

Anspruch Notfallleistungen

Wenn der Haushalt Anspruch auf Notfallleistungen hat, markieren Sie bitte oben und FAXEN Sie dieses Formular an die zuständige lokale Behörde für Soziales und Familie.

Antrag vor Entlassung

Datum, an dem der Antragsteller voraussichtlich von der Institution entlassen wird: _____

Name der Institution: _____

Adresse der Institution: _____

Telefonnummer der Institution: _____ Ansprechpartner: _____

VON: _____ SSA-Stelle

Eingangsdatum bei SSA: _____

Eingangsdatum bei der Behörde für Soziales und Familie: _____ **ANTRAG
AUF LEBENSMITTELLEISTUNGEN**

TEIL EINS Informationen zum Einreichen Ihres Antrags

➤ **Antrag auf Lebensmittelleistungen**

Zur Beantragung von Lebensmittelleistungen müssen Sie unten Ihren Namen und Ihre Adresse angeben. Unterschreiben Sie mit Ihrem Namen auf der Linie Unterschrift. Geben Sie das unterschriebene Formular Ihrem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen.

NAME (Druckbuchstaben): _____	ADRESSE: _____
UNTERSCHRIFT: _____	STADT: _____ BUNDESSTAAT: __ PLZ: _____
DATUM: _____	Telefon- oder Kontaktnummer _____

Die Höhe der Lebensmittelleistungen, die Sie erhalten, hängt von dem Zeitpunkt ab, an dem Sie sie beantragen. Je schneller Sie diesen Antrag unterschreiben und Ihrem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen geben, desto schneller können Sie Ihre Lebensmittelleistungen erhalten. Sie können Lebensmittelleistungen beantragen und diese, wenn Sie anspruchsberechtigt sind, erhalten, unabhängig von Ihrer Abstammung, Ihrem Geschlecht, Ihrem Alter, Ihrer Behinderung, Ihrer Religion, Ihrer nationalen Herkunft oder Ihrer politischen Überzeugung.

Ich verstehe, dass mein Antrag auf Lebensmitteldienste möglicherweise vor meinem Antrag auf zusätzliche Sozialleistungen bearbeitet wird. Ich verstehe, **dass meine Lebensmittelleistungen ohne Vorankündigung reduziert werden können**, wenn meine zusätzlichen Sozialleistungen genehmigt werden.

➤ **Bürgerrechte**

Sie haben ein Recht auf Schutz vor Diskriminierung oder den Auswirkungen von Diskriminierung auf Grundlage von Abstammung, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter, Religion, politischer Überzeugung oder Behinderung. Um eine Diskriminierungsbeschwerde für die Lebensmittelleistungen einzureichen, kontaktieren Sie bitte 1-(800) 795-3272 (Stimme) oder (202) 720-6382 (Fernschreiber) oder schreiben Sie an:

United States Department of Agriculture (USDA)
 Director, Office of Civil Rights
 1400 Independence Avenue, S.W.
 Washington, D.C. 20250-9410, USA

➤ **Interview**

Nachdem Sie dieses Formular unterzeichnet und Ihrem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen gegeben haben, müssen Sie einige Fragen zu Ihrem Einkommen, Rechnungen und den Personen, die in Ihrem Haushalt leben, beantworten.

➤ **Die Wahrheit sagen**

Alles, was Sie Ihrem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen sagen, muss der Wahrheit entsprechen. Sollten Sie nicht die Wahrheit sagen, können Sie gerichtlich verfolgt und aufgrund eines Verbrechens angeklagt werden. Wenn Sie für schuldig befunden werden, müssen Sie jegliche Lebensmittelleistungen, die Sie erhalten, aber nicht hätten erhalten sollen, zurückzahlen. Das erste Mal, wenn dies passiert, kann Ihnen der Erhalt von Lebensmittelleistungen für ein Jahr verweigert werden, das zweite Mal für zwei Jahre und das dritte Mal für den Rest Ihres Lebens.

Wenn jemand in meinem Haushalt von einem Gericht verurteilt wird, falsche Informationen zu seiner Identität **oder** zu seinem Wohnort bereitgestellt zu haben, um Lebensmittelleistungen an mehr als einem Ort zu erhalten, hat er für einen Zeitraum von 10 Jahren nach der Verurteilung keinen Anspruch auf den Erhalt von Lebensmittelleistungen.

Wenn jemand in meinem Haushalt verurteilt wird, (1) Schusswaffen, Sprengstoff oder Munition mithilfe von Lebensmittelleistungen gekauft zu haben **oder** (2) Lebensmittelleistungen im Wert von 500 USD oder mehr verkauft zu haben, erhält diese Person für den Rest seines Lebens keine weiteren Lebensmittelleistungen.

➤ **Ihre Angaben nachweisen**

Für einige der Dinge, die Sie Ihrem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen sagen, müssen Sie Nachweise erbringen.

➤ **Erhalt Ihrer** Lebensmittelleistungen

Bei Genehmigung Ihres Antrags erhalten Sie Ihre ersten Lebensmittelleistungen innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum Ihrer Unterzeichnung dieses Antrags und Übergabe dieses Antrags an Ihren Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen.

Wenn Sie sofort Lebensmittelleistungen benötigen und bestimmte Kriterien erfüllen, bearbeitet die Stelle für Lebensmittelmarken Ihren Antrag innerhalb von 7 Tagen. Ihr Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen wird Sie informieren, ob Sie diese Kriterien erfüllen.

➤ **Missbrauch Ihrer** Lebensmittelleistungen

Wenn von einem Gericht befunden wird, dass Sie Lebensmittelleistungen verwendet haben, um illegale Drogen zu kaufen, erhalten Sie beim ersten Mal für einen Zeitraum von zwei Jahren keine Lebensmittelleistungen mehr und beim zweiten Mal für Ihr restliches Leben. Wenn von einem Gericht befunden wird, dass Sie Lebensmittelleistungen verwendet haben, um Schusswaffen, Munition oder Sprengstoff zu kaufen, erhalten Sie für Ihr restliches Leben keine Lebensmittelleistungen mehr.

➤ **Staatsbürgerschaft**

Durch Unterzeichnen dieses Formulars schwören oder bestätigen Sie, dass Sie und jeder in Ihrem Haushalt ein amerikanischer Staatsbürger ist oder es Ihnen sowie Personen in Ihrem Haushalt gesetzlich gestattet ist, in den USA zu leben.

TEIL ZWEI Wer lebt mit Ihnen zusammen

Führen Sie alle Personen auf, die in Ihrem Haushalt leben NAME	Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	Abstammung	Geschlecht	Kaufen und kochen Sie Essen mit dieser Person?
1. (Sie) _____	_____	___/___/___	_____	_____	
2. _____	_____	___/___/___	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. _____	_____	___/___/___	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. _____	_____	___/___/___	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

TEIL DREI Einkommen und Mittel

Geben Sie bitte das Gesamtbruttoeinkommen und alle Mittel für jede Person an, die mit dem Antragsteller im Antragsmonat sowie im folgenden Monat, wenn abweichend, mitisst.

Haushalt Mitglied	BRUTTOEINKOMMEN (Antragsmonat)		BRUTTOEINKOMMEN (Folgemonat)		Eingestellt		FLÜSSIGE MITTEL	
	Betrag	Quelle	Betrag	Quelle	Ja	Nein	Betrag	Quelle
1	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
2	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
3	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
4	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____

GESAMT: \$ _____

\$ _____

\$ _____

TEIL VIER Ausgaben

Geben Sie den monatlichen Betrag für folgende Ausgaben an, die der Haushalt zu zahlen hat. (Kreisen Sie die Haupt-Heiz- oder Kühlquelle ein.)

Ausgabe	Kosten	Ausgabe	Kosten	Ausgabe	Kosten	Ausgabe	Kosten
Gesetzlich verpflichtende Unterhaltszahlungen für Kinder	\$ _____	Kinderbetreuung	\$ _____	Medizinische Kosten	\$ _____	Selbstständigkeit	\$ _____
Miete oder Hypothek	\$ _____	Telefon	\$ _____	Elektrizität	\$ _____	Heizöl	\$ _____
Grundsteuer	\$ _____	Müllabfuhr	\$ _____	Kerosin	\$ _____	Holz	\$ _____
Hausversicherung	\$ _____	Wasser und Abwasser	\$ _____	Gas (Flüssiggas oder N)	\$ _____	Kohle	\$ _____

GESAMT: \$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Ich bestätige, dass mir erläutert wurde, dass ich berechtigt bin, folgende Punkte von meinem Einkommen abzuziehen: Gesetzlich verpflichtende Unterhaltszahlungen für Kinder, Kinderbetreuungskosten, medizinische Kosten, Unterkunftskosten, Versorgungskosten sowie Betriebskosten für Selbstständigkeit. Ich verstehe, dass die Nichtangabe oder Nichtbestätigung der oben aufgeführten Kosten als Erklärung meines Haushalts betrachtet wird, dass ich für nicht angegebene Kosten keinen Abzug erhalten möchte.

GESAMTAUSGABEN: \$ _____

TEIL FÜNF WEITERE INFORMATIONEN ÜBER PERSONEN, DIE IN IHRE LEBENSMITTELLEISTUNGEN EINGEHEN.

Bitte beantworten Sie untenstehende Fragen.

(1) Trifft eines der folgenden auf Personen in Ihrem Haushalt zu:

- Versucht, strafrechtliche Verfolgung wegen eines Verbrechens zu vermeiden **Ja oder Nein**
- Flüchtet vor Strafverfolgungsbehörden **Ja oder Nein**
- Versucht, Gefängnis nach Verurteilung wegen eines Verbrechens zu vermeiden **Ja oder Nein**
- Verstößt gegen die Bewährungs- oder Hafturlaubsauflagen **Ja oder Nein**

(2) Wurde jemand in Ihrem Haushalt am oder nach dem 23. August 1996 aufgrund eines Drogenverbrechens verurteilt? **Ja oder Nein**

Wenn ja, war diese Verurteilung in North Carolina? **Ja oder Nein**

Wenn in North Carolina verurteilt, was war die Klassifikation des Verbrechens, sofern Ihnen bekannt? **Klasse: _____**

Wenn Sie bei einer oder mehreren der obenstehenden Fragen „Ja“ geantwortet haben, geben Sie bitte im dafür vorgesehenen Platz unten den/die Namen der Person(en), das Datum des Verstoßes und die Art des Verstoßes ein (**Diese Person hat keinen Anspruch auf Lebensmittelleistungen, es sei denn, die Person wurde in North Carolina aufgrund eines Verbrechens mit kontrollierten Substanzen der Klasse H oder I verurteilt**):

Ich verstehe, dass die Behörde auf Verlangen eines Strafverfolgungsbeamten die Adresse von Personen in meinem Haushalt bereitstellen muss.

TEIL SECHS Anspruchsberechtigung für Notfalleistungen

Bestimmen Sie mithilfe dieses Leitfadens, ob der Antragsteller Anspruch auf Notfalleistungen hat. Stellen Sie folgende Fragen. Informieren Sie den Antragsteller, ob er Anspruch auf Notfallbearbeitung innerhalb von 7 Tagen hat.

ANTWORT		FRAGE	WIRKUNG
Ja	Nein		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❶ Haben Sie und alle Personen, die mit Ihnen Essen, insgesamt in bar und auf der Bank weniger oder gleich 100 USD <i>und</i> aktuell ein monatliches Gesamteinkommen von weniger als 150 USD brutto?	Wenn ja, hat der Antragsteller Anspruch auf Notfallbearbeitung. Wenn nein, zu ❷ unten gehen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❷ Betragen das Gesamteinkommen <i>und</i> die flüssigen Mittel in Teil drei weniger als die Gesamtkosten für Unterkunft in Teil vier?	Wenn ja, hat der Antragsteller Anspruch auf Notfallbearbeitung. Wenn nein, zu ❸ unten gehen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❸ Sind Sie oder Personen, die mit Ihnen essen, Einwanderer oder saisonale Farmarbeiter?	Wenn ja, zu (A) unten gehen. Wenn nein, hat der Antragsteller keinen Anspruch auf Notfallbearbeitung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(A) Haben Sie und alle Personen, die mit Ihnen Essen, insgesamt in bar und auf der Bank weniger oder gleich 100 USD?	Wenn ja, zu (B) unten gehen. Wenn nein, hat der Antragsteller keinen Anspruch auf Notfallbearbeitung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(B) Erhält Ihr Haushalt seit kurzer Zeit kein Einkommen mehr?	Wenn ja, wurde das letzte Gehalt empfangen? Wenn ja, zu (C) unten gehen. Wenn nein, hat der Antragsteller keinen Anspruch auf Notfallbearbeitung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(C) Werden Sie oder Personen, die mit Ihnen essen, in den kommenden 10 Tagen mehr als 25 USD von einer neuen Quelle erhalten?	Wenn ja, hat der Antragsteller keinen Anspruch auf Notfallbearbeitung. Wenn nein, hat der Antragsteller Anspruch auf Notfallbearbeitung.

Geben Sie an, ob der Antragsteller Medicaid, Medicare, private Krankenversicherung oder andere medizinische Ausgaben hat, die er zu zahlen hat.

Individuell erhaltene Leistungen	Art der Ausgabe	Dollarbetrag	Häufigkeit

Ich verstehe, dass ich möglicherweise nicht berechtigt bin, medizinische Kosten abzuziehen, bevor meine zusätzlichen Sozialleistungen genehmigt wurden. Ferner verstehe ich, dass ich, wenn ich zu dem Zeitpunkt den Abzug meiner medizinischen Kosten erwarte, meinem Sachbearbeiter für zusätzliche Sozialleistungen einen Nachweis für alle medizinischen Kosten, die ich zu zahlen habe, vorlegen muss.

Unterschrift des Kunden: _____ **Datum:** _____

Unterschrift des Interviewers: _____ **Datum:** _____

Unterschrift des Sachbearbeiters der Behörde für Soziales und Familie: _____ **Datum:** _____

Genehmigt: Ja Nein Wenn nein, warum nicht? _____ **Bestätigt von** _____ **durch** _____