



马萨诸塞州过渡援助部 向您和您的家人提供的SNAP福利 请今天就申请！比您想象得要简单！

怎样申请

如需申请SNAP福利，请填写本申请表，并邮寄至：DTA Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420，或发传真到617-887-7765。如果您希望了解更多的信息，请电洽 1-877-382-2363，或访问网站 www.mass.gov/dta。您还可以从网站 www.mass.gov/vg/selfservice 在线申请SNAP福利。

重要事项：如果您的申请表第1页包括您的姓名和地址（如有），第8页有您的签名，我们会接受您的申请。该最基本信息将确定您的申请提交日期。但是，表格中的其余信息必须填写，我们必须对您进行访谈，才能确定您的资格。从申请日期开始提供福利。

请尝试回答申请表中的所有问题。我们掌握的信息越多，就能更快地处理您的申请。如果您对某个问题感到不确定，或者不知道如何回答某个问题，请不要回答这个问题，我们将在访谈时讨论这个问题。我们在收到您的申请表后，会与您联系，安排访谈，并向您提出更多的问题。面试会在办公室或是电话面试。如果您在填写本申请表或接受访谈时需要口译员帮助，请告诉我们，我们会为您安排口译员服务。以下是您需要为申请提供的资料类型列表。请查阅该列表，搜集您需要提供的证明。

如果符合以下一种情况，您可以在七天内获得SNAP福利：

- 您的收入和银行存款总额是否低于您的每月住宅费用？ 是 否
- 您的每月收入是否低于 \$150、并且您的银行存款在 \$100 或以下？ 是 否
- 您是流动季节性工人、并且您的银行存款低于 \$100 吗？ 是 否

我们询问您在银行的存款，是为加速SNAP福利的筛选过程。不会要求您提供银行存款证明。如果我们决定您不能在七天内获得SNAP福利（加速服务），但您不同意我们的决定，或者我们决定您有资格获得加速服务，但您没有在申请日期后七个日历日内收到SNAP福利，您有权向主管反映情况。

如需申请SNAP福利，您需要证明您的收入、开支和其他信息。您只需证明对您适用的信息。例如，如果您没有工作，您则无需考虑以下所列的工作收入。

当您接受SNAP福利时，您会获得一个账户，如同银行账户。您的SNAP福利每个月都会被存入您的账户。如需使用您的SNAP福利，您会领到一张EBT卡，使用方法与ATM或信用卡一样。您的隐私权很重要，使用EBT卡帮助保护您的隐私权。您可以在食品店、便利店、市场和供销合作社使用您的EBT卡。与用借记卡/ATM或信用卡购买食品一样。

如需接受SNAP福利，您必须提供的资料（如适用）

1. **身份证明：**驾照、出生证或其他身份证明。
2. **马萨诸塞州居住证明：**当前租金收据、租约、抵押贷款报表、纳税文件、住宅拥有人保险或公用事业账单。如果您是无家可归者，汽车注册单、收容所或您暂时与之同住的人出具的证明、了解您的状况、我们可以与之联系的人的口头或书面确认。
3. **工作收入：**工资单存根或雇主用公司信笺出具的、显示过去四周税前收入的书面声明。
4. **其他收入：**最新社会安全金支票副本或资金授予通知副本、失业补助金、工伤赔偿、养老金、子女抚养费或赡养费证明。
5. **自营职业：**最新联邦税表（Schedule C表）或最近三个月的业务记录。
6. **租金收入：**如果您有租房或出租公寓的收入，租约副本或您的承租人出具的、显示支付租金数额的声明。
7. **非公民身份：**对于所有申请SNAP福利的非美国公民，外国人登记卡或其他移民文件。
8. **子女抚养费付款：**如果您向不与您同住的人支付子女抚养费，出示付款法律责任证明，例如法院命令、显示法律规定的抚养费付款的税表、从失业补助金中扣除款项的证明以及支付的数额。

为了领取较高的SNAP福利，您可以提供的资料（如适用）。SNAP规定允许您从您的可计入收入中扣除某些开支。

1. **住宅费用：**租金收据或抵押贷款报表、房地产税或住宅拥有人保险账单。
2. **水电杂费：**家用燃料油、煤气、电、电话（包括手机）或其他杂费开支，例如垃圾处理费、木料或燃煤费
3. **幼儿看护或成年家属护理费：**家中或家庭外护理
4. **医疗开支：**如果您或您的家庭的任何人年满60岁或以上或有经证明的残障，自付医疗费用必须用医疗保险协同付款或保费或安装假牙、配眼镜、助听器、助听器电池、处方药、处方止痛药或非处方药收据以及往返医疗服务地点的交通费收据作为证明。

注释：某些家庭（例如有残障家庭成员的家庭）需要提供银行账户和其他资产的信息和证明。

在您接受访谈后，您会收到一份需要向我们提供的文件列表。工资单存根、水电杂费账单和其他证明必须是您提交申请前四周内的文件。



马萨诸塞州过渡援助部

SNAP 福利申请表



来源: (请勾选一项)

CEO Project Bread DMH

DMR BMC Food Pantry

MRC 其他 _____

1. 关于您本人的信息 (回答所有的栏目)。 如果您是非公民, 并选择不申请 SNAP 福利, 您无需告诉我们您的社会安全号码或移民身份。

姓	名	中间名首字母	社会安全号码
---	---	--------	--------

这个姓名是您的 (勾选一项) 出生时使用的姓名 婚前使用的姓名 婚后使用的姓名
 前一次婚姻使用的姓名 别名

出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	您怀孕了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------	--	--

婚姻状况 (勾选一项) 已婚 从未结婚 离婚
 分居 丧偶

您的**首选**语言是什么?

您的**种族/人种**: 搜集此类信息是为了确保每个人都受到公平的对待。您的回答是自愿性的, 不会影响您的资格或接受的福利数额。

种族: 西裔或拉丁裔 是 否

人种: (勾选所有适用的项目)

美洲印第安人或阿拉斯加本土人 亚裔 黑人或非裔美国人

夏威夷本土人或其他太平洋群岛人 白人

您有特殊状况吗? (请勾选对您适用的所有方框。)

身体/精神伤残 听力损伤 视力损伤
 要求口译员服务 要求使用手语 其他 _____

2. 有关您的居住地和如何与您联系的信息 (请回答所有的栏目。)

您目前的地址	号码和街道	公寓号码	城市、州、邮政编码
--------	-------	------	-----------

您是无家可归者吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您目前的地址是临时地址吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	您目前的地址是您的邮寄地址吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果是临时地址, 请列出您的永久地址。

如果您有不同的邮寄地址, 请列出。

您居住的**住宅类型**

私人住宅 公共住宅 商业性寄宿房屋
 过渡性住宅 居住设施 雇主提供的住宅
 青少年住宿计划 流动季节性工人营地 收容所
 临时居所(例如汽车、帐篷) 学生住房(例如宿舍)

2. 有关您的居住地和如何与您联系的信息 (续)

如果您有电子邮件地址, 请列出: _____

您的日间电话号码

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

白天打电话给您的适当时间: 时间: _____

请勾选所有适用的选项: 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五

3. 帮助您填写申请表的人

姓	名	中间名首字母	电话号码
号码和街道	城市/城镇	州	邮政编码

4. 经授权代表

您是否希望许可该人士为您申请或领取 SNAP 福利? 是 否

5. 面谈豁免

如果您无法前来 DTA 办事处接受面谈, 请勾选所有适用的原因。

年长/残障 交通问题 在 DTA 办公时间工作

/残障家庭成员护理 其他 _____

重要事项: 请务必在第 1 页填写您的电话号码。如果我们有关于您的申请表的问题或者需要对您进行电话访谈, 我们需要能够打电话给您。

6. 有关公民身份的问题

a. 您和所有的家庭成员都是在美国出生或入籍归化的美国公民吗? 是 否

如果回答“是”, 请回答问题 7。如果回答“否”, 请回答以下 b 节。

b. 根据 SNAP 的规定 (106 CMR 362.220), 由于移民身份无法或不愿提供移民身份信息和/或社会安全号码的非公民无需这样做。该非公民没有资格享受 SNAP 福利, 但其余家庭成员可申请福利。

1. 列出任何选择不申请 SNAP 福利的家庭成员:

2. 如果所有的家庭成员选择申请, 请勾选此处:

7. 有关与您同住的人的信息 — 请列出每一个与您同住的人。不要包括您本人。（如有必要，请附加纸页。）与您同住但选择不申请 SNAP 福利的非公民无需告诉我们他/她的社会安全号码或移民身份。

姓	名	中间名首字母	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系
你们是否一起购买食物和一起做 饭？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		该人士是否申请 SNAP 福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码	
婚姻状况				是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

姓	名	中间名首字母	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系
你们是否一起购买食物和一起做 饭？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		该人士是否申请 SNAP 福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码	
婚姻状况				是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

姓	名	中间名首字母	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系
你们是否一起购买食物和一起做 饭？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		该人士是否申请 SNAP 福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		社会安全号码	
婚姻状况				是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

8. 是否有**年龄在18岁以下与您同住、不是您的孩子、并且不接受您的监管和控制的人**？ 是 否
如果回答“是”，这个人是谁？ _____

9. 与您同住的人是不是**室友或寄宿者**（为住房或住房和餐饮付费的人）？ 是 否
如果回答“是”，这个人的姓名是什么 _____

10. 是否有人为与您同住的任何人向你们家庭支付**寄养费**？ 是 否
如果回答“是”，是向谁支付寄养费？ _____

11. 您本人或任何与您同住的人是不是**马萨诸塞州之外其他州的居民**或美国之外其他国家的居民？或者您本人或任何与您同住的人是否打算离开马萨诸塞州？ 是 否
如果回答“是”，谁不是本州居民或打算离开？ _____

12. 您本人或任何与您同住的人是否不是美国公民？ 是 否

13. 您本人或任何与您同住的年龄在**18岁或以上、是美国公民和马萨诸塞州居民的人**是否希望**登记投票**？ 是 否
如果回答“是”，谁希望登记？ _____

14. 您本人或任何与您同住的人是否有暂时或长期身体或精神**残障**？ 是 否
如果回答“是”，谁有残障 _____

15. 收入							
您本人或任何与您同住的人是否目前在工作？或者您本人或任何与您同住的人在过去 60 天内是否在工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”，请填写以下栏目。（如有必要，请随附纸页。） 重要事项： 如果您本人或任何与您同住的人是自营职业者，请务必填写本栏目。							
姓 名				雇主名称、地址和电话号码			
工作职称	开始日期	终止日期	小时工资 \$ _____	每周工作 时数	每周小费 \$ _____	每隔多久付 一次工资	Permanent Job? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果工作已终止，最后的工作日期 ____ / ____ / ____

在此处记录最新工资信息：

日期		毛收入	时数
从	至		
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

16. 其他收入	
您本人或任何与您同住的人是否有资格领取或正在领取任何其他类型的收入，例如失业补助金、子女抚养费、社会安全金、社会安全补助金（SSI）、工伤补偿、退伍军人福利、养老金或租金收入？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“是”，请填写以下栏目。（如有必要，请随附纸页。）	

姓名	收入类型	数额	每隔多久领取一次？	收入开始日期

17. 您本人或任何与您同住的人是否有法院命令（法律责任）向不与您同住的孩子支付子女抚养费？ 是 否
 每隔多久支付一次？ 每月 每周 数额 _____

18. 您本人或任何与您同住的人是否有幼儿看护或成年家属护理费？ 是 否
 每隔多久支付一次？ 每月 每周 数额 _____

19. 您本人或任何与您同住、年龄在60岁或以上或有残障的人是否有健康保险费用？ 是 否
 每隔多久支付一次？ 每月 每周 数额 _____

20. 您本人或任何与您同住、年龄在 60 岁或以上或有残障的人是否有自付医疗费？ 是 否 如果回答“是”，填写以下栏目。

姓名	类型	每隔多久支付一次？	数额	您开始付款的日期

21. 居所费用	
您有哪一种类型的居所费用？	
租金/抵押贷款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 租金/抵押贷款每月数额 \$ _____
物业税	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

22. 水电杂费
除您的租金外，您另外支付哪一种类型的水电杂费？
1. 我为我的住宅暖气付费（油、煤气、电或丙烷气等）或与其他人共同支付暖气费。
2. 我有空调机，在夏季使用，我支付电费或与其他人共同支付电费。
3. 我有空调机，在夏季使用，我为使用空调机付费。
4. 我支付电费或煤气费或与其他人共同支付此项费用。
5. 我为电话服务付费，包括手机服务（不是预付费电话）。

权利、责任和处罚通知（请认真阅读）

我证明，我已经阅读或已经有人读给我听本申请表中的信息，据我所知所信，我对本申请表中问题的回答准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我还证明，据我所知所信，我对今后可能填写的任何增补表格的回答将准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我理解，为了获得享受SNAP的资格以口头或书面形式提供虚假或误导性陈述或篡改、隐瞒或不提供事实是欺诈行为和有意违反计划的行为（IPV），会受到民事和刑事处罚。

我理解，我在申请表中提供的信息须向联邦、州和地方官员验证，以便确定此类信息的真实性；如果提供任何虚假信息，则可能被拒绝提供SNAP福利，我可能会因为有意提供虚假信息受到刑事起诉。

我理解，过渡援助部（DTA）负责管理SNAP，DTA将在申请表提交日期后的30天内处理提交的申请。我理解，我必须向DTA报告我的家庭收入、资产、地址、生活安排、家庭人口、聘用状况的任何变化或我的家庭发生的可能影响我们的资格的任何其他变化。我理解，除非DTA允许我根据SNAP年度报告规定或过渡福利选择计划（TBA）规定报告变化状况，否则我必须在变化发生后10天内亲自、以书面形式或打电话向DTA报告这些变化。

我理解，如果决定我没有资格获得加速SNAP福利，但我不同意作出的决定，或者如果决定我有资格获得加速服务，但我在提交SNAP申请后七个日历日内没有领到我的SNAP福利，我有权向主管反映情况。

我理解，如果我选择报告子女或其他家属护理费用、租金/抵押贷款、其他居所或水电等杂费，我可能会领取较多的SNAP福利。此外，我理解，如果我为非家庭成员支付子女抚养费，我可以向DTA报告，并提供此项费用证明。如果我不报告或证明上述开支，则可能意味着我将每月领取较少的SNAP福利，并将被视为我的家庭不希望领取未报告或未证明开支扣减的声明。

我还理解，如果我年满60岁或以上，或者如果我是残障人士、且支付医疗费用，我可以向DTA报告和证明此类开支。这可能会使我有资格享受收入扣减，并提高我的SNAP福利。

我理解，我在下方的签名表示，所有年龄在16岁到59岁之间的家庭成员将自动参加工作注册，并登记参加SNAP就业与培训计划（SNAP/E&T）。自动SNAP/E&T登记便于家庭成员接受SNAP/E&T服务。未享受豁免的家庭成员将收到工作要求通知，解释豁免条款和不遵守规定的处罚，并在适当时被转介参加就业活动。

我在本表中的签名表示，我许可DTA核实和调查我提供的与我的申请援助资格相关的信息。我许可DTA索取任何记录或数据，并向其他机构核实本申请表中提供的信息，包括联邦和州立机构、地方住宅管理部门、州外福利部门、财务机构以及向DTA提供工资信息的Equifax人力资源解决方案（Equifax Workforce Solutions）。我还许可这些机构向DTA提供与SNAP福利相关的有关我的家庭的信息。

DTA可能根据消费者报告机构Equifax人力资源解决方案报告中的信息拒绝、终止或降低您的福利。如果我在DTA作出决定后的60天内提出请求，我有权免费索取一份我的Equifax报告副本。我有权对我的报告中的信息的准确性或完整性提出质疑。我可以按照以下联系信息与Equifax人力资源解决方案联系：Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146； 1-800-996-7566（免费电话）。

在批准福利之前，可能会通过美国公民与移民服务部（USCIS，前称为INS）核实移民身份。我理解，DTA可能将我的SNAP申请表中的信息送交给USCIS，从USCIS收到的任何信息都可能影响我的家庭参加SNAP的资格和领取的福利数额。

我理解，我在下方的签名表示，我还许可DTA与小学和中学教育部（DESE）分享有关我本人和我的19岁以下的家属的信息，以便我的家属自动获得学校早餐和午餐计划认证。我还许可DTA与公共卫生部（DPH）分享有关我本人、

我的5岁以下的家属以及我的家中任何怀孕者的信息，以便将这些人转介给妇女、婴儿与儿童（WIC）计划，接受营养服务。

我理解，我在下方的签名表示，我授权DTA和马萨诸塞州卫生与公共服务部执行办公室依照供电公司、煤气分配公司和合格的电信公司签署的保密协议，仅限因认证我享受水电等费用折扣费率资格之目的，与此类公司分享有关我接受公共援助福利资格的信息。我还授权DTA与住宅与社区开发部（DHCD）因批准我参加取暖与饮食计划（Heat & Eat Program）之目的分享我的信息。

我理解，我将收到一份《权利须知》手册和《SNAP计划》手册，我必须阅读或请人对我读出手册内容，我必须理解手册内容以及我的权利和责任。如果我对手册或此处的任何信息有任何疑问，我将向我的个案经理询问。如果我在阅读或理解此处的任何信息时遇到困难，我可以联系福利DTA, 电话 1-877-382-2363。

我还保证，我的所有申请SNAP福利的SNAP家庭成员是美国公民或具有合格移民身份的非公民。

登记投票的权利

我理解，我有权在DTA登记投票。我理解，如果我希望接受帮助，DTA将帮助我填写选民登记申请表，我可以私下填写选民登记申请表。

我理解，申请或拒绝登记投票不会影响我从DTA领取的资助数额。

SNAP处罚警告

我理解，如果我或我的SNAP家庭的任何成员有意违反下列任何规定，可能会禁止该人士在第一次违规后一年内领取SNAP，在第二次违规后两年内领取SNAP，在第三次违规后永久不得领取SNAP。可能会禁止该人士领取SNAP，从一年到永久不等，最高罚款可达到250,000美元，最长监禁为20年，或二者并罚。还可能根据其他相关联邦法律和州法起诉该人士。如果法院下达命令，还可能命令该人士额外18个月不能领取SNAP。此类规定是：

- 不得为了获得SNAP福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不得交易或出售SNAP福利。
- 不得为了获得您没有资格接受的SNAP福利改动EBT卡。
- 不得用SNAP福利购买不合格的物品，例如酒精饮料和烟草。
- 除非您是经授权代表，否则不得使用他人的SNAP福利或EBT卡。

我还理解以下处罚：

- 有**现金计划**有意违反计划规定（IPV）行为、且在行政管理取消资格听证会（ADH）上被证实的个人将在相同的阶段被禁止参加SNAP，并被禁止接受现金资助。
- 为了**同时**接受多项SNAP福利，对自己的身份或居住地作出虚假陈述或表述的个人将在**十年**期间被禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利交易（购买或出售）受控物质/非法药物的个人，首次发现在**两年**期间被禁止接受SNAP，第二次发现被**永久**禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利交易（购买或出售）武器、弹药或爆炸品的个人将被**永久**禁止参加SNAP。
- 用SNAP福利进行交易（购买或出售）、其价值达到 \$500 或以上的个人将被**永久**禁止参加SNAP。
- 州政府可根据IPV对在网或亲自出售SNAP福利或EBT卡的个人提出起诉。
- 为了避免起诉、拘留或重罪定罪后监禁逃亡或违反缓刑或假释条件的个人没有资格参加SNAP。

- 无正当理由不遵守SNAP工作要求的个人，首次发现将取消**三个月**参加SNAP的资格，第二次发现将取消**六个月**参加SNAP的资格，第三次发现将取消**十二个月**参加SNAP的资格。如果第三次被发现不遵守SNAP工作要求的个人是SNAP家庭的一家之主，**整个家庭**将被取消**六个月**参加SNAP的资格。
- 不允许用SNAP福利支付除购食品费用，这样做可能导致取消参加SNAP的资格。
- 个人不得用SNAP福利购买产品，其目的是丢弃产品内装物，然后退还产品容器，以换取现金。

要求口译员服务的权利

我理解，如果我的SNAP家庭中没有成年人会讲英语或懂英语，我有权要求由DTA提供口译员服务。我还理解，我可以在召开任何DTA公平听证会时要求有口译员服务或自己带一名口译员参加听证会。如果我需要在参加听证会时有口译员服务，我必须在听证会召开日期前至少提前一周打电话给听证会分部。

不歧视声明

美国农业部禁止根据种族、肤色、原国籍、年龄、残障、性别、性别认同、宗教信仰、报复行为、政治信仰（如适用）、婚姻状况、家庭状况或父母身份、性取向、个人的全部或部分收入来自任何公共资助计划、在工作中或DTA开展或资助的任何计划或活动中的受保护遗传信息对其客户、雇员和就业申请人进行歧视。（并非所有受禁止的依据均适用于所有的计划和/或就业活动。）

如果您想要提交民权计划歧视申诉，请填写美国农业部（USDA）计划歧视申诉表，可在网站 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 上下载或在任何USDA办事处索取该表，或拨打电话号码 (866) 632-9992 索取该表。您还可以写信提出申诉，请包括申诉表中要求提供的所有信息。请将填妥的申诉表或信函寄给我们，邮寄地址：U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; 亦可发传真至 (202) 690-7442; 或发电子邮件至 program.intake@usda.gov。

聋人、听力障碍者或有语言残障的个人可通过联邦电话中转服务与USDA联系，电话号码 (800) 877-8339 或 (800) 845-6136（西班牙语）。

如需了解有关补充营养援助计划（SNAP）问题的任何其他信息，请拨打USDA SNAP热线电话（800）221-5689（亦可用西班牙语通话），或请拨打 http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm 网站中的州立信息热线电话（点击链接，查看各州热线电话号码）。

USDA是平等机会服务提供者和雇主。

马萨诸塞州的法律还禁止歧视，包括根据血统进行歧视。如需在马萨诸塞州提出申诉，请洽：

Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108;

电话：(617) 994-6000; 听力障碍者专线（TTY）：(617) 994-6196



申请人签名：我在本申请表中的签名表示，我在此保证我已经阅读（或有人读给我听）并同意“权利和责任”，据我所知所信，我在本申请表中的回答以及我今后向过渡援助部提供的任何附加文件均准确完整，否则甘愿受作伪证之处罚。我已经用我的主要语言阅读“SNAP处罚警告”、已经有人读给我听或有人翻译给我听。我还保证，我的所有申请SNAP福利的SNAP家庭成员是美国公民或具有合格移民身份的非公民。

申请人签名：_____ 日期：_____