



Department of
Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence
Administration

W-137A (SC) 07/10/2020 (page 1 of 3)

(E) (LDSS-3815) 03/16/2020

LLF

日期:

个案名称:

个案号码:

个案数量:

中心:

工作人员电话号码:

FH&C 电话号码:

**申请紧急援助 (Emergency Assistance)、额外补贴或
添加一人至现金援助 (Cash Assistance) 个案 (仅限参与者)
(Simplified Chinese)**

若您需要紧急援助、额外补贴或将个人加入个案，请填写本表。

记住:

(1) 可能会要求您提供您向我们提供之信息的证明。若您无法获得证明，您的工作人员必须为您提供帮助。

(2) 您可能还需要与工作人员面谈。若的确需要，我们可以为您预约面谈。

第一部分：紧急援助

我正在申请的紧急援助类型是:

我需要紧急援助的原因是:

(翻页)

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

第二部分：额外补贴

我正在为以下需求申请补贴：

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 偿还租金 | <input type="checkbox"/> 额外燃料补贴 |
| <input type="checkbox"/> 修理重要的家庭用品 | <input type="checkbox"/> 物业维修 |
| <input type="checkbox"/> 偿还抵押贷款和/或税收 | <input type="checkbox"/> 置换因无家可归或火灾等灾难损失的衣服 |
| <input type="checkbox"/> 怀孕补贴 | <input type="checkbox"/> 其他： |

☐ 用餐补贴，因为我无法在所居住的地方准备饭菜

☐ 丧葬补贴 - 您或您的授权代表必须向以下单位申请该项补贴：

Office of Burial Services
33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor
Long Island City, NY 11101
电话：718-473-8310

☐ 与搬迁相关的费用：

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 搬家费 | <input type="checkbox"/> 家具和其他家庭用品 |
| <input type="checkbox"/> 押金/担保协议 | <input type="checkbox"/> 家具和个人物品的存储 |
| <input type="checkbox"/> 经纪人/中间人费用/凭证 | |

新地址：_____

(包括公寓号)

城市

州

邮编

您何时搬迁的？_____ 新的租金：\$ _____

业主姓名：_____

主要承租人姓名：_____

地址：_____

(包括公寓号)

城市

州

邮编

第三部分：与工作活动相关的支持服务

我正在申请下列支持服务：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 有 特殊 情况（如无家可归或最近遭遇火灾并缺少合适衣物）的求职活动参与者的衣物 | <input type="checkbox"/> 若需要，批准限制内的子女抚养补贴 |
| <input type="checkbox"/> 核准限制内与活动/参与相关的许可、制服或耐用品费用，需要提交证明需要此等物品的文件 | <input type="checkbox"/> 必需的公共交通工具 |
| | <input type="checkbox"/> 其他与工作活动相关的支持服务： |

将在您开始工作活动时提供必需的支持服务。若您需要变更或您未收到需要的服务，您应申请额外补贴。

第四部分：将个人加入个案

若您不具备所有信息，您仍然可以向您的工作人员提交本表。

我希望将下列个人加入我的现金援助个案中：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 新生儿 | <input type="checkbox"/> 先前已申请但因移民身份遭拒并且身份现已更改的 配偶 |
| <input type="checkbox"/> 进入家庭的儿童 | <input type="checkbox"/> 本人/本个案的成年收款人 |
| <input type="checkbox"/> 年龄小于 18 岁的儿童（自我上次申请/重新认证后，其移民身份发生了变化） | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 与本人住一起的 配偶/成年人 ，其先前未申请（该个人必须完成接受援助的申请） | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

姓名： _____
迁入/返回日期： _____
出生日期： _____
社会安全
号码（如已知）： _____

姓名： _____
迁入/返回日期： _____
出生日期： _____
社会安全
号码（如已知）： _____

_____ ☐ 上午 ☐ 下午
参与者签名 申请日期 申请时间

_____ _____
工作人员姓名 日期