



Department of  
Social Services

Human Resources Administration

Department of Homeless Services

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

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

LLF

Family Independence  
Administration

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"/> 偿还抵押货款和/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:                |
| <input type="checkbox"/> 用餐补贴，因为我无法在所居住的地方准备饭菜         |   |
| <input type="checkbox"/> 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：

- 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
- 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
- 若需要，批准限制内的子女抚养补贴
- 必需的公共交通工具
- 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：

- 新生儿
- 进入家庭的儿童
- 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）
- 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）

姓名：\_\_\_\_\_

迁入/返回日期：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

社会安全

号码（如已知）：\_\_\_\_\_

- 先前已申请但因移民身份遭拒并且身份现已更改的配偶
- 本人/本个案的成年收款人
- 其他 \_\_\_\_\_
- 其他 \_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

迁入/返回日期：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

社会安全

号码（如已知）：\_\_\_\_\_

---

参与者签名

申请日期

上午  下午

申请时间

---

工作人员姓名

日期