

**Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia**  
**Phiếu Gia Hạn TEM THỰC PHẨM (SNAP)/MEDICAID/TANF**

**Nếu cần trợ giúp đọc hoặc hoàn thành tài liệu này hoặc cần trợ giúp liên lạc với chúng tôi, hãy hỏi chúng tôi hoặc gọi (877) 423-4746. Các dịch vụ của chúng tôi, bao gồm thông dịch viên, đều miễn phí. Nếu quý vị khiếm thính, thính giác kém, mù điếc hoặc khó nói, quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số trên bằng cách quay số 711 (Georgia Relay).**

<b>Chi dành cho Văn Phòng:</b> Ngày Nhận _____ Số ID Khách Hàng _____ Ngày Bắt Đầu _____ Các Chương Trình Đã Bắt Đầu: • TANF • Tem Thực Phẩm (SNAP) • Medicaid
---

Nếu quý vị nộp đơn cho các chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc gia hạn trợ cấp TANF hoặc Medicaid thì quý vị có thể làm đơn chỉ với tên, địa chỉ và chữ kí của quý vị. **Tuy nhiên, quý vị có thể giúp chúng tôi xử lí hồ sơ đăng ký, tái đăng ký/gia hạn của quý vị nhanh hơn bằng cách hoàn thiện toàn bộ hồ sơ và cung cấp chứng thực thông tin nếu cần.** Quý vị có thể dùng một mẫu đơn sau chung cho chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP)/Medicaid và/hoặc TANF hoặc chỉ dùng cho duy nhất một chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP). Đơn gia hạn Tem Thực Phẩm (SNAP) của quý vị sẽ không bị hủy trên cơ sở các đơn xin/gia hạn chương khác của quý vị bị từ chối/hủy bỏ. Chúng tôi sẽ tiến hành một đợt đánh giá khả năng tham gia chương trình riêng cho đơn xin tham gia Tem Thực Phẩm (SNAP) của quý vị.

**Xin vui lòng IN tên và địa chỉ của người đang tái đăng ký xin trợ cấp trong phần bên dưới:**

Tên Khách Hàng:	Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội: (Không Bắt Buộc với Người Không Tham Gia*)
		*Xem Tình Trạng Nhập Cư Quốc Tịch & Số An Sinh Xã Hội bên dưới.
Tên Đường:		
Địa Chỉ Gửi Thư:		
Số Điện Thoại Chính:		Số Liên Lạc Khác:
Liên Lạc Điện Tử: Email: Có ___ hoặc Không ___ (không bắt buộc) Tin nhắn văn bản: Có ___ hoặc Không ___ (không bắt buộc)		Địa Chỉ Email: (không bắt buộc)
Ngôn Ngữ Ưu Dùng là gì?	Trong trường hợp phỏng vấn, quý vị có cần thông dịch viên không? Có _____ hoặc Không _	

**Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật: Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý & Hỗ Trợ Giao Tiếp (nếu có):**

**Quý vị có mắc khuyết tật nào cần đến dịch vụ Sửa Đổi Hợp Lý hay Hỗ Trợ Giao Tiếp không? Có \_\_\_\_\_ Không \_**  
**(Nếu có, vui lòng mô tả các sửa đổi hợp lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp quý vị cần):**

Thông dịch viên Ngôn Ngữ Ký Hiệu \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; Bản In Chữ Lớn \_\_\_\_\_; Liên lạc điện tử (email) \_\_\_\_\_; Chữ Nổi Braille \_\_\_\_\_; Phiên Dịch Video \_\_\_\_\_; Thông Dịch Viên Ngôn Ngữ Cử Chỉ \_\_\_\_\_; Thông Dịch Viên Bằng Đường Nói \_\_\_\_\_; Thông Dịch Viên Xúc Giác \_\_\_\_\_; Cuộc gọi điện thoại nhắc nhở về thời hạn chương trình \_\_\_\_\_; Chữ ký điện thoại (nếu có) \_\_\_\_\_; Phỏng vấn trực tiếp (tại nhà) \_\_\_\_\_; Khác: \_\_\_\_\_

**Quý vị chỉ cần Điều Chỉnh Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp này một lần \_\_\_\_\_ hay kéo dài \_\_\_?**  
**Nếu có thể, vui lòng giải thích ngắn gọn dịch vụ này sẽ diễn ra khi nào và trong bao lâu?**

Tôi tuyên bố sẽ chịu hình phạt vì tội lừa đảo rằng theo những gì tôi biết và tin tưởng, (những) người tôi đang nộp đơn xin trợ cấp là (các) công dân Hoa Kỳ hoặc những người nhập cư hợp pháp theo pháp luật Hoa Kỳ. Tôi xin cam đoan rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng theo hiểu biết của mình. Tôi hiểu và đồng ý rằng DHS-DFCS, DCH và các Cơ Quan Liên Bang có thẩm quyền có thể xác minh các thông tin tôi cung cấp trong đơn này. Thông tin này có thể được thu thập từ các nhà tuyển dụng trước đây hoặc hiện tại. Tôi hiểu rằng thông tin của mình có thể được dùng để điều tra thông tin về lương bổng và tình trạng tham gia của tôi vào các hoạt động nghề nghiệp.

Tôi sẽ báo cáo mọi thay đổi xảy ra theo các yêu cầu của chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu bất kỳ ai trong gia đình tôi nhận được tiền thắng xổ số hoặc cờ bạc với tổng số tiền từ \$4250 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cược này trong vòng 10 ngày kể từ cuối tháng mà gia đình tôi nhận được tiền thắng cược. Tôi hiểu nếu bất kỳ thông tin nào không chính xác, trợ cấp của tôi có thể bị giảm hoặc bị từ chối, và tôi có thể bị truy tố hình sự hoặc bị loại khỏi các chương trình DHS-DFCS vì cố ý cung cấp thông tin không chính xác. Tôi hiểu biết rằng tôi có thể bị truy tố nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin. Tôi hiểu rằng nếu tôi không thông báo cho DHS-DFCS về một số chi phí của mình trong quá trình nộp đơn hoặc gia hạn và/hoặc không xác minh những thông tin kể trên, DHS-DFCS sẽ không tính chi phí đó vào số tiền trợ cấp Tem Thực phẩm (SNAP) của tôi.

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia ("DHS") thu thập Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân (PII), chẳng hạn như tên, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email và ngày sinh, v.v., trong quá trình quý vị nộp đơn xin trợ cấp. Khi gửi bất kỳ thông tin cá nhân nào cho chúng tôi, quý vị đồng ý rằng chúng tôi có thể thu thập, sử dụng và tiết lộ bất kỳ thông tin cá nhân nào theo các chính sách, quy trình của DHS và khi được pháp luật và/hoặc quy định cho phép hoặc yêu cầu.

Chữ Ký:

Ngày

---

Chữ Ký Nhân Chứng nếu ký bên cạnh dấu "X"

Ngày

### Quy trình Express Lane Eligibility (ELE):

Đủ Điều Kiện Làn Nhanh (ELE) là một quy trình tự động ghi danh hoặc gia hạn trẻ em đủ điều kiện dưới 19 tuổi đang nhận Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) hoặc Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Gia Đình Khó Khăn (TANF) vào chương trình Hỗ Trợ Y Tế. Nếu con quý vị đủ điều kiện nhận SNAP hoặc TANF, Ban Dịch Vụ Gia Đình và Trẻ Em (DFCS) sẽ sử dụng thông tin về quy mô gia đình, nơi cư trú và thu nhập từ SNAP hoặc TANF, nhưng DFCS sẽ xác minh tình trạng công dân hoặc nhập cư bằng cách sử dụng các quy tắc Hỗ Trợ Y Tế để thực hiện quyết định của ELE về việc ghi danh hoặc gia hạn cho trẻ em trong Medicaid hoặc PeachCare cho Trẻ Em®. Trong trường hợp con quý vị đủ điều kiện tham gia PeachCare cho Trẻ Em®, chúng có thể phải trả bảo phí. DFCS sẽ gửi một thông báo đánh giá để quý vị có thể thay đổi hoặc rút khỏi chương trình bất cứ lúc nào.

Quý vị có đồng ý để DFCS sử dụng thông tin của mình từ chương trình SNAP hoặc TANF để tiến hành quy trình đánh giá ELE cho việc đăng ký hoặc gia hạn chương trình Medicaid hay PeachCare® cho Trẻ Em không?

Có     Không

## Đại Diện Có Thâm Quyền:

Chỉ điền phần này nếu quý vị muốn một người hoặc một tổ chức điền vào đơn đăng ký của quý vị, hoàn thành cuộc phỏng vấn cho chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc TANF của quý vị và/hoặc sử dụng thẻ EBT của quý vị để mua thực phẩm khi quý vị không thể đến cửa hàng. Vui lòng kiểm tra người mà quý vị muốn chỉ định làm đại diện có thẩm quyền cho từng loại chương trình. Vui lòng kiểm tra những nhiệm vụ quý vị muốn giao cho cá nhân hoặc tổ chức kể trên. Trong trường hợp nộp đơn cho Medicaid, quý vị có thể chọn nhiều hơn một người hoặc tổ chức đại diện.

Loại Chương Trình của Đại Diện Có Thâm Quyền 1: Tem Thực Phẩm (SNAP)  TANF  Hỗ Trợ Y Tế   
Nhiệm Vụ của Đại Diện Có Thâm Quyền 1: Ký đơn thay mặt cho người nộp đơn  Hoàn thành và gửi biểu mẫu gia hạn   
 Nhận các bản sao của thông báo và các thông tin liên lạc khác  Thay mặt người nộp đơn trong mọi vấn đề khác   
Nhận thẻ phúc lợi TANF (EPPIC)

Tên Người 1: \_\_\_\_\_  
Tên Tổ Chức 1 (nếu có): \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Căn Hộ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_  
Liên Lạc Điện Tử: Email: Có \_\_\_ Không \_\_\_ (không bắt buộc) Tin nhắn văn bản: Có \_\_\_ Không \_\_\_ (không bắt buộc)  
Địa Chỉ Email (không bắt buộc) \_\_\_\_\_  
Ngôn Ngữ Ưu Dùng: \_\_\_\_\_ Có cần thông dịch viên không? Có \_\_\_ hay Không \_\_\_

Loại Chương Trình của Đại Diện Có Thâm Quyền 2: Tem Thực Phẩm (SNAP)  TANF  Hỗ Trợ Y Tế   
Nhiệm Vụ của Đại Diện Có Thâm Quyền 2: Ký đơn thay mặt cho người nộp đơn  Hoàn thành và gửi biểu mẫu gia hạn   
 Nhận các bản sao của thông báo và các thông tin liên lạc khác  Thay mặt người nộp đơn trong mọi vấn đề khác   
Nhận thẻ phúc lợi TANF (EPPIC)

Tên Người 2: \_\_\_\_\_  
Tên Tổ Chức 2 (nếu có): \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Căn Hộ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_  
Liên Lạc Điện Tử: Email: Có \_\_\_ Không \_\_\_ (không bắt buộc) Tin nhắn văn bản: Có \_\_\_ Không \_\_\_ (không bắt buộc)  
Địa Chỉ Email (không bắt buộc) \_\_\_\_\_  
Ngôn Ngữ Ưu Dùng: \_\_\_\_\_ Có cần thông dịch viên không? Có \_\_\_ hay Không \_\_\_

## Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật: Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý & Hỗ Trợ Liên Lạc cho Đại Diện Có Thâm Quyền (nếu có):

Người đại diện có thẩm quyền có khuyết tật nào cần Sửa Đổi Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp không? Có \_\_\_ Không \_\_\_  
(Nếu có, vui lòng mô tả các sửa đổi hợp lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp quý vị đang yêu cầu):

Thông dịch viên Ngôn Ngữ Ký Hiệu \_\_\_; TTY \_\_\_; Bản In Chữ Lớn \_\_\_; Liên lạc điện tử (email) \_\_\_; Chữ nổi Braille \_\_\_; Phiên Dịch Video \_\_\_; Thông Dịch Viên Ngôn Ngữ Cử Chỉ \_\_\_; Thông Dịch Viên Đường Nói \_\_\_; Thông Dịch Viên Xúc Giác \_\_\_; Cuộc gọi điện thoại nhắc nhở về thời hạn chương trình \_\_\_; Chữ ký điện thoại (nếu có) \_\_\_; Phòng vấn trực tiếp (tại nhà) \_\_\_; Khác: \_\_\_\_\_

Đại diện có thẩm quyền cần Sửa Đổi Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp này một lần \_\_\_ hay kéo dài \_\_\_?  
Nếu có thể, vui lòng giải thích ngắn gọn dịch vụ này sẽ diễn ra khi nào và trong bao lâu? \_\_\_\_\_

## Chỉ dành cho Medicaid:

Quý vị có muốn soạn một bản khai báo thuế thu nhập liên bang vào NĂM SAU không? (Quý vị vẫn có thể nộp đơn xin bảo hiểm y tế cho dù quý vị không nộp bản kê khai thuế thu nhập liên bang.)

Có  Không Nếu có, vui lòng trả lời các câu hỏi a, b và c. Nếu Không, vui lòng trả lời câu hỏi c.

- a. Quý vị sẽ khai báo thuế chung với vợ/chồng?  Có  Không Nếu có, hãy ghi tên của vợ/chồng: \_\_\_\_\_
- b. Quý vị sẽ khai người phụ thuộc trên bảng kê khai thuế?  Có  Không  
Nếu có, ghi tên người phụ thuộc: \_\_\_\_\_
- c. Có người nào sẽ được khai là người phụ thuộc ở bản khai báo thuế của người khác không?  Có  Không  
Nếu có, vui lòng liệt kê tên của người khai báo thuế và tên của người phụ thuộc thuế: \_\_\_\_\_  
Quan hệ của người phụ thuộc và người khai thuế là gì? \_\_\_\_\_

**DỊCH VỤ TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG:**

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ khác của DHS, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại [dfcs.georgia.gov](http://dfcs.georgia.gov) hoặc gọi (877) 423-4746.

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và cung cấp bằng chứng của tất cả các thu nhập và bất kỳ chi phí nào như yêu cầu.

**TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ VÀ SỐ AN SINH XÃ HỘI:**

Vui lòng điền vào bảng dưới đây các thông tin về **người nộp đơn và tất cả các thành viên gia đình**. Các quy định và luật liên bang sau: Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, 7 U.S.C § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 và 42 C.F.R. § 435.920, ủy quyền DFCS để yêu cầu quý vị và thành viên gia đình cung cấp (các) số An Sinh Xã Hội. Những người sống trong gia đình của quý vị nhưng không nộp đơn xin trợ cấp có thể được xem là **không tham gia**. Người không tham gia không cần phải cung cấp các thông tin về số An Sinh Xã Hội, quốc tịch hay trạng thái nhập cư của họ và sẽ không đủ điều kiện nhận trợ cấp. Các thành viên khác trong gia đình vẫn sẽ được nhận trợ cấp trừ trường hợp họ không còn đủ điều kiện nhận. Nếu quý vị muốn chúng tôi xem xét xem có thành viên trong gia đình đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không, quý vị vẫn cần cho chúng tôi biết về tình trạng công dân hoặc nhập cư của họ và cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN) của họ. Quý vị vẫn cần phải cung cấp thông tin về thu nhập của họ và tài sản để chúng tôi xác định mức độ đáp ứng của họ và mức trợ cấp của họ. Chúng tôi sẽ đối sánh thông tin của quý vị với các cơ quan Liên Bang, tiểu bang và địa phương khác để xác minh thu nhập và khả năng đáp ứng điều kiện của quý vị. Thông tin này cũng có thể được gửi đến cơ quan hành pháp để bắt những người đang bị truy nã. Nếu gia đình quý vị có yêu cầu bồi thường chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP), thông tin trên đơn này, bao gồm SSN, có thể được gửi đến các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang các cơ quan thu nợ để họ dùng trong việc thu hồi nợ. Chúng tôi sẽ không từ chối cung cấp trợ cấp cho các thành viên trong gia đình ứng viên vì các thành viên khác không thể cung cấp SSN, quốc tịch hoặc tình trạng di trú của họ. Nếu quý vị đang nộp đơn cho dịch vụ y khoa khẩn cấp, thì quý vị không cần phải cung cấp thông tin SSN hoặc tình trạng nhập cư của mình.

Tên	Tên Đệm	Họ	Dân Tộc Tây Ban Nha hoặc La tinh? (Không bắt buộc)	Chủng Tộc (Không bắt buộc)	Giới tính Nam/ Nữ	Ngày Sinh Định Dạng (mm/dd/yy)	Mối Quan Hệ Với Quý Vị	Số An Sinh Xã Hội (Không Bắt Buộc với Người Không Tham Gia) <small>Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ hay người có Quốc Tịch Hoa Kỳ, người nhập cư đủ điều kiện hoặc trong tình trạng nhập cư thỏa đáng? (Chỉ dành cho người đăng ký) (Có/Không)</small>	Mẹ đẻ của trẻ này có sống trong nhà quý vị không? (Có/Không)	Cha đẻ của trẻ này có sống trong nhà quý vị không? (Có/Không)	Quý vị có muốn nhận trợ cấp Medicaid không? (Có/Không)
			Có/Không				TỰ THÂN	Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
			Có/Không					Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không

**Mã Chủng Tộc (Chọn tất cả những mục phù hợp):****AI** – Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska**AS** – Người châu Á**BL** – Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi**HP** – Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác**WH** – Người Da Trắng

Qua việc cung cấp thông tin Chủng Tộc/Sắc Tộc, quý vị sẽ hỗ trợ chúng tôi quản lý chương trình một cách công bằng. Gia đình của quý vị không bắt buộc phải cung cấp thông tin này cho chúng tôi và việc này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng đáp ứng điều kiện tham gia hoặc mức trợ cấp quý vị được nhận. Tuy nhiên, trong trường hợp quý vị không cung cấp các thông tin trên, chúng tôi sẽ tiến hành xác nhận chủng tộc, sắc tộc trực quan trong buổi phỏng vấn trực tiếp đầu tiên.

**Nếu quý vị hoặc những người nộp đơn trong gia đình là Công Dân Nhập Tịch hoặc một người nước ngoài/người nhập cư hợp pháp, hãy điền vào bảng sau:**

(vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần)

HỌ TÊN			Loại tài liệu nhập cư	Số ID Người Nước Ngoài/Chứng Chỉ/Tài Liệu	Quý vị đã sống ở Mỹ từ năm 1996?	Ngày Nhập Tịch/Ngày Nhập Cảnh hoặc Nhập Học vào Hoa Kỳ (nếu có)	Quý vị hay vợ/chồng hoặc cha/mẹ quý vị có phải cựu chiến binh hay quân nhân tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không?
Tên	Tên Đệm	Họ					
					(Có/Không)	Định Dạng (mm/dd/yy)	(Có/Không)

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid:**

**Có ai trong gia đình quý vị tham gia chương trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng đang ở độ tuổi 18 không?**  Có  Không  
**Nếu quý vị có những người phụ thuộc thuế không sống cùng nhà, vui lòng liệt kê bên dưới.**

Tên: \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ Giới Tính: Nam/Nữ (chọn một)  
 Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ Quốc Tịch: \_\_\_\_\_  
 Mối quan hệ với quý vị: \_\_\_\_\_ (vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần)

**Hãy Cho Chúng Tôi Biết Thêm về các Ứng Viên và Toàn Thể Thành Viên Gia Đình**

Chúng tôi cần thêm thông tin của ứng viên và các thành viên trong gia đình để quyết định xem ai đủ khả năng nhận trợ cấp. Vui lòng chỉ trả lời những câu hỏi về phúc lợi quý vị muốn nhận trong trang sau.

1. Đã có ai trong gia đình nhận được trợ cấp ở quốc gia hay tiểu bang khác chưa? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF)  Có  Không

Nếu có:

Ai: \_\_\_\_\_

Địa điểm: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

2. Đã có ai trong gia đình từng bị kết án cung cấp thông tin sai lệch về nơi sinh sống và danh tính để nhận các khoản trợ cấp tài chính tại một hoặc nhiều khu vực tính từ sau ngày 22/8/1996 chưa? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu có:

Ai: \_\_\_\_\_

Địa điểm: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

3. Có người trong gia đình quý vị tự nguyện thôi việc hay giảm thời gian làm việc trong tuần xuống dưới mức 30 giờ/tuần trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và chỉ TANF)  Có  Không

Nếu có, ai đã bỏ việc? \_\_\_\_\_

Tại sao anh họ ấy bỏ việc? \_\_\_\_\_

4. Có ai đang mang thai không? (Câu hỏi này không áp dụng cho ứng viên Tem Thực phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu có, ngày sinh được ước tính là ngày nào? \_\_\_\_\_; và dự kiến có bao nhiêu em bé? \_\_\_\_\_

Nếu không, có ai trong gia đình sinh con hay đã chấm dứt thai kỳ trong vòng 12 tháng qua không?  Có  Không

Nếu có, ngày sinh/kết thúc thai kỳ là? \_\_\_\_\_; và có bao nhiêu em bé được sinh/dự kiến được sinh ra? \_\_\_\_\_

Tên sản phụ: \_\_\_\_\_ Tên cha của đứa bé: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của cha: \_\_\_\_\_

5. Đối với những người nộp đơn xin Medicaid, đã có ai chưa trả tiền hóa đơn y tế trong vòng 3 tháng qua không?  
 Có  Không  
Nếu **có**, vui lòng gửi các hóa đơn chưa thanh toán nếu đăng ký Medicaid.

6. Có ai trong gia đình bị loại khỏi chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc Chương Trình TANF không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và chỉ TANF)  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_

Địa điểm: \_\_\_\_\_

7. Có ai bỏ trốn để tránh bị truy tố hoặc bỏ tù vì trọng tội không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF)  Có  Không Nếu **có**, người đó là: \_\_\_\_\_

8. Có ai vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm tha không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF)  
 Có  Không

Nếu **có**, người đó là: \_\_\_\_\_

9. Có ai bị kết án trọng tội vì hành vi liên quan đến việc tàng trữ, sử dụng hoặc phân phối chất ma túy bị kiểm soát (tức là trọng tội ma túy) sau ngày 22/8/1996 (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF) hoặc trọng tội bạo lực (Chỉ dành cho ứng viên TANF)?  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_

a. Quý vị có đang tuân thủ các điều khoản quản chế liên quan đến bất kỳ bản án nào nhận được do kết quả của kết án trọng tội ma túy không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem thực phẩm (SNAP))  Có  Không

b. Quý vị có đang tuân thủ điều khoản đặc xá liên quan đến bản án nào nhận được do kết án trọng tội ma túy không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

c. Quý vị đã hoàn thành thành công **tất cả các điều khoản quản chế hoặc tạm tha** liên quan đến bất kỳ bản án liên quan đến ma túy nào chưa? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

10. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã bị kết tội trao đổi trợ cấp Tem Thực Phẩm (SNAP) để lấy ma túy sau ngày 22/8/1996 chưa? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_

11. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có bị kết tội mua hoặc bán các phúc lợi Tem Thực phẩm (SNAP) với giá trên \$500 sau ngày 22/8/1996 không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

12. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có bị kết tội buôn bán trợ cấp Tem Thực Phẩm (SNAP) để lấy súng, đạn dược hoặc chất nổ sau ngày 22/8/1996 không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

13. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã bị kết án là người lớn có hành vi lạm dụng tình dục trầm trọng, giết người, bóc lột tình dục và các hành vi lạm dụng trẻ em khác, tội phạm của Liên Bang hoặc Tiểu Bang liên quan đến tấn công tình dục, hoặc tội theo luật của Tiểu Bang do Bộ Trưởng Tư Pháp xác định có tính chất cơ bản như tấn công tình dục sau ngày 7/2/2014 không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem thực phẩm (SNAP))  Có  Không

Nếu **có**:

Ai: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

- a. Quý vị có đang tuân thủ các điều khoản quản chế liên quan đến bất kỳ bản án nào nhận được do trọng tội hay không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem thực phẩm (SNAP))  Có  Không
- b. Quý vị có đang tuân thủ các thời hạn ân xá liên quan đến bất kỳ bản án nào nhận được do kết án trọng tội không? (Chỉ dành cho ứng viên Tem thực phẩm (SNAP))  Có  Không
- c. Quý vị đã hoàn thành **thành công** tất cả các thời hạn quản chế hoặc tạm tha liên quan đến bất kỳ bản án liên quan đến ma túy nào chưa? (Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP))  Có  Không

14. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có nhận được tiền thông qua xổ số hoặc cờ bạc không?  Có  Không

Nếu có:

Ai: \_\_\_\_\_ Khi nào: \_\_\_\_\_ Số Tiền Nhận Được: \_\_\_\_\_

15. Có ai trong gia đình quý vị từng sử dụng quỹ TANF hoặc thẻ EPPIC tại các cơ sở như cửa hàng rượu, sòng bạc, phòng poker, cơ sở kinh doanh giải trí người lớn, trái phiếu bảo lãnh, hộp đêm, tiệm làm đẹp/quán rượu, sảnh chơi bingo, trường đua, cửa hàng súng/đạn dược, du thuyền, thầy bói, cửa hàng thuốc lá, tiệm xăm hình/xỏ khuyên và các tiệm spa/xoa bóp hay không?  
(Chỉ dành cho ứng viên TANF)  Có  Không

Nếu có:

Ai: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_

16. Có ai trong gia đình quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp, hiện đang nhận tiền cấp dưỡng không?  Có  Không

Nếu có:

Ai: \_\_\_\_\_

Số Tiền Nhận Được Hàng Tháng: \_\_\_\_\_

Ngày thỏa thuận cấp dưỡng được duyệt hoặc sửa đổi lần cuối: \_\_\_\_\_

#### Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF:

**SINH VIÊN ĐẠI HỌC:** Có thành viên nào trong gia đình quý vị đăng ký ít nhất nửa khóa trong một trường đại học, cao đẳng, dạy nghề hoặc kỹ thuật không?  Có  Không Nếu có, người đó là: \_\_\_\_\_

Tên Trường: \_\_\_\_\_ Lớp/Tình Trạng \_\_\_\_\_ Ngày tốt nghiệp: \_\_\_\_\_ Họ có việc làm không?  Có  Không

Đăng ký hệ tại chức?  Có  không

Nếu có, số giờ làm việc mỗi tuần là \_\_\_\_\_ (Vui lòng hoàn thành phần việc làm bên dưới.)

#### Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP):

**Trong hộ có thành viên nào trên 60 tuổi hoặc khuyết tật phải trả chi phí y tế không?**  Có  Không

Các chi phí như bảo phí Medicare, thuốc theo toa hay hóa đơn bệnh viện của quý vị có thay đổi không?  Có  Không

**Nếu có, vui lòng liệt kê các chi phí kể trên vào bảng dưới đây. Vui lòng đính kèm (các) hóa đơn, toa thuốc gần nhất.**

Thành Viên Gia Đình Được Lập Hóa Đơn	Loại Chi Phí (Bác Sĩ, Bệnh Viện, Đơn Thuốc)	Số Tiền Nợ	Hóa Đơn Ngày	Bảo Hiểm Có Trả Tiền Không? Có/Không

Có thành viên nào trong gia đình trên 60 tuổi hoặc khuyết tật phải trả phí di chuyển y tế không?  Có  Không

**Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin bên dưới. Nếu quý vị nhận Medicaid, vui lòng cung cấp bằng chứng:**

Mục đích của chuyến đi (đến bác sĩ hoặc bệnh viện; tiệm thuốc đưa đơn)	Tổng số dặm đã lái:	Tiền taxi, xe buýt, đậu xe hoặc chỗ ở:
--	---------------------	--

Có ai trả các chi phí này thay quý vị không?  Có  Không

**Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bên dưới:**

Chi phí nào được trả?	Người thanh toán chi phí?
Người này thanh toán hóa đơn cho ai?	Địa chỉ:

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid:**

**CÁC KHOẢN BẢO HIỂM Y TẾ KHÁC**

**Có người nào trong gia đình quý vị đăng kí những dịch vụ bảo hiểm y tế dưới đây không?**

- Medicaid của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia      • PeachCare cho Trẻ Em®      • Medicare
- Các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Cựu Binh (VA)      • TRICARE (Không chọn ô này nếu quý vị có sự chăm sóc trực tiếp hoặc Đang Tại Ngủ)
- Bảo Hiểm Người Sử Dụng Lao Động: Tên của Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng \_\_\_\_\_
- Khác: Tên của Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng \_\_\_\_\_

Quý vị có đăng ký bảo hiểm y tế **nào ngoài** Medicaid không?  Có  Không

**Nếu có, vui lòng gửi bản sao thẻ bảo hiểm cho chúng tôi.**

**TÀI SẢN:**

**(Không bắt buộc với ứng viên MAGI Medicaid): Các thành viên trong gia đình có các loại tài sản sau hay không?**

Có  Không (Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin bên dưới. Vui lòng cung cấp bằng chứng nếu quý vị có các gói bảo hiểm Medicaid cho Người Cao Tuổi, Người Khiếm Thị hay Người Khuyết Tật (ngoài các gói QMB, SLMB hay QI-1).

Loại Tài Sản	Chủ Tài Sản	Số Tài Khoản/Hợp Đồng (Không điền nếu số tài khoản/hợp đồng trùng với số SSN của quý vị)	Giá trị	Tên của Ngân Hàng, Công Ty Bảo Hiểm v.v.
Tiền Mặt				
Séc/Tiết kiệm				
Liên Hiệp Tín Dụng				
Các Khoản Niệm Kim				
Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu				
Kết An Toàn				
Tài Khoản Lương Hưu (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Phương Tiện (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Chứng Chỉ Tiền Gửi/Các Khoản Niệm Kim (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Kế Hoạch Tang Lễ Trả Trước (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Lô Đất Nghĩa Trang (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Quý Tín Thác (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Tài Sản Không Gắn Liên Với Đất (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Tài Sản Gắn Liên Với Đất (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Bảo Hiểm Nhân Thọ (Chỉ dành cho các ứng viên không đăng ký MAGI Medicaid/TANF)				
Khác				



**Phần chỉ dành cho Người Cao Tuổi, Người Khiếm Thị hoặc Người Khuyết Tật Tham Gia Medicaid:**  
 Quý vị, hay vợ/chồng quý vị hoặc người mà quý vị đang nộp đơn để bán, giao dịch, hoặc trao tặng một tài sản trong vòng 60 tháng qua không.  Có  Không

Nếu có, đó là gì? \_\_\_\_\_  
 Khi nào? \_\_\_\_\_

**Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP), TANF và Medicaid:**

**VIỆC LÀM:** Các thành viên trong gia đình có việc làm không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin về thu nhập của những thành viên có việc làm từ các nguồn như tiền lương, thưởng, tiền bo và gửi kèm bằng chứng của TỔNG thu nhập nhận được trong vòng 4 tháng vừa qua.

NGƯỜI ĐANG LÀM VIỆC	NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG	TRẢ TIỀN MỖI GIỜ	SỐ GIỜ LÀM VIỆC MỖI TUẦN	TẦN SUẤT TRẢ	NGÀY TRẢ	TIỀN THƯỜNG	TIỀN BOA

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid:**

**CHI PHÍ TRƯỚC THUẾ:**

- Bảo Hiểm Y Tế \$ \_\_\_\_\_ Tần suất đóng? \_\_\_\_\_
- Bảo Hiểm Nha Khoa \$ \_\_\_\_\_ Tần suất đóng? \_\_\_\_\_
- Khoản Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_
- Khoản Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_
- Khoản Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_
- Nhiều Hơn? Vui lòng gửi kèm ở một tờ giấy riêng biệt.

**Chi phí trước thuế là những khoản khấu trừ vào thu nhập của quý vị trước những khoản thuế. Không phải mọi khoản khấu trừ đều là trước thuế.**

**CÁC KHOẢN TRỪ TRẢ THUẾ:**

Đánh dấu vào mọi mục phù hợp và cung cấp số tiền cũng như tần suất thanh toán của quý vị.

**LƯU Ý:** Quý vị không nên bao gồm khoản chi phí mà quý vị đã xem xét trong câu trả lời của về việc tự kinh doanh.

- Tiền Cấp Dưỡng Được Trả \$ \_\_\_\_\_ Tần suất trả? \_\_\_\_\_
- Khoản Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_
- Lãi Suất Khoản Vay Sinh Viên \$ \_\_\_\_\_ Tần suất trả? \_\_\_\_\_
- Khoản Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_

**Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP), TANF và Medicaid:**

**Có người nào trong hộ đã nghỉ việc không?**  Có  Không **Nếu có, hãy trả lời các câu hỏi sau và cung cấp bằng chứng:**

Công việc họ đã nghỉ?	Tên của thành viên gia đình đã nghỉ việc:	
Nơi làm việc:		
Ngày Dừng Thanh Toán:	Ngày Trả Lương Cuối Cùng:	Số tiền lương trả lần cuối (tổng):

**Có thành viên nào trong gia đình có công việc mới không?**  Có  Không **Nếu có, hãy hoàn thành mục sau và cung cấp bằng chứng:**

Tên của thành viên bắt đầu làm việc:	Ngày Bắt Đầu:	Số Điện Thoại:
Tên người sở hữu lao động/doanh nghiệp:	Mức Lương: \$	Ngày đầu tiên nhận/ước tính nhận lương:
Tần suất trả lương (vui lòng chọn một): <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Khác		

### **KINH DOANH TỰ DO:**

**Có người nào trong gia đình kinh doanh tự do không?**  Có  Không (Nếu có, là ai?) \_\_\_\_\_

**Vui lòng cung cấp bằng chứng của thu nhập tự do qua các bản khai báo thuế, hồ sơ kinh doanh, biên nhận, hóa đơn hoặc các bằng báo giá từ các khách hàng là doanh nghiệp.**

Doanh nghiệp này có được thành lập không?  Có  Không

Thành viên này có phải trả chi phí kinh doanh tự do không?  Có  Không

Nếu có, các khoản chi phí đó là gì?

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid và TANF: cung cấp bằng chứng cho các chi phí tự kinh doanh.**

### **THU NHẬP PHI TIỀN LƯƠNG:**

**Trong gia đình quý vị có thành viên nào được hưởng tiền từ Các Mạnh Thường Quân, An Sinh Xã Hội, SSI, VA, Trợ Cấp Nuôi Con, Trợ Cấp Thất Nghiệp, Lương Hưu hay các nguồn khác không?**  Có  Không

Nếu có, vui lòng điền các thông tin vào dưới đây và cung cấp bằng chứng về các khoản thu nhập trong 4 tuần vừa qua hoặc thư thường gần nhất.

Tên	Nguồn Thu Nhập	Số Tiền	Tần Suất Nhận?

**Đối với ứng viên MAGI Medicaid:** Thu nhập từ Trợ cấp nuôi con, lương cựu chiến binh, Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) hoặc Phúc Lợi Bồi Thường Cho Người Lao Động sẽ không được tính.

### **CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC:**

**Quý vị có phải trả phí chăm sóc trẻ nhỏ hay cho một người lớn tàn tật trong gia đình không?**  Có  Không

Nếu có, vui lòng trả lời các câu hỏi sau.

Người cần được chăm sóc:	Người trả phí chăm sóc:		
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc:	Chi Phí Chăm Sóc:	Tần suất trả tiền:	
Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc:	Lý Do Chăm Sóc:		

**Quý vị có phải trả chi phí di chuyển của trẻ nhỏ hay thành viên tàn tật trong gia đình không?**  Có  Không

Các chi phí này có bao gồm trong chi phí chăm sóc người phụ thuộc không?  Có  Không

Nếu không, vui lòng trả lời câu hỏi sau: **Tổng số dặm đã lái hàng tuần:** \_\_\_\_\_

## CHI PHÍ CƯ TRÚ:

Quý vị hay các thành viên trong gia đình có phải trả chi phí cư trú hoặc chi phí cư trú có sự thay đổi không?  Có  Không

**Nếu có, vui lòng điền vào bảng dưới đây.**

Chi Phí	Số Tiền	Tần Suất Nhận?	Người trả?
Thuê/Thế Chấp			
Thuế Tài Sản			
Bảo Hiểm Tài Sản			
Điện			
Khí đốt			
Nhiên liệu dầu/Gỗ/ Dầu hỏa			
Giếng/Bể Phốt/Nước/Nước Thải			
Rác			
Điện Thoại			
Khác			

Nguồn sưởi ấm/làm mát chính của gia đình là gì? (điện, khí đốt, điều hòa)

Có ai khác trả tiền cho các hóa đơn này hộ quý vị không?  Có  Không **Nếu có, hãy điền bảng bên dưới:**

Ai thanh toán hóa đơn?	Những hóa đơn nào được thanh toán?
Số tiền được thanh toán?	Người này thanh toán hóa đơn cho ai?

Quý vị có được hỗ trợ về năng lượng trong 12 tháng vừa qua không?  Có  Không

**Nếu có**, số tiền nhận được là \$ \_\_\_\_\_

Quý vị có chia sẻ chi phí nhà cửa hàng tháng với thành viên nào trong gia đình không?  Có  Không

**Nếu có**, người đó là ai? \_\_\_\_\_

Nhận Xét/Hồ Sơ \_\_\_\_\_

Trả đến ai \_\_\_\_\_ Số tiền đã thanh toán \$ \_\_\_\_\_ mỗi \_\_\_\_\_

Tên Chủ Nhà \_\_\_\_\_ Địa Chỉ Của Chủ Nhà \_\_\_\_\_

## HỖ TRỢ NUÔI CON:

Quý vị hoặc các thành viên trong gia đình có trả tiền hỗ trợ nuôi con cho người sống ngoài hộ không?

Có  Không

**Nếu có**, hãy điền vào bảng bên dưới:

Ai có nghĩa vụ phải trả?	Số tiền bắt buộc phải trả là bao nhiêu?
Tiền cấp dưỡng nuôi con được trả cho ai?	Số tiền thực sự phải trả là bao nhiêu?
Tiền cấp dưỡng nuôi con được trả cho ai?	Tần suất trả tiền cấp dưỡng nuôi con?

**Chỉ dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP), vui lòng cung cấp bằng chứng về số tiền đã trả trong 3 tháng vừa qua và nghĩa vụ pháp lý của việc trả tiền.**

**Phần này CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI THU HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH TANF – Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây:** Lịch Sử Tiêm Phòng:

Gia đình của quý vị có trẻ dưới 7 tuổi chưa được đăng ký đi học không? (Trừ **bậc** giáo dục mầm non.)

Có  Không

**Nếu có**, vui lòng gửi Đơn 3231 – Tiêm Ngừa Chăm Sóc Trẻ Em cho từng trẻ dưới 7 tuổi trong gia đình.

**Yêu Cầu Của Trường:**

Tất cả trẻ trong gia đình (6-18 tuổi) đều đang đi học?  Có  Không

Nếu **Có**, vui lòng kèm tên của trẻ \_\_\_\_\_

Tên của (các) trường \_\_\_\_\_

(Các) Lớp \_\_\_\_\_

Gia đình quý vị có trẻ nào trên 16 tuổi không được đi học không?  Có  Không

Nếu **Có**, ghi tên của trẻ? \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp một bản sao của phiếu lương hiện tại nếu trẻ đang đi làm hoặc một bản tường trình từ người sở hữu lao động nếu trẻ có tham gia vào bất kỳ hoạt động có liên quan đến công việc nào khác.

**Bạo Lực Gia Đình:**

Quý vị hay các thành viên trong gia đình đang là nạn nhân của Bạo Lực Gia Đình, Quấy Rối Tình Dục, Tấn Công Tình Dục hay Theo Dõi không?  Có  Không

Nếu **Có**, vui lòng cho chúng tôi biết tên của các nạn nhân \_\_\_\_\_

Sau khi tiến hành đánh giá, nếu gia đình quý vị đủ điều kiện, chúng tôi có thể giảm một vài yêu cầu của chương trình như yêu cầu tham gia hoạt động làm việc hoặc giới thiệu đến Ban Dịch Vụ Hỗ Trợ Trẻ Em.

**Chi Phí Ô Tô:**

Quý vị có phải phụ huynh hay người thân của trẻ và quý vị có thuộc cùng Đơn Vị Hỗ Trợ (AU) với trẻ không?

Có  Không

Nếu **Có**, vui lòng trả lời các những câu hỏi sau:

Quý vị hay các thành viên AU khác có sở hữu hay mua một chiếc ô tô không?  Có  Không

Nếu **Có**, người đó là? (Tên chủ sở hữu) \_\_\_\_\_

Năm, Nhà Sản Xuất và mẫu xe: \_\_\_\_\_

Vui lòng liệt kê các khoản thanh toán ô tô, Bảo Hiểm, Bảo Dưỡng và các khoản chi phí khác:

Quý vị có đang trả khoản thanh toán định kì (như hóa đơn thẻ tín dụng) nào không?  Có  Không

Nếu **Có**, vui lòng liệt kê: \_\_\_\_\_

## QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM ĐỐI VỚI TẤT CẢ CÁC CHƯƠNG TRÌNH

### QUÝ VỊ CÓ CÁC QUYỀN SAU ĐÂY:

- **yêu cầu hỗ trợ trong quá trình điền vào biểu mẫu này và các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí** (thông dịch viên, tài liệu được dịch hoặc dịch vụ trực tiếp bằng ngôn ngữ) nếu Quý vị gặp khó khăn khi đọc, viết, nói hoặc hiểu ngôn ngữ tiếng Anh.
- **yêu cầu các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ và các sửa đổi hợp lý** nếu quý vị hoặc ai đó trong gia đình quý vị bị khuyết tật.

**THÔNG BÁO VỀ PHIÊN ĐIỀU TRẦN:** Trong tất cả các chương trình, quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng trên giấy tờ hoặc trực tiếp. Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần bằng cách gọi 1-877-423-4746 hoặc có thể yêu cầu một phiên điều trần trước một nhân viên điều trần liên bang nếu quý vị không đồng ý với quyết định này. Quý vị có thể yêu cầu một luật sư, người thân, bạn bè hoặc bất kỳ ai để đại diện tại một phiên điều trần. Nếu muốn có một buổi điều trần, quý vị phải yêu cầu buổi điều trần bằng văn bản hoặc bằng cách liên hệ với cơ quan trong vòng:

- **90 ngày** kể từ ngày có thông báo đối với chương trình **Tem Thực Phẩm (SNAP)**
- **30 ngày** từ ngày thông báo đối với chương trình **Medicaid và TANF**

### QUÝ VỊ CÓ CÁC NGHĨA VỤ SAU ĐÂY:

- việc cung cấp thông tin chính xác cho nhân viên của quý vị và cung cấp bằng chứng về các tuyên bố là cần thiết để nhận trợ cấp. Khi Quý vị ký đơn này, Quý vị cho phép nhân viên của Quý vị đến lấy thông tin từ người sử dụng lao động của Quý vị, ngân hàng, hàng xóm, hoặc khác để chúng tôi có thể chắc chắn Quý vị đang nhận chính xác lượng trợ cấp.
- luôn nói sự thật. Trong trường hợp quý vị hoặc người nộp hồ sơ cung cấp thông tin không chính xác, quý vị có thể đang vi phạm pháp luật và có thể bị bắt giam.
- cung cấp bằng chứng rằng quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị nộp đơn xin trợ cấp là công dân Hoa Kỳ hoặc người nhập cư hợp pháp.
- hợp tác với nhân viên tiểu bang và liên bang làm việc trong Bộ Phận Phòng Chống Gian Lận hoặc các Văn Phòng của Dịch Vụ Điều Tra và người đang thực hiện công việc đánh giá hồ sơ đặc biệt. Nếu quý vị không hợp tác và chúng tôi không thể xác định rằng quý vị vẫn đang đủ điều kiện tham gia chương trình Tem Thức Ăn (SNAP), hồ sơ của quý vị có thể bị từ chối hoặc đóng.
- (dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP)) hợp tác với người Đánh giá Kiểm Soát Chất Lượng khi họ gọi hoặc đến nhà để phỏng vấn quý vị về thông tin quý vị đã cung cấp cho người quản lý hồ sơ. Nếu Quý vị không hợp tác với họ, hồ sơ của Quý vị có thể bị từ chối hoặc đóng.
- (dành cho ứng viên Tem Thực Phẩm (SNAP) và TANF) trả nợ lợi ích mà quý vị không được phép nhận.
- (dành cho ứng viên Medicaid) hợp tác với Hội Kiểm Duyệt hoặc Đội Đảm Bảo Tính Toàn Vẹn của Chương Trình Medicaid khi họ gọi hoặc đến nhà của quý vị để phỏng vấn về thông tin quý vị đã cung cấp cho người quản lý hồ sơ.
- (dành cho ứng viên Medicaid) các thành viên trong hộ đang ở Viện Dưỡng Lão, Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian, Các Dịch Vụ Cộng Đồng hay đã đăng ký và nhận được các dịch vụ thông qua chương trình miễn thị thực, vui lòng hợp tác với đội Phục Hồi Tài Sản.

Nếu quý vị nhận **được trợ cấp** từ chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP), quý vị **phải báo cáo khi tổng thu nhập hàng tháng** của quý vị đã vượt qua giới hạn tương đương với quy mô gia đình quý vị. Nếu quý vị là người lớn đi làm không có con, quý vị cũng phải báo cáo khi số giờ làm việc của mình ít hơn 20 giờ mỗi tuần hoặc 80 giờ mỗi tháng. Quý vị phải báo cáo những thay đổi này không trễ hơn 10 ngày kể từ cuối tháng xảy ra thay đổi.

Quý vị cũng phải báo cáo khi gia đình của quý vị nhận được số tiền thắng xổ số và cờ bạc lớn. Đây là giải thưởng tiền mặt giành được trong một trò chơi. Nếu quý vị hoặc một thành viên trong gia đình nhận được tiền thắng xổ số hoặc cờ bạc, tổng số tiền từ 4250 đô la Mỹ trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản khác), quý vị phải báo cáo những khoản tiền thắng cược này trong vòng 10 ngày kể từ cuối tháng mà hộ gia đình đã nhận được tiền thắng cược đó.

Nếu quý vị nhận được trợ **cấp TANF hoặc Medicaid**, quý vị phải báo **cáo tất cả các** thay đổi trong vòng 10 ngày kể từ khi thay đổi đó xảy ra.

Tôi hiểu rằng mọi khoản thanh toán một lần hoặc các khoản thanh toán "đột biến" mà mỗi người trong hồ sơ đăng ký Medicaid của tôi nhận được đều phải được ghi lại cùng với những khoản thu nhập mà chúng tôi có thể được nhận để xác định mức độ phù hợp với chương trình.

Trong Chương Trình Medicaid, quý vị có quyền:

- Nhận Medicaid kể cả khi quý vị có bảo hiểm y tế khác.
- Lựa chọn bác sĩ Medicaid hoặc nhà cung cấp.
- Được biết về tình trạng đơn xin Medicaid của quý vị được chấp thuận hay từ chối trong 10, 45 hoặc 60 ngày kể từ ngày quý vị đăng ký, tùy thuộc trên các loại hình dịch vụ của Medicaid.

**Như một điều kiện để đảm bảo tính phù hợp của tôi với chương trình Medicaid:**

- Tôi đồng ý giao phó cho Tiểu Bang mọi quyền về hỗ trợ y khoa và khoản thanh toán cho hỗ trợ y khoa từ mọi bên thứ ba (trợ cấp bệnh viện và y tế).
- Tôi đồng ý hợp tác với Tiểu Bang trong việc xác định và cung cấp thông tin để hỗ trợ Tiểu Bang trong việc tìm kiếm bất cứ bên thứ ba nào có thể chịu trách nhiệm thanh toán cho sự chăm sóc và dịch vụ. Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo bất cứ khoản thanh toán đã nhận nào cho dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng mười ngày. (Nếu quý vị đang hoàn thành đơn này thay mặt một cá nhân khác và không có khả năng thực hiện nghĩa vụ cho cá nhân đó, cá nhân đó sẽ cần phải thực hiện việc bàn giao các quyền lợi đã mô tả ở trên như một điều kiện để cá nhân đó đủ điều kiện nhận Medicaid).
- Tôi đồng ý cho Tiểu Bang quyền yêu cầu người phụ huynh vắng mặt cung cấp bảo hiểm y tế, nếu có. Tôi hiểu tôi phải nhận hỗ trợ y tế từ người cha mẹ vắng mặt nếu có thể và phải hợp tác với Ban Bảo Dưỡng Trẻ Em trong khi nhận được hỗ trợ. Nếu tôi không hợp tác, tôi biết rằng tôi sẽ có thể mất trợ cấp Medicaid và chỉ có con tôi được nhận, trừ khi có được lý do chính đáng.

**CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA CHƯƠNG TRÌNH TEM THỰC PHẨM (SNAP):** Quý vị có thể mất đi quyền lợi của mình hoặc bị truy tố hình sự cho hành vi cung cấp thông tin không chính xác.

- Không được làm giả hay che giấu thông tin để lấy các phúc lợi mình không nhận được.
- Không được sử dụng Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc thẻ EBT của người khác và không được để người khác sử dụng thẻ của quý vị.
- Không được sử dụng trợ cấp Tem Thực Phẩm (SNAP) để mua những mặt hàng không phải thực phẩm như là rượu hoặc thuốc lá hoặc để trả nợ tín dụng.
- Không được buôn bán hoặc trao đổi Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc thẻ EBT để lấy các mặt hàng bất hợp pháp; như là súng ống, đạn dược, hoặc chất cấm (ma túy).

Các thành viên trong gia đình quý vị nếu có ý vi phạm các điều luật trên sẽ bị cấm tham gia chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) từ một năm đến vĩnh viễn, bị phạt tiền tối đa \$250.000, phạt tù 20 năm hoặc cả hai. Họ có thể sẽ bị truy tố theo luật Liên Bang và Tiểu Bang và sẽ bị cấm tham gia chương trình Tem Thực Phẩm thêm 18 tháng theo quyết định của tòa.

Các thành viên trong gia đình quý vị có hành vi cố ý phạm luật có thể sẽ không nhận được trợ cấp Tem Thực Phẩm (SNAP) trong một năm cho lần đầu phạm tội, hai năm cho lần phạm tội thứ hai và bị cấm vĩnh viễn cho lần phạm tội thứ ba.

Trong trường hợp tòa án phát hiện quý vị hoặc một thành viên trong hộ phạm tội trao đổi trợ cấp lấy chất cấm, quý vị hoặc thành viên đó sẽ không đủ điều kiện để nhận trợ cấp trong hai năm và sẽ bị cấm vĩnh viễn trong lần thứ hai phạm tội.

Nếu tòa án phát hiện quý vị hay một thành viên trong gia đình sử dụng trợ cấp vào một giao dịch liên quan đến buôn bán súng, đạn hay chất gây cháy nổ, quý vị hoặc thành viên đó sẽ vĩnh viễn mất quyền tham gia chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) kể từ lần vi phạm đầu tiên.

Nếu tòa án phát hiện quý vị hay một thành viên trong gia đình có hành vi buôn bán các phúc lợi với tổng giá trị từ \$500 trở lên, quý vị và thành viên sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện để tham gia các chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) kể từ lần đầu tiên vi phạm.

Nếu quý vị hoặc một thành viên trong gia đình cung cấp thông tin sai sự thật về danh tính cũng như nơi sinh sống nhằm nhận nhiều phúc lợi Tem Thực Phẩm (SNAP) hơn, quý vị hoặc thành viên đó sẽ mất điều kiện tham gia chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) trong 10 năm. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai sự thật hoặc che giấu thông tin, tôi sẽ bị truy cứu tội lừa đảo.

**CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA CHƯƠNG TRÌNH TANF:** Trong chương trình TANF, các hành vi cố ý cung cấp thông tin sai sự thật để thiết lập hoặc duy trì trạng thái đủ điều kiện của AU, tăng lợi ích, chống giảm lợi ích, che giấu thông tin để tránh tác động tiêu cực hoặc sử dụng tiền được hỗ trợ tại nơi bị cấm đều được xem là hành vi Vi Phạm Chương Trình có Chủ Ý.

Quý vị có thể sẽ được gọi đến Văn Phòng của Tổng Thanh Tra để quyết định hình phạt dựa trên mức độ nghiêm trọng của hành vi phạm tội, nếu như:

- không báo cáo thay đổi kịp lúc, khai báo sai sự thật, dùng tiền từ vốn hỗ trợ hoặc thẻ GHI NỢ TANF để rút tiền hoặc thực hiện giao dịch ở các sòng bạc, cửa hàng rượu, cơ sở kinh doanh dịch vụ giải trí người lớn "câu lạc bộ múa thoát y", phòng chơi poker, trái phiếu bảo lãnh, hộp đêm/thẩm mỹ viện/quán rượu, sảnh chơi bingo, đường đua, các cơ sở dịch vụ trò chơi điện tử, cửa hàng súng ống/đạn dược, du thuyền, cơ sở bói toán, cửa hàng thuốc lá, tiệm xăm hình/xỏ khuyên, và các spa/tiệm làm đẹp, đều bị nghiêm cấm, cung cấp thông tin sai lệch về nơi ở để nhận được lợi ích ở các tiểu bang khác nhau và bị kết án do các tội liên quan đến sử dụng hay tàng trữ ma túy hoặc trọng tội liên quan đến bạo lực, kể từ ngày 1/1/1997.

Các thành viên trong gia đình nếu vi phạm các điều ở trên có thể bị cấm tham gia chương trình TANF từ sáu tháng đến vĩnh viễn.

**Với chương trình MEDICAID**, lừa đảo hoặc lạm dụng là phạm pháp. Quý vị có thể được giới thiệu tới Đơn Vị Chủ Đạo Chương trình Medicaid và PeachCare cho Trẻ em®. Người vi phạm có thể bị giới hạn chỉ được dùng một nhà cung cấp, bị chấm dứt khỏi các chương trình hoặc yêu cầu phải bồi hoàn cho Sở Y Tế Cộng Đồng cho các dịch vụ y tế được cung cấp. Gian lận là một hành động không trung thực được thực hiện cố ý. Lạm dụng là một hành động không tuân thủ tốt đạo đức.

**Các ví dụ cho việc người tham gia gian lận và lạm dụng là:**

- Cho người khác sử dụng Medicaid, PeachCare cho Trẻ em® hoặc thẻ bảo hiểm sức khỏe CMO của quý vị
- Nhận đơn thuốc với các ý định lạm dụng hoặc buôn bán thuốc
- Sử dụng các giấy tờ giả để hưởng dịch vụ
- Dùng sai hoặc lạm dụng thiết bị được cung cấp qua Medicaid hoặc PeachCare cho Trẻ em®
- Cung cấp thông tin không chính xác hoặc cho phép người khác vi phạm nhằm có đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc PeachCare cho Trẻ em®
- Không báo cáo về sự thay đổi liên quan đến thu nhập, nếp sống hoặc tài sản

Để báo cáo nghi ngờ gian lận Medicaid về người nhận hoặc nhà cung cấp, hãy gọi cho Sở Y Tế Cộng Đồng Georgia – Văn Phòng Tổng Thanh Tra theo số (địa phương) (404) 463-7590 hoặc (miễn phí) (800) 533-0686; qua email tại [origanonymouse@dch.ga.gov](mailto:origanonymouse@dch.ga.gov); qua đường bưu điện tại Sở Y Tế Cộng Đồng, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; Hoặc truy cập <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

**THÔNG TIN ĐĂNG KÍ CỦA CỬ TRI**

Nếu quý vị không đăng ký bỏ phiếu tại nơi sinh sống, quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hôm nay không?

\_\_\_\_ Có

\_\_\_\_ Không

\_\_\_\_ Tôi không muốn trả lời các câu hỏi Đăng Ký Cử Tri

Việc quý vị có đăng kí bầu cử hay không sẽ không ảnh hưởng đến lượng hỗ trợ quý vị được hưởng do cơ quan này cung cấp.

Nếu quý vị cần điền vào đơn đăng kí cử tri thì chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hay chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể điền đơn này trong sự riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng có người can thiệp hay từ chối quyền cử tri, quyền riêng tư trong việc quyết định bầu cử, quyền lựa chọn đảng phái chính trị hay các sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ Trưởng Ngoại Giao tại 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 hoặc bằng cách gọi đến số (404) 656-2871.

**NẾU QUÝ VỊ ĐỂ TRỐNG CẢ HAI Ô, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC XEM LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ CỬ TRI TRONG THỜI GIAN NÀY.**

**Một bản sao của đơn Đăng Ký Cử Tri Georgia được đính kèm trong đơn đăng ký, gia hạn và thay đổi địa chỉ của DFCS. Quý vị cũng có thể yêu cầu đơn Đăng Ký Cử Tri từ nhân viên phụ trách của mình. Sau khi quý vị đã điền thông tin vào đơn Đăng Ký Cử Tri, hãy nộp đơn về Văn Phòng Bộ Trưởng Ngoại Giao Tiểu Bang Georgia theo hướng dẫn trên đơn Đăng Ký Cử Tri.**

**NẾU QUÝ VỊ GIA HẠN CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID, TEM THỰC PHẨM (SNAP) VÀ TANF, QUÝ VỊ PHẢI KÍ VÀ GHI NGÀY THÁNG VÀO Ô PHÙ HỢP NHẤT VỚI TÌNH HÌNH CỦA QUÝ VỊ.**

**VUI LÒNG NỘP LẠI ĐƠN NÀY TRƯỚC NGÀY CHỨNG NHẬN HẾT HẠN ĐỂ BẮT ĐẦU QUÁ TRÌNH GIA HẠN.**

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid – hãy ký vào đây khi Ứng Viên/Thành Viên/Người Giám Hộ Hợp Pháp đã hoàn thành điền thông tin:**

Nếu tôi đăng ký/gia hạn Medicaid cho bản thân, tôi tuyên bố dưới trách nhiệm hình sự rằng tôi là một Công Dân Hoa Kỳ, Quốc Tịch Hoa Kỳ quốc tịch Hoa Kỳ và/hoặc là người nhập cư hợp pháp tại Hoa Kỳ. Nếu tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp, tôi tuyên bố (những) người nộp đơn là Công Dân Hoa Kỳ, Quốc Tịch Hoa Kỳ Quốc Tịch Hoa Kỳ và/hoặc là người nhập cư hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi xin cam đoan rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng theo hiểu biết của mình.

\_\_\_\_\_ (Ký tên)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid – vui lòng ký vào đây khi Một Người Khác Ngoài Ứng Viên/Thành Viên/Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp hoàn thành:**

Tôi xác nhận với những hiểu biết và niềm tin sâu sắc nhất của mình rằng (những) người mà tôi đang nộp đơn xin/gia hạn Medicaid là (các) công dân Hoa Kỳ, (những) người có quốc tịch Hoa Kỳ/hoặc người nhập cư hợp pháp hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi xin cam đoan một lần nữa rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng và thật theo hiểu biết của mình.

\_\_\_\_\_ (Ký tên)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

**Số điện thoại để chúng tôi có thể liên lạc với quý vị \_\_\_\_\_**

**Nếu Người Nộp Đơn/Thành Viên/Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp muốn chỉ định người này là người đại diện cá nhân, họ phải đánh vào đây và kí vào ô bên dưới  Có**

\_\_\_\_\_ (Ứng Viên/Thành Viên/Phụ Huynh/Người)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

**Với chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) và/hoặc TANF – khi Ứng Viên/Người Thụ Hưởng/Người Giám Hộ Hợp Pháp hoàn thành việc điền thông tin:**

Tôi tuyên bố sẽ chịu hình phạt vì tội lừa đảo nếu tôi lừa dối theo những gì tôi biết, (những) người tôi đang nộp đơn xin trợ cấp là (các) công dân Hoa Kỳ hoặc những người nhập cư hợp pháp theo pháp luật Hoa Kỳ. Tôi xin cam đoan rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng theo hiểu biết của mình. Tôi hiểu và đồng ý rằng DHS-DFCS, DCH và các Cơ Quan Liên Bang có thẩm quyền có thể xác minh các thông tin tôi cung cấp trong đơn này. Thông tin này có thể được thu thập từ các nhà tuyển dụng trước đây hoặc hiện tại. Tôi hiểu rằng thông tin của mình có thể được dùng để điều tra thông tin về lương bổng và tình trạng tham gia của tôi vào các hoạt động nghề nghiệp.

Tôi sẽ báo cáo mọi thay đổi xảy ra theo các yêu cầu của chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) và/hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu bất kỳ ai trong gia đình tôi nhận được tiền thắng xổ số hoặc cờ bạc với tổng số tiền từ \$4250 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cược này trong vòng 10 ngày kể từ cuối tháng mà gia đình tôi nhận được tiền thắng cược. Tôi hiểu nếu bất kỳ thông tin nào không chính xác, trợ cấp của tôi có thể bị giảm hoặc bị từ chối và tôi có thể bị truy tố hình sự hoặc bị loại khỏi các chương trình DHS-DFCS vì cố ý cung cấp thông tin không chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin. Tôi hiểu rằng nếu tôi không thông báo cho DHS-DFCS về một số chi phí của tôi trong quá trình nộp đơn hoặc gia hạn và/hoặc không xác minh những thông tin kể trên, DHS-DFCS sẽ không tính chi phí đó để tính số tiền trợ cấp Tem Thực phẩm (SNAP) của tôi.

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia (“DHS”) thu thập Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân (PII), chẳng hạn như tên, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email và ngày sinh, v.v., trong quá trình quý vị nộp đơn xin trợ cấp. Khi gửi bất kỳ thông tin cá nhân nào cho chúng tôi, quý vị đồng ý rằng chúng tôi có thể thu thập, sử dụng và tiết lộ bất kỳ thông tin cá nhân nào theo các chính sách, quy trình của DHS và khi được pháp luật và/hoặc quy định cho phép hoặc yêu cầu.

\_\_\_\_\_ (Ký tên)

\_\_\_\_\_ (Ngày)



## (Vui lòng giữ những tài liệu này làm thông tin của quý vị)

Bảng sau đây giải thích một số thuật ngữ được dùng trong đơn này.

<b>Ứng Viên</b>	Một cá nhân nộp đơn xin nhận trợ cấp hoặc phúc lợi công cộng.
<b>Đơn Vị Hỗ Trợ (AU)</b>	Một đơn vị hỗ trợ bao gồm <i>những cá nhân</i> đạt chuẩn sống cùng nhau và nhận trợ cấp/phúc lợi công đồng.
<b>Người Chăm Sóc</b>	Cha mẹ, người thân hoặc người giám hộ hợp pháp đã nộp đơn và nhận được TANF với trẻ được họ chăm sóc.
<b>ID khách hàng</b>	Một dãy số riêng được cấp cho một cá nhân nhận được hỗ trợ/trợ cấp công đồng.
<b>Không Đủ Điều Kiện</b>	Những hành động được thực hiện để khiến một cá nhân bị loại bỏ khỏi chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP) hoặc TANF bởi vì họ đã không nói thật và nhận được những quyền lợi mà lẽ ra họ không được nhận.
<b>Bạo Lực Gia Đình</b>	Bạo lực gia đình có thể bao gồm việc bị vợ/chồng, bạn trai/bạn gái, bạn tình hoặc “người yêu cũ” đánh, đá, đâm, hãm hiếp, siết cổ, đe dọa, kiểm soát hoặc ngăn cản có được những thứ cần thiết cho sự sống (chẳng hạn như thức ăn, thuốc men hoặc nhà cửa).
<b>Thẻ Tài Khoản Trợ Cấp Điện Tử (EBT)</b>	Hệ thống được sử dụng tại Tiểu Bang Georgia để trả trợ cấp đến các cá nhân đủ điều kiện cho chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP). Các cá nhân nhận hỗ trợ được cấp thẻ ghi nợ EBT, được dùng để truy cập tài khoản Tem Thực Phẩm (SNAP) của họ.
<b>Liên Lạc Điện Tử</b>	<p>Quý vị có quyền chọn cách nhận thông báo về thông tin của mình. Nếu quý vị chọn nhận thông báo qua email hoặc tin nhắn văn bản, quý vị sẽ nhận được một tin nhắn thông báo rằng quý vị có một thông báo trong mục "Thông Báo Của Tôi" trên Cổng Thông Tin Khách Hàng GA.</p> <p>Đối với Liên Lạc Qua Email, quý vị phải cung cấp cho chúng tôi địa chỉ email và chấp nhận các điều khoản cũng như điều kiện đối với các thông báo điện tử trong Cổng Thông Tin Khách Hàng GA sau khi quý vị tạo tài khoản. Vui lòng truy cập Trang Web Cổng Thông Tin Khách Hàng GA tại <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> để cập nhật cài đặt thông báo của quý vị.</p> <p>Với Liên Lạc Qua Tin Nhắn Văn Bản, quý vị phải cung cấp số điện thoại của mình cho chúng tôi. Có thể áp dụng phí tin nhắn và dữ liệu tiêu chuẩn. Điều này sẽ thay đổi tùy theo nhà mạng, vui lòng kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị.</p>
<b>Thẻ MasterCard ghi nợ EPPICard</b>	Tiểu Bang Georgia đã triển khai một tùy chọn thanh toán “điện tử” thuận tiện cho người nhận TANF được gọi là Thẻ MasterCard ghi nợ EPPICard. Theo tùy chọn thanh toán này, tiền sẽ được gửi vào tài khoản của người nhận vào ngày dương lịch đầu tiên của tháng. Nếu ngày đầu tháng rơi vào cuối tuần hoặc ngày lễ, phúc lợi sẽ được cung cấp vào ngày làm việc cuối cùng của tháng trước. Người nhận có thể truy cập ngay vào tiền của mình vì tiền được nạp theo hình thức điện tử vào thẻ MasterCard.
<b>Người Thân Của Người Nhận Tài Trợ</b>	Một phụ huynh, người thân hoặc người giám hộ hợp pháp được áp dụng và nhận TANF theo tên của mình thay mặt cho con của họ.
<b>Tổng Thu Nhập</b>	Tổng thu nhập của một người trước khi tính đến thuế hoặc các khoản khấu trừ khác.
<b>Các thành viên trong Hộ gia đình</b>	Cá nhân sống trong nhà của quý vị. Đối với Tem Thức Ăn (SNAP), các cá nhân sống cùng nhau, mua và chuẩn bị các bữa ăn cùng nhau.
<b>Thu nhập</b>	Các khoản thanh toán như tiền công, tiền lương, tiền thưởng, tiền bồi thường cho người lao động hay người khuyết tật, lương hưu, phúc lợi hưu trí, lãi suất, tiền hỗ trợ nuôi con hay bất các khoản tiền được nhận khác.
<b>Đạo Luật Cắt Giảm Thuế Cho Tầng Lớp Trung Lưu năm 2012</b>	Đạo Luật này nghiêm cấm việc dùng các quỹ hỗ trợ tiền mặt hay Thẻ Ghi Nợ TANF để rút tiền mặt hoặc thực hiện các giao dịch tại sòng bạc, cửa hàng rượu, cơ sở giải trí dành cho người lớn, phòng chơi poker, trái phiếu bảo lãnh, hộp đêm/thẩm mỹ viện/quán rượu, sảnh chơi bingo, trường đua, cơ sở cung cấp dịch vụ trò chơi điện tử, cửa hàng súng/đạn, du thuyền, thầy bói, cửa hàng thuốc lá, tiệm xăm /xỏ khuyên và tiệm spa/xoa bóp. Việc sử dụng quỹ hỗ trợ tiền mặt hoặc Thẻ Ghi Nợ TANF tại những doanh nghiệp này sẽ cấu thành hành vi có ý vi phạm chương trình (lừa đảo) do người nhận.
<b>Người Không Tham Gia</b>	Một cá nhân KHÔNG nộp đơn hoặc nhận trợ cấp/phúc lợi công cộng. Những người không tham gia không được yêu cầu phải cung cấp số an sinh xã hội, quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư.
<b>Người Thụ Hưởng</b>	Người thụ hưởng là một cá nhân nhận trách nhiệm nhận tiền mặt hỗ trợ và chi tiêu quỹ thay mặt AU. Một người nhận tiền có thể là một thành viên của AU hoặc không.
<b>Chi Phí Trước Thuế</b>	Chi phí trước thuế là những khoản khấu trừ vào thu nhập của quý vị trước những khoản thuế. Không phải tất cả các khoản khấu trừ đều là trước thuế. Các khoản khấu trừ trước thuế phổ biến nhất là bảo hiểm y tế, nha khoa, nhân khoa, v.v. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Người Nước Ngoài/Người Nhập Cư Đủ Điều Kiện</b>	<p>Một người nước ngoài/nhập cư đủ điều kiện là một người cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ trong các danh mục sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• một người được thừa nhận hợp pháp để cư trú dài hạn (LPR) theo Đạo Luật Nhập Cư và Quốc Tịch (INA);</li> <li>• Con lai có mẹ là người châu Á và bố là lính Mỹ nhập cư theo mục 584 của Đạo Luật Hoạt Động Nước Ngoài, Tài Trợ Xuất Khẩu và Chi Tiêu Cho Các Chương Trình Liên Quan Năm 1988;</li> <li>• Một người được cấp phép tị nạn chính trị theo mục 208 của INA;</li> <li>• Người tị nạn, được nhận theo mục 207 của INA;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một người <i>ân xá</i> với tư cách là người tị nạn hoặc tị nạn chính trị theo mục 212 (d)(5) của INA;</li> <li>• Một người <i>bị trục xuất</i> đang được giữ lại theo mục 243(h) của INA có hiệu lực trước ngày 1 tháng 4 năm 1997, hoặc mục 241(b)(3) của INA, theo sửa đổi;</li> <li>• Một người được <i>cấp quyền nhập cư</i> có điều kiện theo mục 203(a)(7) của INA có hiệu ứng trước 1/4/1980;</li> <li>• <i>Người nhập cư gốc</i> Cuba hoặc Haiti như được xác định Trong mục 501(e) của Đạo Luật Hỗ Trợ Giáo Dục Người Tị Nạn Năm 1980;</li> <li>• <i>Nạn nhân của nạn buôn người</i> theo mục 107(b)(1) của Đạo Luật Bảo Vệ Nạn Nhân Buôn Người Năm 2000;</li> <li>• <i>Những người</i> nhập cư bị đánh đập đáp ứng các điều kiện quy định trong mục 431(c) của Đạo Luật Trách Nhiệm Cá Nhân và Hòa Giải Cơ Hội Làm Việc năm 1996, đã được sửa đổi;</li> <li>• <i>Người Afghanistan hoặc người Iraq</i> nhập cư được cấp tình trạng nhập cư đặc biệt theo mục 101(a)(27) của INA (tuân theo các điều kiện <i>cụ thể</i>);</li> <li>• <i>Người Anh Đìêng sinh ra</i> tại Canada và sinh sống tại Hoa Kỳ theo mục 289 của INA hoặc người không phải công dân thuộc bộ lạc da đỏ được liên bang công nhận theo Mục 4(e) của Đạo Luật Hỗ Trợ Quyền Tự Quyết và Giáo Dục cho Người Anh Đìêng và;</li> <li>• <i>Người Hmong hoặc Thành viên bộ tộc Cao Nguyên Lào</i> có hỗ trợ lính Mỹ trong hoạt động nhập cư hoặc tham gia chiến dịch giải cứu hoặc giải thoát hoạt động trong thời kì chiến tranh Việt Nam (8/5/1964 – 5/7/1975).</li> </ul> <p>Chỉ dành cho ứng viên chương trình Hỗ Trợ Y Tế, Hiệp Ước Liên Kết Tự Do (COFA) là công dân của Liên bang Micronesia, Cộng Hòa Quần Đảo Marshall và Cộng Hòa Palau. Người di cư COFA không phải đáp ứng thời hạn 5 năm.</p>
<b>Tài Sản</b>	Tiền mặt, tài sản hoặc của cải như là như tài khoản ngân hàng, phương tiện, cổ phiếu, trái phiếu và bảo hiểm nhân thọ.
<b>Tấn Công Tinh Dục</b>	Tấn công tình dục là hành vi tình dục vô cơ bị luật Liên Bang, Bộ Lạc hoặc Tiểu Bang cấm, kể cả khi nạn nhân không có khả năng đồng ý.
<b>Quấy Rối Tinh Dục</b>	Quấy rối tình dục là hành vi thù địch, đe dọa hoặc áp bức dựa trên tình dục tạo ra một môi trường làm việc phân cấm.
<b>Theo Dõi</b>	Hành động hoặc tội phạm cố ý và nhiều lần theo dõi hoặc quấy rối người khác trong những trường hợp có thể khiến một người sợ bị thương hoặc tử vong, đặc biệt là vì những lời đe dọa rõ ràng hoặc ngụ ý.
<b>Thu Nhập Phải Chịu Thuế</b>	Các khoản thanh toán như tiền công, tiền lương, tiền thưởng, tiền bồi thường cho người lao động hay người khuyết tật, lương hưu, phúc lợi hưu trí, lãi suất, tiền hỗ trợ nuôi con hay bất các khoản tiền được nhận khác.
<b>Người Phụ Thuộc Thuế</b>	Một cá nhân mong đợi được công bố trên một tờ khai của người khai thuế. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Người Khai Thuế</b>	Một cá nhân nộp bản khai thuế. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Các Khoản Trừ Trả Thuế</b>	Các khoản khấu trừ thuế là các khoản trừ được cho phép IRS được ghi trên bảng khai thuế số 1040 của quý vị bắt đầu từ dòng 23 đến dòng 35. Bao gồm: Chi phí cho nhà giáo dục; Mẫu 2106; Mẫu Tiết kiệm Y Tế 8889; Chi Phí Di Chuyển Mẫu 3909; Phạt/Rút Tiết Kiệm Sớm ; Chi Phí Hỗ Trợ Nuôi Con; Các Khoản Khấu Trừ IRA; Lãi Suất Học Phí Sinh Viên; Học phí và Lệ phí Mẫu 8917; Hoạt Động Sản Xuất Trong Nước Mẫu 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Buôn Bán Trong Chương trình Tem Thực Phẩm (SNAP)</b>	<i>Phúc Lợi</i> Buôn Bán SNAP có nghĩa là: (1) Mua, bán, ăn cắp, hoặc không trao đổi các lợi ích SNAP được cấp và truy cập qua thẻ EBT, số thẻ và số PIN hoặc bằng chứng từ thủ công và chữ ký, để lấy TIỀN MẶT hoặc hàng hóa khác ngoài thực phẩm, bằng hình thức trực tiếp, gián tiếp, đồng lõa hoặc thông đồng với những người khác, hoặc hành động một mình; (2) Việc trao đổi vũ khí, đạn dược, chất nổ, hoặc chất cấm; (3) Mua một sản phẩm bằng trợ cấp SNAP và món hàng được chứa trong thùng đựng hàng rồi yêu cầu một trả hàng với ý định lấy tiền mặt bằng cách loại bỏ sản phẩm và trả lại hộp đựng để lấy tiền đặt cọc, cố ý loại bỏ sản phẩm và cố ý trả lại hộp đựng để đặt cọc; (4) Mua một sản phẩm bằng trợ cấp SNAP với ý định chiếm đoạt tiền mặt hoặc hàng hóa khác ngoài thực phẩm bằng cách bán lại sản phẩm và sau đó cố ý bán lại sản phẩm đã mua bằng trợ cấp SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc hàng hóa khác thực phẩm; (5) Cố ý mua các sản phẩm được mua ban đầu bằng trợ cấp SNAP để lấy tiền mặt hoặc mặt hàng khác thực phẩm. (6) Cố gắng đến mua, bán, trộm, hoặc làm ảnh hưởng việc trao đổi phúc lợi SNAP được cấp và truy cập thông qua Thẻ Chuyển khoản Quyền lợi Điện tử (EBT), số thẻ và số nhận dạng cá nhân (Mã PIN), hoặc bằng chứng từ thủ công và chữ ký, để lấy tiền mặt hoặc hàng hóa khác thực phẩm, bằng hình thức trực tiếp, gián tiếp, đồng lõa hoặc thông đồng với những người khác, hoặc hành động một mình.

## **Thông báo về Quyền theo ADA/Mục 504**

### **Trợ Giúp Người Khuyết Tật**

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia và Sở Y Tế Cộng Đồng Georgia (“các Sở”) được luật liên bang\* yêu cầu cung cấp cho người khuyết tật cơ hội bình đẳng được tham gia và đủ điều kiện cho các chương trình, dịch vụ hoặc hoạt động của các Sở. Yêu cầu này bao gồm các chương trình như SNAP, TANF và Hỗ Trợ Y Tế.

Các Sở cần có những điều chỉnh hợp lý khi việc điều chỉnh là cần thiết để tránh phân biệt đối xử vì tình trạng khuyết tật. Ví dụ: chúng tôi có thể thay đổi các chính sách, thông lệ hoặc thủ tục để đem lại quyền tiếp cận bình đẳng. Để đảm bảo giao tiếp hiệu quả một cách bình đẳng, chúng tôi cung cấp sự hỗ trợ về giao tiếp, như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu, cho người khuyết tật hoặc người đồng hành của họ. Sự hỗ trợ của chúng tôi là hoàn toàn miễn phí. Các Sở không bắt buộc phải thực hiện bất kỳ sửa đổi nào mà sẽ khiến bản chất của một dịch vụ, chương trình hay hoạt động buộc phải thay đổi hoặc gây ra gánh nặng tài chính và hành chính không đáng có.

### **Cách Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý Hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp**

Vui lòng liên hệ với nhân viên phụ trách của quý vị nếu quý vị là người khuyết tật và cần sửa đổi một cách hợp lý, cần sự hỗ trợ về giao tiếp hoặc cần giúp đỡ thêm. Ví dụ: hãy gọi nếu quý vị cần sự trợ giúp hoặc dịch vụ để giao tiếp hiệu quả, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể liên hệ nhân viên phụ trách của mình hoặc gọi Sở Dịch Vụ Gia Đình và Trẻ Em (DFCS) theo số (877) 423-4746 hoặc Nhóm Katie Beckett của Sở Y Tế Cộng Đồng DCH (KB) theo số (678) 248-7449 để trình bày yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể đưa ra yêu cầu của mình bằng cách sử dụng Mẫu Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý DFCS ADA, có sẵn tại văn phòng DFCS địa phương của quý vị **hoặc trực tuyến tại <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>**, hoặc quý vị có thể nhận được Biểu Mẫu Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý của DCH ADA tại **Nhóm KB hoặc** trực tuyến tại <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> nhưng quý vị không cần phải sử dụng biểu mẫu.

### **Cách Nộp Đơn Khiếu Nại**

Quý vị có quyền khiếu nại nếu Các sở phân biệt đối xử với quý vị vì tình trạng khuyết tật của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử nếu yêu cầu của quý vị về việc sửa đổi hợp lý hoặc về thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu bị từ chối hoặc không được tiến hành đúng lúc. Quý vị có thể khiếu nại bằng lời nói hoặc bằng văn bản qua việc liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị, văn phòng DFCS địa phương của quý vị hoặc Cơ quan Dân Quyền thuộc DFCS, điều phối viên của ADA/Mục 504 tại 2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Đối với Sở Y Tế Cộng Đồng (DHC), hãy liên lạc với Nhóm KB Điều Phối Viên của ADA/Mục 504 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, hoặc Hòm thư 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Email của DCH là: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Quý vị có thể yêu cầu nhân viên phụ trách hồ sơ của mình cung cấp một bản sao của đơn khiếu nại ADA/Mục 504 về quyền công dân DFCS. Mẫu đơn khiếu nại cũng có **tại <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>**. Nếu quý vị cần sự trợ giúp để khiếu nại về phân biệt đối xử, quý vị có thể liên hệ với nhân viên của DFCS được ghi ở trên. Những người khiếm thính hoặc gặp khó khăn về thính giác hoặc khiếm khuyết về khả năng nói có thể gọi đến 711 để nhân viên tổng đài kết nối với chúng tôi. Địa chỉ email để khiếu nại Cơ Quan Dân Quyền DCH là: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). Liên kết về quy trình và mẫu đơn khiếu nại của Cơ Quan Dân Quyền DCH: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử đến cơ quan liên bang thích hợp. Thông tin liên hệ Sở Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA) và Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS) nằm trong “Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử”.

*\*Mục 504 của Đạo Luật Tái Hòa Nhập Cộng Đồng năm 1973; Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật năm 1990; và Đạo Luật Sửa Đổi của Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật năm 2008 đảm bảo người khuyết tật không bị phân biệt đối xử bất hợp pháp.*

Theo **chính sách của Sở Y Tế Cộng Đồng (DCH)**, các chương trình Hỗ Trợ Y Tế không thể từ chối quý vị về tính đủ điều kiện hoặc phúc lợi dựa trên chủng tộc, tuổi, giới tính, khuyết tật, nguồn gốc quốc gia hoặc tôn giáo.

## Không Gửi Đơn Đến USDA hoặc HHS

### **Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử**

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm cả bản dạng giới và khuynh hướng tình dục), tín ngưỡng tôn giáo, khiếm khuyết, tuổi tác, quan điểm chính trị, hoặc trả thù hoặc trả đũa những hoạt động dân quyền trước đây trong bất kỳ chương trình nào được tổ chức hoặc tài trợ bởi USDA. Những chương trình nhận hỗ trợ tài chính của liên bang từ Hoa Kỳ Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), như là Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Các Gia Đình Nghèo Khó (TANF) và những chương trình mà HHS trực tiếp tiến hành đều bị cấm phân biệt đối xử theo luật dân quyền liên bang và các quy định của HHS.

Những người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để có được thông tin về chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ), nên liên hệ với cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Các cá nhân khiếm thính hoặc thính giác kém hoặc khiếm khuyết về khả năng nói có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Chuyển tiếp Liên bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

### **KHIẾU NẠI QUYỀN DÂN SỰ LIÊN QUAN ĐẾN CÁC CHƯƠNG TRÌNH CỦA USDA**

USDA cung cấp hỗ trợ tài chính liên bang cho nhiều chương trình an ninh lương thực và giảm đói như Chương Trình Trợ Giúp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), Chương Trình Phân Phối Lương Thực Dự Trữ Ở Ấn Độ (FDPIR) và các chương trình khác. Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử theo chương trình, hãy hoàn thành Biểu Mẫu Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử Của Chương Trình, (AD-3027) được cung cấp trực tuyến tại

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR\\_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)

và tại mọi văn phòng của USDA hoặc viết một lá thư gửi tới USDA đồng thời cung cấp trong thư mọi thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu. Để yêu cầu một bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy gọi đến số (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu hoặc thư đã hoàn thành của quý vị tới USDA bằng:

1. **hòm thư:** Cục Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; hoặc
2. **số fax:** (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442; hoặc
3. **điện thoại:** (833) 620-1071; hoặc
4. **email:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Đối với bất kỳ thông tin nào khác về các vấn đề của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị nên liên hệ số đường dây nóng của USDA SNAP theo số (800) 221-5689, có cả tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi đến [thông tin tiểu bang/số đường dây nóng](#) (nhập vào liên kết để xem danh sách các số điện thoại đường dây nóng theo Tiểu bang); có thể tìm thấy trực tuyến tại: [Đường dây nóng chương trình SNAP](#).

### **KHIẾU NẠI QUYỀN DÂN SỰ LIÊN QUAN ĐẾN CÁC CHƯƠNG TRÌNH CỦA HHS**

HHS cung cấp hỗ trợ tài chính liên bang cho nhiều chương trình nhằm tăng cường sức khỏe và hạnh phúc, bao gồm TANF, Khởi Đầu, Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng Tại Nhà Cho Người Có Thu Nhập Thấp (LIHEAP) và các chương trình khác. Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, khiếm khuyết, tuổi tác, giới tính (bao gồm việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới) hoặc tôn giáo trong các chương trình hoặc hoạt động mà HHS trực tiếp điều hành hoặc HHS cung cấp hỗ trợ tài chính liên bang, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Văn Phòng Quyền Công Dân (OCR) cho chính quý vị hoặc cho người khác.

Để nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử của chính quý vị hoặc người khác liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính liên bang thông qua HHS, hãy hoàn thành biểu mẫu trực tuyến qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của OCR tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Quý vị cũng có thể liên hệ với OCR thông qua hòm thư tại: Hoạt Động Quản Lý Hồ Sơ Tập Trung, Hoa Kỳ. Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; số fax: (202) 619-3818; hoặc email: [OCRRmail@hhs.gov](mailto:OCRRmail@hhs.gov). Để xử lý nhanh hơn, chúng tôi khuyến khích quý vị sử dụng cổng thông tin trực tuyến OCR để nộp đơn khiếu nại thay vì nộp đơn qua thư. Những người cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự có thể gửi email cho OCR theo địa chỉ [OCRRmail@hhs.gov](mailto:OCRRmail@hhs.gov) hoặc gọi miễn phí cho OCR theo số 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Đối với những người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm khuyết về khả năng nói, vui lòng gọi số 7-1-1 để truy cập các dịch vụ chuyển tiếp viên thông. Chúng tôi cũng cung cấp các định dạng thay thế (chẳng hạn như chữ nổi Braille và bản in chữ lớn), hỗ trợ phụ trợ và các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho việc nộp đơn khiếu nại.

Cơ quan này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

Theo Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS), quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử bằng cách liên hệ với văn phòng DFCS địa phương của quý vị hoặc điều phối viên của ADA/Mục 504 và Cơ Quan Dân Quyền thuộc DFCS, tại 2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Đối với các khiếu nại cáo buộc phân biệt đối xử vì trình độ tiếng Anh hạn chế, hãy liên hệ với Chương Trình Tiếng Anh Hạn Chế và Suy Giảm Giác Quan của DHS tại 2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, hoặc gọi (877) 423-4746.

## Không Gửi Đơn Đến USDA hoặc HHS