



Đơn Xin Trợ Cấp

QUÝ VỊ VUI LÒNG NỘP TRỰC TIẾP, GỬI FAX hoặc GỬI EMAIL ĐƠN ĐÃ HOÀN THÀNH ĐẾN VĂN PHÒNG TẠI QUẬN GẦN NHẤT.

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 cả phiên dịch, 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 bảng cách quay số 711 (Georgia Relay).

Chúng Tôi Cung Cấp Những Dịch Vụ Gì Tại Ban Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em (DFCS)?

DFCS cung cấp các dịch vụ sau:



Hỗ Trợ Về Thực Phẩm

Có thể sử dụng trợ cấp SNAP để mua thực phẩm tại bất kỳ cửa hàng nào có biển hiệu EBT/Quest. Chúng tôi sẽ trừ khoản tiền mua thực phẩm của quý vị vào tài khoản SNAP của quý vị.



Hỗ Trợ Tiền Mặt/Dịch Vụ Hỗ Trợ Việc Làm Hỗ Trợ Tạm Thời cho Gia Đình Khó Khăn (TANF) hỗ trợ tiền mặt cho các gia đình có trẻ nhỏ, người mang thai trong thời gian có hạn.

Phụ huynh, người chăm sóc hoặc người mang thai được bao gồm trong khoản trợ cấp phải tham gia một chương trình việc làm. Chương trình Hỗ Trợ Tiền Mặt cũng sẽ hỗ trợ tài chính cho các gia đình bị nạn không đủ điều kiện tham gia chương trình TANF.

- **Chương trình Ông Bà Nuôi Cháu (GRG)** sẽ cung cấp sự hỗ trợ cần thiết để trẻ em có thể được quan tâm chăm sóc tại nhà của ông bà.



Hỗ Trợ Y Tế

Medicaid, dành cho những người hội đủ điều kiện, có thể giúp thanh toán các hóa đơn y tế, thăm khám bác sĩ và bảo phí Medicare.

- Chương trình này bao gồm **Hỗ trợ Y tế Pathways**. Hỗ trợ Y tế Pathways là một chương trình cung cấp bảo hiểm Medicaid miễn phí hoặc giảm chi phí cho các cá nhân từ 19 đến 64 tuổi, có thu nhập hộ gia đình lên tới 100% Mức Nghèo Đói Liên Bang (FPL), không đủ điều kiện nhận Medicaid và đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện. Nếu quý vị muốn được xem duyệt cho việc tham gia Pathways, vui lòng hoàn thành Tài liệu đính kèm D.

Dịch Vụ Tiếp Cận Cộng Đồng

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



Làm Sao Để Đăng Ký Trợ Cấp?

Bước 1. Điền đầy đủ vào đơn.

Đọc cẩn thận các câu hỏi và cung cấp thông tin chính xác. Ký tên và ghi ngày vào đơn.

Bước 2. Nộp đơn về văn phòng tại địa phương.

Quý vị sẽ cần giữ lại các trang 1-2 và 17-20.

Câu Hỏi Thường Gặp

Sẽ mất bao lâu để nhận được trợ cấp?

SNAP:	tối đa 30 ngày
TANF:	tối đa 45 ngày
Medicaid:	10 đến 90 ngày

Quý vị có thể nhận được SNAP trong vòng 7 ngày nếu đủ điều kiện. Xem trang 6.

Tôi sẽ nhận được bao nhiêu?

Thu nhập, tài sản và quy mô gia đình của quý vị sẽ quyết định số tiền trợ cấp. Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết sau khi xác định khả năng đáp ứng điều kiện chương trình của quý vị.

Tôi sẽ nhận trợ cấp bằng cách nào?

Đối với SNAP, quý vị sẽ nhận được thẻ Tài Khoản Trợ Cấp Điện Tử (EBT) để hưởng các phúc lợi của mình. Đối với TANF, quý vị sẽ nhận được thẻ ghi nợ MastercardWay2Go để hưởng các phúc lợi của mình. Với Medicaid, quý vị sẽ được nhận một thẻ Medicaid cho mỗi thành viên đủ điều kiện.

Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp các thông tin sau:

- Bằng chứng về danh tính của người nộp đơn nếu nộp đơn xin SNAP và/hoặc TANF. Các loại giấy tờ xác minh hợp lệ bao gồm thẻ căn cước (ID) hoặc bằng lái xe (DL). Người nộp đơn xin Hỗ Trợ Y Tế không cần nộp giấy tờ tùy thân.
- Bằng chứng về quốc tịch/tình trạng nhập cư hợp pháp tại Hoa Kỳ cho tất cả những người xin trợ cấp. Trong trường hợp quý vị chỉ nộp đơn tham gia chương trình Hỗ Trợ Y Tế Khẩn Cấp (EMA), quý vị không cần phải cung cấp số SSN hoặc thông tin về tình trạng nhập cư.
- Số An Sinh Xã Hội của mọi ứng viên xin hỗ trợ.
- Bằng chứng về thu nhập *như phiếu lương, tiền hỗ trợ nuôi con* và phiếu khen thưởng. Người nộp đơn tham gia chương trình Hỗ Trợ Y Tế không cần phải có bằng chứng về các khoản tiền hỗ trợ nuôi con.
- Bằng chứng về các chi phí như biên lai dịch vụ chăm sóc trẻ em, hóa đơn y tế, chi phí vận chuyển y tế, chi phí thuê nhà/thẻ chấp và các khoản tiền hỗ trợ nuôi con. Thông tin này không bắt buộc đối với người nộp đơn Hỗ Trợ Y Tế.

Trước tiên, chúng tôi sẽ cố gắng xác minh tình trạng công dân/nhập cư và thông tin liên quan đến thu nhập thông qua các nguồn dữ liệu điện tử. Hồ sơ xin trợ cấp không cần đính kèm các giấy tờ chứng minh; tuy nhiên, quý vị có thể nộp kèm các giấy tờ này với đơn xin trợ cấp. Trong trường hợp chúng tôi không thể xác minh thông tin qua các nguồn dữ liệu điện tử và quý vị cần hỗ trợ trong việc thu thập các thông tin này, xin hãy liên hệ với chúng tôi.



Đơn Xin Trợ Cấp



Gửi thư, fax, hoặc mang các trang 3-16 của đơn này đến văn phòng Ban Dịch Vụ Gia Đình & Trẻ Em (DFCS) tại địa phương quý vị. Quý vị có thể xem địa chỉ văn phòng địa phương tại <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Trong trường hợp quý vị hoặc người được ứng tuyển đủ điều kiện hưởng trợ cấp, khoản trợ cấp Tem Thực Phẩm (SNAP) sẽ được cấp kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn có tên, địa chỉ và chữ kí của quý vị. Các khoản trợ cấp TANF sẽ được cấp từ ngày hồ sơ được duyệt.

Trong trường hợp quý vị nộp đơn cho các chương trình SNAP, TANF và/hoặc Medicaid thì quý vị có thể làm đơn chỉ có tên, địa chỉ và chữ kí của quý vị. Tuy nhiên, việc quý vị điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu có thể giúp chúng tôi xử lý đơn đăng ký của quý vị nhanh hơn. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn này để nộp đơn chung cho nhiều chương trình hoặc chỉ cho SNAP. Đơn xin trợ cấp SNAP của quý vị sẽ không bị từ chối chỉ vì đơn xin trợ cấp của quý vị cho một chương trình khác đã bị từ chối. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định đủ điều kiện riêng cho đơn xin SNAP của quý vị. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở giáo dục và nộp đơn xin SNAP và SSI cùng lúc, ngày nộp đơn sẽ là ngày quý vị được ra khỏi cơ sở giáo dục đó.

Bước 3. Nói chuyện với chúng tôi.

Quý vị có thể cần phải hoàn thành một buổi phỏng vấn với chuyên viên của chúng tôi. Trong trường hợp đó, chúng tôi sẽ hẹn trước với quý vị. Buổi phỏng vấn này có thể được tiến hành qua điện thoại.

Chúng tôi sẽ dùng thông tin cá nhân của ứng viên như thế nào?

Quý vị chỉ cần cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN) và quốc tịch hay thông tin tình trạng nhập cư của người xin trợ cấp. Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin này để kiểm tra trên hệ thống xác minh thu nhập và tính đủ điều kiện (IEVS). Chúng tôi cũng sẽ đối sánh thông tin của quý vị với Liên Bang, tiểu bang và các cơ quan địa phương khác để xác minh thu nhập, xét điều kiện, theo dõi thông tin tiền lương và trạng thái tham gia vào hoạt động công việc của quý vị. Nếu một thành viên trong gia đình không muốn cung cấp thông tin về SSN, quốc tịch hay tình trạng nhập cư, thì những thành viên khác trong gia đình vẫn có thể nhận được trợ cấp. Trong trường hợp quý vị nộp đơn để xin nhận dịch vụ y tế khẩn cấp, quý vị không cần phải cung cấp số SSN hay thông tin về tình trạng nhập cư.

Người khác có thể nộp đơn cho tôi không?

Đối với SNAP và Medicaid, quý vị có thể nhờ người khác nộp đơn thay quý vị. Đối với TANF, bất kỳ ai cũng có thể nộp đơn nhưng phụ huynh hoặc người chăm sóc, hoặc người đang mang thai phải được phỏng vấn.



Đơn Xin Trợ Cấp

**(Hoàn thành đơn đăng ký này và nộp về văn phòng
DFCS TẠI ĐỊA PHƯƠNG quý vị.)**

Tôi Đang Nộp Đơn Cho Chương Trình Nào? (Kiểm tra tất cả các mục phù hợp với quý vị)

- Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)**
Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), trước đây được gọi là Tem Thực Phẩm, là một chương trình được vốn liên bang tài trợ, mang các gói trợ cấp hàng tháng đến các gia đình có thu nhập thấp để giúp họ chi trả chi phí ăn uống. SNAP cũng sẽ hỗ trợ giáo dục dinh dưỡng để có thể đáp ứng nhu cầu về thức ăn và dinh dưỡng của các gia đình, cũng như cung cấp các cơ hội đào tạo và nghề nghiệp để giúp các gia đình có được việc làm và trở nên ít lệ thuộc vào chương trình hơn.
- Chương trình Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Gia Đình Khó Khăn (TANF)**
Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Gia Đình Khó Khăn (TANF) sẽ cung cấp các khoản thanh toán bằng tiền mặt hàng tháng, thanh toán bằng tiền mặt một lần hoặc các dịch vụ hỗ trợ khác, để hỗ trợ cho gia đình có trẻ em đủ điều kiện. Nếu quý vị là phụ huynh của trẻ, người chăm sóc hoặc người đang mang thai muốn được nhận trợ cấp, chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị tham gia một chương trình việc làm.
 - Chương trình Ông Bà Nuôi Cháu (GRG)**
Ông Bà Nuôi Cháu (GRG) sẽ cung cấp các khoản thanh toán bổ sung bằng tiền mặt để trẻ em có thể được chăm sóc tại ngôi nhà của ông bà chúng. **Người nộp đơn phải nộp đơn xin TANF để đủ điều kiện nhận GRG.**
- Chương trình Hỗ Trợ Tiền Mặt Cho Người Tị Nạn**
Chương trình Hỗ Trợ Tiền Mặt Cho Người Tị Nạn cung cấp tài chính hỗ trợ đến những gia đình tị nạn không đủ điều kiện tham gia chương trình TANF. Người tị nạn trong danh sách bao gồm người nhập cư từ Cuba/Haiti, nạn nhân của nạn buôn người, trẻ lai có mẹ là người châu Á và cha là lính Mỹ, người xin tị nạn, người Afghanistan hoặc Iraq có thị thực nhập cư đặc biệt (SIV) hoặc người Afghanistan đủ điều kiện được ân xá.
- Chương trình Medicaid**
Medicaid cung cấp bảo hiểm y tế đến người già, người lớn khiếm thị hoặc khuyết tật, phụ nữ mang thai, trẻ em và các gia đình. Khi quý vị nộp đơn, chúng tôi sẽ xem xét tất cả các chương trình Medicaid và chọn ra một chương trình phù hợp với quý vị.

Vui lòng điền thông tin của người nộp đơn vào bảng dưới đây.

Tên	Tên Đệm	Họ	Danh Xưng
Địa Chỉ Thường Trú		Căn Hộ	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip	
Quý vị có phải là người vô gia cư không? Có ___ hoặc Không ___			
Địa Chỉ Gửi Thư (Nếu Khác)			
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 Tiên của quý vị là gì?		Trong trường hợp phỏng vấn, quý vị có cần thông dịch viên không? Có ___ hoặc Không ___	



Đơn Xin Trợ Cấp

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

Quý vị có 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 Sửa Đổi Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp mà quý vị đang yêu cầu):

Phiên dịch ngôn ngữ ký hiệu ___; TTY ___; Bản in chữ lớn ___; Giao tiếp điện tử (email) ___; Chữ nổi ___; Chuyển tiếp video ___; Phiên dịch lời nói có tín hiệu ___; Phiên dịch lời nói ___; Phiên dịch xúc giác ___; Nhắc nhở qua điện thoại về thời hạn chương trình ___; Chữ ký qua điện thoại (nếu có) ___; Phỏng vấn trực tiếp (thăm nhà) ___; Khác: ___

Quý vị chỉ cần Điều chỉnh Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp này một lần ___ hay lâu dài ___?

Nếu có thể, vui lòng giải thích ngắn gọn dịch vụ này sẽ diễn ra khi nào và trong bao lâu?

Dành cho tất cả người nộp đơn xin trợ cấp SNAP, TANF và Medicaid:

Tôi tuyên bố chịu hình phạt của tội khai man theo những gì tôi hiểu biết và tin tưởng rằng người tôi xin trợ cấp là (các) công dân Hoa Kỳ 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 tôi. Tôi hiểu và đồng ý rằng DHS-DFCS, DCH và các Cơ Quan Liên Bang có thẩm quyền đều có thể xác minh các thông tin tôi cung cấp trong đơn này. Thông tin này có thể được các nhà tuyển dụng thu thập từ quá khứ 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 SNAP và/hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu bất kỳ ai trong gia đình tôi nhận được tiền trúng số hoặc tiền cờ bạc, với tổng số tiền là \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cuộc này chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà gia đình tôi nhận được tiền thắng cuộc. 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 khoản chi phí của mình trong quá trình nộp đơn hoặc gia hạn và/hoặc không xác minh chúng, DHS-DFCS sẽ không tính khoản chi phí đó vào ngân sách khi tính toán số tiền trợ cấp 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 được ký bởi "X"

Ngày

Đại Diện Có Thẩm 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 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 Thẩm Quyền 1: SNAP TANF Hỗ trợ y tế
- Nhiệm Vụ của Đại Diện Có Thẩm Quyền 1: Ký đơn thay mặt cho ứng viên Hoàn thành và nộp mẫu gia hạn
- Nhận bản sao thông báo và các thông tin liên lạc khác Hành động thay mặt cho người nộp đơn trong mọi vấn đề khác
- Nhận thẻ trợ cấp TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Tên Người 1: _____
 Tên Tổ Chức 1 (nếu có): _____ Điện Thoại: _____
 Địa Chỉ: _____ Căn Hộ số: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____



Ban Dịch Vụ Gia Đình
và Trẻ Em

Đơn Xin Trợ Cấp

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 Tiên: _____ Có nhu cầu về thông dịch viên không? Có ___ hay Không ___

Loại Chương Trình của Đại Diện Có Thảm Quyền 2: SNAP TANF Hỗ Trợ Y Tế

Nhiệm Vụ của Đại Diện Có Thảm Quyền 2: Ký đơn thay mặt người nộp đơn Hoàn thành và gửi biểu mẫu gia hạn

Nhận bản sao của các thông báo và thông tin liên lạc khác Thay mặt người nộp đơn trong mọi vấn đề khác

Nhận thẻ phúc lợi TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Tên Người 2: _____

Tên Tổ Chức 2 (nếu có): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____

Liên Lạc Điện Tử: Email: Có ___ Không ___ (không bắt buộc)

Địa Chỉ Email (không bắt buộc) _____

Ngôn Ngữ Ưu Tiên: _____ Có nhu cầu về thông dịch viên không? Có ___ hay Không ___

Điện Thoại: _____

Căn Hộ số: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Tin nhắn văn bản: Có ___ Không ___ (không bắt buộc)

Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật: Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý & Hỗ Trợ Giao Tiếp cho Đại Diện Có Thảm Quyền (nếu có):

Đại Diện Có Thảm Quyền có khuyết tật nào cần Sửa Đổi Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp không? Có ___ Không ___ (Nếu có, vui lòng mô tả 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 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) ___; Phòng vấn trực tiếp (tại nhà) ___; Khác: _____

Đại diện có thảm quyền cần Sửa Đổi Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp này một lần ___ hay kéo dài ___? Nếu có thể, giải thích ngắn gọn sửa đổi hoặc hỗ trợ này sẽ diễn ra khi nào và trong bao lâu? _____

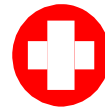
Chỉ dành cho Văn Phòng:

Ngày Nhận: _____

Đủ Điều Kiện Làn Nhanh:

Điều kiện đủ để được hưởng Đủ Điều Kiện Làn Nhanh (Express Lane Eligibility, ELE) là một quy trình tự động ghi danh/gia hạn cho trẻ đủ điều kiện dưới 19 tuổi đang tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), Hỗ Trợ Tạm Thời cho Gia Đình Có Nhu Cầu (TANF), Hỗ Trợ Tiền Mặt Cho Người Tị Nạn (RCA), Dịch Vụ Chăm Sóc Trẻ Em và Phụ Huynh (CAPS) hoặc Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ em (WIC) 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 qua các quy tắc Hỗ Trợ Y Tế giúp thực hiện quyết định của ELE về việc ghi danh hoặc gia hạn cho trẻ em trong Medicaid hoặc PeachCare cho Trẻ Em®. DFCS sẽ gửi thông báo quyết định sau khi hoàn tất, cho phép các thành viên thực hiện bất kỳ thay đổi nào và cho phép họ chọn không tham gia quy trình ELE hoặc chấm dứt trường hợp Hỗ trợ y tế bất kỳ lúc nào.



Đơn Xin Trợ Cấp

Tôi có đủ điều kiện để nhận SNAP nhanh hơn không? (Thông tin này chỉ được yêu cầu đối với người nộp đơn xin SNAP)

Trả lời những câu hỏi sau về người nộp đơn và tất cả các thành viên trong hộ gia đình để xem quý vị có thể nhận được SNAP trong vòng 7 ngày hay không .

1. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có là người nhập cư hay nông dân thời vụ không?
 Có Không

Nếu có, người đó là ai _____

2. Tổng **Thu Nhập Kiểm** được sẽ được nhận trong tháng này: \$ _____
Tên Nhà tuyển dụng _____
Ngày Bắt Đầu Làm Việc _____ Ngày kết thúc làm việc _____
Mức Lương _____ Số Giờ Đã Làm Hàng Tuần _____
Tần Suất Nhận Lương: hàng tuần/hai tuần một lần/nửa tháng một lần/hàng tháng (chọn một)

3. Tổng **Thu Nhập Chưa Kiểm** được sẽ được nhận trong tháng này: \$ _____
Loại hình Thu Nhập Chưa Kiểm Được _____ Số Tiền _____
Tần Suất Nhận: hàng tuần/hai tuần một lần/nửa tháng một lần/hàng tháng (chọn một)
Loại hình Thu Nhập Chưa Kiểm Được _____ Số Tiền _____
Tần Suất Nhận: hàng tuần/hai tuần một lần/nửa tháng một lần/hàng tháng (chọn một)

4. Tổng thu nhập đã kiểm được và chưa kiểm được tháng này: \$ _____

5. Quý vị và toàn thể thành viên trong gia đình có bao nhiêu tiền mặt/tiền gửi ngân hàng? \$ _____

6. Tổng tiền thuê nhà, thế chấp, thuế tài sản và/hoặc bảo hiểm nhà ở hàng tháng của quý vị là bao nhiêu Bảo hiểm? \$ _____

7. Tổng tiền điện, nước, khí đốt và/hoặc các tiện ích khác của quý vị trong tháng này là bao nhiêu? \$ _____

(Trừ những lần đóng phí trễ và phí phạt trong quá khứ)

- a. Nguồn sưởi ấm hay làm mát chính của gia đình quý vị là gì? Đánh dấu vào những mục phù hợp.
Điện _____ Khí đốt _____ Cửa sổ hoặc máy điều hòa không khí trung tâm _____ Dầu hỏa _____ Gỗ _____

- b. Quý vị có nhận được hỗ trợ năng lượng (LIHEAP) trong 12 tháng qua không?
 Có Không Nếu có, số tiền nhận được là \$ _____



Đơn Xin Trợ Cấp

Cho Chúng Tôi biết về Ứng Viên và Toàn Thể Thành Viên Gia Đình

Đối với ứng viên nộp đơn Hỗ Trợ Y Tế: Vui lòng gửi kèm tên quý vị, vợ/chồng và các con (kể cả con riêng) dưới 21 tuổi sống với quý vị, vợ/chồng chưa cưới cần bảo hiểm y tế, những người có tên trên tờ khai thuế của quý vị, kể cả khi họ không sống cùng và những người dưới 21 tuổi đang sống cùng cũng như được quý vị chăm sóc. Quý vị không cần phải gửi kèm tên của vợ/chồng sắp cưới nếu họ không cần bảo hiểm y tế hay con riêng của họ, cha mẹ quý vị nếu họ sống chung nhưng tự trả thuế cho mình (nếu quý vị dưới 21 tuổi) hoặc những người họ hàng nếu họ tự trả thuế cho bản thân mình. Trong trường hợp quý vị chỉ nộp đơn tham gia chương trình Hỗ Trợ Y Tế Khẩn Cấp (EMA), quý vị không cần phải cung cấp số SSN hoặc thông tin về tình trạng nhập cư.

Vui lòng điền bảng bên dưới về người **nộp đơn vào toàn bộ thành viên trong hộ gia đình**. **Các luật và quy định của liên bang sau đây: Đạo luật Dinh Dưỡng và Thực Phẩm 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 yêu cầu quý vị và thành viên gia đình quý vị 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 người 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 nào 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** và tài sản của họ để chúng tôi xem xét khả năng đáp ứng điều kiện của họ và mức trợ cấp của gia đình. Chúng tôi sẽ không báo cáo bất kỳ thành viên gia đình nào không tham gia cho hệ thống Chương Trình Xác Nhận Ngoại Kiều Có Hệ Thống Về Đủ Tư Cách Pháp Lý (USCIS) của Sở Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (SAVE) nếu họ không cung cấp quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư của họ cho chúng tôi. Tuy nhiên, trong trường hợp trạng thái nhập cư đã được gửi kèm trong đơn đăng ký, thì thông tin này có thể sẽ được xác minh thông qua hệ thống SAVE và có thể ảnh hưởng đến khả năng đáp ứng điều kiện và mức trợ cấp của gia đình. Chúng tôi sẽ đối sánh thông tin của quý vị với các cơ quan Liên Bang, tiểu bang khác để xác minh thu nhập của quý vị và khả năng đáp ứng điều kiện. Thông tin này cũng có thể được cung cấp cho các cơ quan hành pháp sử dụng để bắt người đang trốn tránh pháp luật. Nếu hộ gia đình quý vị có yêu cầu trợ cấp SNAP, thông tin trên đơn này, bao gồm SSN, có thể được cung cấp cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang cũng như các cơ quan thu nợ tư nhân để họ sử dụng khi thu nợ. Chúng tôi sẽ không từ chối cung cấp trợ cấp cho thành viên gia đình của ứng viên vì các thành viên khác trong gia đình không thể cung cấp SSN, quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư của họ.

TÊN			Mối Quan Hệ	Đây có phải người đang xin trợ cấp không?	Người này có cần bảo hiểm y tế không?	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Giới Tính	Người gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh?	Mã chủng Tộc	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? (Phần dành cho ứng viên)
Tên	Tên đệm	Họ		(Có/Không)	(Có/Không)	Định Dạng (tháng/ngày/năm)	(Không Bắt Buộc với Người Không Tham Gia)	(NAM/ NỮ)	(Không bắt buộc)	(Không bắt buộc)	(Phần dành cho ứng viên)
			TỰ THÂN								

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

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 cần phải cung cấp cho chúng tôi thông tin này và điều này sẽ không ảnh hưởng đến tư cách đủ điều kiện của quý vị hoặc mức trợ cấp.



Ban Dịch Vụ Gia Đình
và Trẻ Em



Đơn Xin Trợ Cấp



Đơn Xin Trợ Cấp

Nếu quý vị hoặc những người nộp đơn khác trong gia đình không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người có Quốc Tịch Hoa Kỳ, hãy hoàn thành bảng sau:

(vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần)

TÊN			Loại tài liệu nhập cư	Số ID Người Nước Ngoài/Chứng Chỉ/Tài Liệu	Quý vị đã sống ở Mỹ từ năm 1996? (Có/Không)	Ngày nhập tịch/Ngày nhập cảnh hoặc được chấp thuận vào Hoa Kỳ (nếu có) Định Dạng (tháng/ngày/năm)	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? (Có/Không)
Tên	Tên Đệm	Họ					

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 đối với SNAP và TANF) Có Không

Nếu có:

Ai: _____

Địa điểm: _____

Thời gian: _____

2. Có ai bị kết tội cung cấp thông tin sai lệch về nơi sống và danh tính của mình để được hưởng nhiều quyền lợi SNAP ở nhiều khu vực sau ngày 22 tháng 08 năm 1996 không? (Chỉ đối với 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 đối với SNAP và TANF) Có Không

Nếu có, ai đã bỏ việc? _____

Tại sao họ bỏ việc? _____

4. Có ai đang mang thai không? (Câu hỏi này không áp dụng cho người nộp đơn xin SNAP) Có Không

Nếu có,

Tên sản phụ: _____

Ngày dự sinh 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



Đơn Xin Trợ Cấp

Nếu có,

Tên sản phụ: _____

Ngày sinh/kết thúc thai kỳ là? _____; và có bao nhiêu em bé được sinh/dự kiến được sinh ra? _____

*Chỉ đối với những người đăng ký TANF, vui lòng cung cấp những thông tin sau:

Tên cha của em bé chưa sinh: _____ Địa chỉ của cha: _____

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

6. Có ai bị loại khỏi Chương trình SNAP hoặc TANF không? (Chỉ dành cho SNAP và 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 đối với SNAP và TANF) Có Không
Nếu có, người đó là: _____

8. Có ai vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm tha không? (Chỉ đối với 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 sở hữu, sử dụng hoặc phân phối chất gây nghiện (tức là tội phạm ma túy) sau ngày 22 tháng 08 năm 1996 (Chỉ đối với SNAP và TANF) hoặc trọng tội bạo lực (Chỉ đối với TANF) không? Có Không

Nếu có:

Ai: _____ Khi: _____

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 đối với 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 đối với 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 đối với SNAP) Có Không

10. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có bị kết tội đòi trợ cấp SNAP để lấy ma túy sau ngày 22/08/1996 không? (Chỉ đối với SNAP) Có Không

Nếu có:

Ai: _____ Khi: _____

11. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã bị kết tội mua hoặc bán các quyền lợi SNAP trên \$500 sau ngày 22/08/1996? (Chỉ đối với SNAP) Có Không

Nếu có:

Ai: _____

Thời gian: _____



Đơn Xin Trợ Cấp

12. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có bị kết tội trao đổi SNAP với súng, đạn dược, chất nổ sau ngày 22/08/1996? (Chỉ đối với SNAP) Có Không

Nếu có:

Ai: _____

Thời gian: _____

13. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị đã từng bị kết án là người lớn lạm dụng tình dục nghiêm trọng, giết người, bóc lột tình dục và lạm dụng trẻ em khác, một hành vi phạm tội của Liên bang hoặc Tiểu bang liên quan đến tình dục hành hung, hoặc một hành vi phạm tội theo luật Tiểu bang được Tổng chương lý xác định là tương tự đến một hành vi phạm tội như vậy, sau ngày 07/02/2014? (Chỉ đối với SNAP) Có Không

Nếu có:

Ai: _____ Khi nào: _____

- a. Quý vị có đang tuân thủ các điều khoản quản chế liên quan đến bất kỳ bản án nào nhận được do một trọng tội? (Chỉ đối với 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 đối với 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 đối với 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 đã sử dụng tiền TANF hoặc Thẻ Way2Go tại các cơ sở sau đây , cửa hàng rượu, sòng bạc, phòng chơi poker, doanh nghiệp giải trí dành cho người lớn , tiền bảo lãnh, hộp đêm , tiệm làm đẹp/quán rượu, phòng chơi bingo, trường đua ngựa, cửa hàng súng/đạn dược, tàu du lịch, nhà ngoại cảm, cửa hàng hút thuốc, cửa hàng xăm hình/xô khuyên và tiệm spa/mát-xa không? (Chỉ dành cho ứng viên TANF) Có Không

Nếu có:

Ai: _____ Khi nào: _____

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: _____



Đơn Xin Trợ Cấp

Cho Chúng Tôi Biết về Thu Nhập Của Ứng Viên và Toàn Thể Thành Viên Gia Đình

Quý vị hay bất cứ ai sống trong gia đình nhận được các loại thu nhập chẳng hạn như: tiền công, tiền bo, tiền thưởng, tự kinh doanh, An Sinh Xã Hội/Hưu Trí Ngành Đường Sắt, khuyết tật khác, lương hưu, bảo hiểm thất nghiệp, hoặc các loại thu nhập khác không? Đối với SNAP và TANF, vui lòng liệt kê thêm các khoản thu nhập như: Thu nhập VA, trợ cấp nuôi con, tiền từ người khác hoặc trợ cấp bồi thường của người lao động. Nếu có, hãy điền vào bảng bên dưới.

Tên Của Thành Viên Trong Gia Đình Có Thu Nhập	Loại Thu Nhập	Tên Người Sử Dụng Lao Động / Nguồn Thu Nhập	Thu Nhập Hàng Tháng (Trước Khi Khấu Trừ)	Tần Suất Nhận (hàng tháng, hai tuần một lần, hàng tuần)	Thanh Toán Theo Giờ	Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần	NGÀY ĐƯỢC TRẢ LƯƠNG

Có ai đang đình công không? Có Không

Nếu tự kinh doanh, vui lòng liệt kê số tiền chi phí kinh doanh hàng tháng của quý vị: \$ _____

Hãy cho chúng tôi biết về Người nộp đơn và Tất cả các nguồn lực của Thành viên trong Gia đình - Đối với những người nộp đơn xin TANF và SNAP, hãy liệt kê tất cả các nguồn lực cho tất cả các thành viên trong gia đình và những người nộp đơn xin Medicaid là Người cao tuổi (65 tuổi trở lên), Người mù hoặc Người khuyết tật (khuyết tật vĩnh viễn khiến quý vị không thể làm việc)

Quý vị hoặc bất kỳ ai mà quý vị đang đăng ký có sở hữu bất kỳ tài sản nào không? Có Không

Nếu có, Xin vui lòng điền thông tin vào bên dưới (Kiểm tra tất cả nguồn vốn (tài sản) của quý vị, vợ/chồng, người phụ thuộc hoặc cùng sở hữu với người khác. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết).

Tài Khoản Séc Có Không
 Tài Khoản Tiết Kiệm Có Không
 Trái Phiếu Chính Phủ Có Không
 Quỹ Tín Thác Có Không
 Bất Động Sản/Tài Sản Nơi Ở? Có Không

Kế Hoạch Tang Lễ/Khoản Chôn Cất Trả Trước Có Không
 Khu đất hoặc hợp đồng chôn cất Có Không
 Cổ Phiếu và Trái Phiếu Có Không
 Khác (IRA, CD, v.v.) Có Không



Đơn Xin Trợ Cấp

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã cho đi bất kỳ tài sản nào với giá trị thấp hơn giá trị của tài sản đó chưa? Có Không
Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, vui lòng mô tả bên dưới.

Tên Thành Viên Gia Đình có Tài Sản	Loại Tài Sản	Số Tài Khoản/ Hợp Đồng	Giá Trị	Tên Ngân Hàng, Công Ty Bảo Hiểm, v.v.

Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có sở hữu phương tiện nào không? Có Không
Nếu **CÓ**, vui lòng mô tả bên dưới.

Thành Viên Gia Đình Sở Hữu Phương Tiện	Nhà Sản Xuất Phương Tiện	Mẫu Xe	Năm Sản Xuất	Số Tiền Nợ

Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có mua bảo hiểm nhân thọ không? Có Không
Nếu **CÓ**, vui lòng điền vào bên dưới.

Người Đứng Tên Hợp	Công Ty Bảo Hiểm	Số Hợp Đồng	Mệnh Giá	Giá Trị Tiền Mặt

Cho Chúng Tôi Biết về Chi Phí Của Ứng Viên và của Toàn Thể Thành Viên Gia Đình (Không bắt buộc với ứng viên xin Medicaid)

Quý vị có chi trả chi phí chăm sóc cho một trẻ phụ thuộc hay một người lớn bị khuyết tật trong gia đình hay không?

Có Không

Nếu **CÓ**, vui lòng điền vào bản bên dưới.

Người cần được chăm sóc	Người chi trả phí chăm sóc	Lý do chăm sóc	Tên/Số của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc	Số tiền trả cho Nhà Cung Cấp	Tàn suất thanh toán

Quý vị có trả chi phí di chuyển cho một trẻ phụ thuộc hay một người lớn bị khuyết tật trong gia đình hay không? Có Không

Những chi phí này có bao gồm trong tổng phí chăm sóc người lệ thuộc không? Có Không

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

Có ai trong gia đình phải trả chi phí nuôi con cho một người khác đang sống ngoài nhà không? Có Không

Nếu **CÓ**, hãy điền vào bảng bên dưới.

Thành Viên Gia Đình Có Nghĩa Vụ Thanh Toán	Tên Của Trẻ Được Trả Tiền Cấp Dưỡng	Số Tiền Bắt Buộc Phải Thanh Toán	Số Tiền Thực Tế Đã Thanh Toán	Tiền Cấp Dưỡng Nuôi Con Được Trả Cho Ai?



Ban Dịch Vụ Gia Đình
và Trẻ Em



Đơn Xin Trợ Cấp

Có ai từ 60 tuổi trở lên hoặc khuyết tật phải chi trả chi phí y tế không? Có Không
Nếu có, hãy điền vào bảng bên dưới.

Tên Thành Viên Gia Đình Phải Trả Chi Phí	Loại chi phí (đến bác sĩ, đến bệnh viện, đơn thuốc, Medicare hoặc bảo phí cho bảo hiểm y tế, kính đeo)	Số Tiền Nợ	Số Tiền Còn Nợ? Có/Không	Ngày Thanh Toán	Bảo Hiểm Có Trả Tiền Không? Có/Không

Có thành viên nào trong hộ 60 tuổi trở lên hoặc khuyết tật phải trả phí di chuyển y tế hay không? Có Không
Nếu có, hãy điền vào bảng dưới đây.

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

Quý vị hay các thành viên gia đình có phải trả các chi phí về chỗ ở hay tiện ích không? Có Không
Nếu Có, hãy điền vào bảng bên dưới.

Chi Phí	Số Tiền	Tần Suất Thanh Toán?	Ai trả?
Thuê/Thế Chấp			
Thuế Tài Sản			
Bảo Hiểm Tài Sản			
Điện			
Khí Đốt			
Nhiên Liệu Dầu/Gỗ/ Dầu Hỏa			
Giếng/Bê Phốt/Nước/ Nước Thải			
Rác			
Điện Thoại			
Khác			

Quý vị có chia sẻ chi phí sinh hoạt hàng tháng với bất kỳ ai trong nhà không? Có Không

Nếu có, ai? _____
 Nhận Xét/Hồ Sơ _____
 Trả cho ai _____ Số tiền đã thanh toán \$ _____ mỗi _____
 Tên Chủ Nhà _____
 Địa chỉ của chủ nhà: _____



Đơn Xin Trợ Cấp

Có ai khác thanh toán các khoản phí nhà cửa này cho quý vị không? Có Không **Nếu có, hãy hoàn thành 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?

Vui lòng điền đầy đủ thông tin sau nếu đăng ký Medicaid.

Thông Tin Người Khai Báo Thuế

- Có ai trong gia đình lên kế hoạch khai báo thuế liên bang trong NĂM SAU không? Có Không
Nếu có, thì là ai? (liệt kê từng người có kế hoạch nộp đơn) _____
- Người khai báo thuế có thực hiện việc khai báo cùng với vợ/chồng họ không? Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê tên của vợ/chồng: _____
- Sẽ có người khai thuế nào khai người phụ thuộc nào trong bản khai thuế của họ không? Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê tên của người phụ thuộc: _____
- Sẽ có thành viên nào được khai như một người phụ thuộc trong bảng khai thuế của người khác không? Có Không Nếu Có, vui lòng liệt kê tên của những người khai báo và những người phụ thuộc:
(Người khai thuế) _____
(Người phụ thuộc) _____
Quan hệ của người phụ thuộc và người khai thuế là gì? _____

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

- Tiền cấp dưỡng được trả \$ _____ Bao lâu một lần? _____ Lãi suất khoản vay sinh viên \$ _____ Bao lâu một lần? _____
- Phí Bảo Hiểm Y Tế, 401K và Các Khoản Khấu Trừ Trước Thuế Khác \$ _____ Bao lâu một lần? _____
- Các khoản khấu trừ khác \$ _____ Bao lâu một lần? _____ Loại hình: _____

Các khoản bảo hiểm y tế khác

- Có bất cứ ai khác có bảo hiểm y tế cho bất cứ thành viên nào trong gia đình của quý vị không? Có Không
Nếu quý vị đã trả lời có cho câu hỏi 4, vui lòng hoàn thành các thông tin sau và Phụ Lục A:

Người đứng tên hợp đồng	Tên Công Ty Bảo Hiểm Y Tế, Địa Chỉ và Số Điện Thoại	Loại Bảo Hiểm (Bệnh Viện, Bỏ Trợ Cho Medicare, Thuốc, Bảo Hiểm Y Tế Chính)	Tên Người Thụ Hưởng	Ngày Có Hiệu Lực	Số Hợp Đồng

- Có ai được liệt kê trong đơn đăng kí được cung cấp bảo hiểm y tế từ một công việc không? Đánh dấu **CÓ** cho dù phạm vi bảo hiểm là từ công việc của người khác, chẳng hạn như từ cha mẹ hoặc vợ chồng.
 Có Không Nếu có, vui lòng hoàn thành Phụ Lục A.
Đây có phải là một kế hoạch trợ cấp cho nhân viên tiểu bang? Có Không



Đơn Xin Trợ Cấp

3. Quý vị hay các thành viên trong đơn này có bị mất bảo hiểm trong vòng 2 tháng gần đây không?
- a. Có Nếu có, vui lòng giải thích lí do mất? _____
- b. Không
4. Có thành viên nào trong gia đình đang thuộc sự bảo hộ của Cha Mẹ Nuôi hiện 18 tuổi nộp đơn đăng ký Medicaid không?
 Có Không
5. Có ai trong gia đình quý vị là người bản địa Mỹ hoặc Alaska không? Có Không
Nếu có, hoàn thành Phụ Lục B.

Nếu có ai lớn tuổi (65 tuổi trở lên), mù hoặc tàn tật (khuyết tật vĩnh viễn khiến quý vị không thể làm việc), xin trả lời câu hỏi. (Không bắt buộc)

1. Có ai nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế mù hoặc khuyết tật không?
 Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê tên: _____
2. Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị hiện đang được Medicare hỗ trợ?
 Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê tên: _____
3. Quý vị có nộp đơn cho Medicaid để thanh toán hóa đơn y tế chưa hoàn thành kể từ ba tháng trước khi gửi đơn xin Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) không?
 Có Không Nếu có, ghi ngày nộp đơn SSI: _____
4. Quý vị có nộp đơn thay cho người nào mà hiện đã qua đời và có hóa đơn y tế chưa thanh toán trong ba (3) tháng gần đây không?
 Có Không
5. Quý vị có đang nộp đơn xin Medicaid để giúp trả tiền cho dịch chăm sóc của một người đang ở trong một nhà dưỡng lão không?
 Có Không
6. Quý vị có nộp đơn đăng ký Medicaid cho một người quá tuổi 18 mà đã ngừng kiểm tra SSI không?
 Có Không
7. Quý vị có đang nộp đơn xin Medicaid để giúp trả tiền cho các dịch vụ-miễn trừ thị thực cộng đồng như Dịch Vụ Chăm Sóc Cộng Đồng, NOW/COMP, Chăm Sóc Cuối Đời, Miễn Trừ Chăm Sóc Độc Lập hoặc chương trình Deeming Waiver (Katie Beckett) không?
 Có Không



Đơn Xin Trợ Cấp

Hình Phạt Của 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 cung cấp thông tin sai sự thật hoặc giấu thông tin để nhận trợ cấp mà gia đình quý vị không được hưởng.
- Không sử dụng thẻ SNAP hoặc EBT không phải của quý vị và không cho người khác sử dụng thẻ của quý vị.
- Không sử dụng trợ cấp SNAP để mua các mặt hàng không phải thực phẩm như rượu, thuốc lá hoặc thanh toán bằng thẻ tín dụng.
- Không được trao đổi hoặc bán thẻ SNAP hoặc EBT để lấy các mặt hàng bất hợp pháp, chẳng hạn như súng, đạn dược hoặc chất bị kiểm soát (ma túy bất hợp pháp).

Bất kỳ thành viên nào trong gia đình có tình vi phạm bất kỳ quy định nào của SNAP đều có thể bị cấm nhận SNAP trong một năm đến vĩnh viễn, bị phạt tới \$250.000, bị phạt tù tới 20 năm hoặc cả hai. Họ cũng có thể bị truy tố theo luật pháp Liên Bang và Tiểu Bang hiện hành. Người đó cũng có thể bị cấm nhận SNAP trong 18 tháng nữa nếu tòa án ra lệnh.

Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có tình vi phạm các quy tắc sẽ không được nhận SNAP trong một năm cho lần vi phạm đầu tiên, hai năm cho lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba.

Nếu tòa án phát hiện quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có hành vi sử dụng hoặc nhận phúc lợi Tem Thực Phẩm (SNAP) trong một giao dịch liên quan đến các buôn bán chất cấm, quý vị hoặc thành viên đó sẽ mất khả năng tham gia chương trình trong hai năm cho lần vi phạm đầu tiên và vĩnh viễn cho lần phạm tội thứ hai.

Nếu tòa án phát hiện quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có tội vi đã sử dụng hoặc nhận trợ cấp trong giao dịch liên quan đến việc bán súng, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình đó sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia SNAP khi vi phạm lần đầu.

Nếu tòa án phát hiện quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có tội buôn bán trợ cấp với tổng số tiền là \$500 trở lên thì quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình đó sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia SNAP ngay lần vi phạm đầu tiên.

Nếu quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình bị phát hiện đã đưa ra tuyên bố hoặc cam kết gian lận về danh tính (họ là ai) hoặc nơi cư trú (nơi họ sống) để nhận nhiều quyền lợi SNAP, quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình đó sẽ không đủ điều kiện tham gia SNAP trong thời hạn 10 năm.

Hình Phạt của Chương Trình TANF

Trong Chương Trình TANF, hành vi IPV (Cố Ý Vi Phạm Chương Trình) là hành động có chủ đích do một cá nhân thực hiện để thành lập hoặc duy trì một đơn vị hỗ trợ (AU) đủ điều kiện, hoặc để tăng phúc lợi hoặc ngăn ngừa giảm phúc lợi AU, bằng cách cung cấp thông tin sai sự thật hoặc gây hiểu lầm và ẩn giấu thông tin.

- Bất kỳ thành viên gia đình nào giấu thông tin và không báo cáo thay đổi đúng thời hạn hoặc không cung cấp thông tin đúng sự thật sẽ mất phúc lợi của TANF trong sáu tháng cho lần đầu tiên vi phạm, mười hai tháng cho lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba. Việc sử dụng sai mục đích tiền hỗ trợ hoặc thẻ ghi nợ TANF để rút tiền mặt hoặc thực hiện giao dịch tại sòng bạc, cửa hàng rượu, cơ sở giải trí dành cho người lớn "câu lạc bộ thoát y", phòng chơi poker, tiền bảo lãnh, hộp đêm/salon/quán rượu, phòng chơi bingo, trường đua ngựa, cơ sở chơi game, cửa hàng súng/đạn dược, tàu du lịch, nhà ngoại cảm, cửa hàng hút thuốc, cửa hàng xăm hình/xỏ khuyên và tiệm spa/mát-xa đều bị nghiêm cấm và sẽ dẫn đến mất quyền lợi TANF trong sáu tháng đối với lần vi phạm đầu tiên, mười hai tháng đối với lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ ba.
- Nếu tòa án phát hiện quý vị hoặc một thành viên trong gia đình che giấu thông tin hoặc không báo cáo các thay đổi đúng thời hạn hoặc không cung cấp thông tin đúng sự thật và đang bị kết án, quý vị có thể sẽ mất quyền lợi TANF trong 6 tháng cho lần vi phạm đầu tiên, 12 tháng cho lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn cho lần vi phạm thứ ba.
- Nếu tòa án phát hiện quý vị hoặc một thành viên trong gia đình có hành vi cung cấp thông tin sai sự thật về nơi sinh sống để có thể nhận phúc lợi tại nhiều hơn một tiểu bang, quý vị sẽ bị cấm trong 10 năm.
- Nếu tòa án kết án quý vị về một tội danh liên quan đến ma túy, chất cấm, hoặc một trọng tội bạo lực nghiêm trọng vào ngày hoặc sau ngày 01/01/1997, quý vị hoặc thành viên gia đình đó sẽ mất khả năng tham gia chương trình và/hoặc bị loại vĩnh viễn.



Đơn Xin Trợ Cấp

Dành cho tất cả người nộp đơn xin trợ cấp SNAP, TANF và Medicaid:

Tôi tuyên bố chịu hình phạt của tội khai man theo những gì tôi hiểu biết và tin tưởng rằng người tôi xin trợ cấp là (các) công dân Hoa Kỳ 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 tôi. Tôi hiểu và đồng ý rằng DHS-DFCS, DCH và các Cơ Quan Liên Bang có thẩm quyền đều có thể xác minh các thông tin tôi cung cấp trong đơn này. Thông tin này có thể được các nhà tuyển dụng thu thập từ quá khứ 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 bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh của mình theo yêu cầu của chương trình SNAP và/hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu bất kỳ ai trong gia đình tôi nhận được tiền trúng số hoặc tiền cờ bạc, với tổng số tiền là \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cuộc này chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà gia đình tôi nhận được tiền thắng cuộc. 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 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.

Chữ Ký của Ứng Viên

Ngày

Chữ Ký của Đại Diện Có Thẩm Quyền

Ngày

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 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.



Đơn Xin Trợ Cấp

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

Những Từ Ngữ Được Dùng Trong Đơn Đây Nghĩa Là Gì?

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

Ứng Viên	Một cá nhân nộp đơn xin nhận trợ cấp hoặc phúc lợi công cộng.
Đơn Vị Hỗ Trợ (AU)	Đơn vị hỗ trợ bao gồm những cá nhân <i>đủ điều kiện</i> sống chung với nhau, bao gồm một người đang mang thai và một đứa trẻ chưa sinh, và nhận được trợ cấp/ợi ích công cộng.
Người Chăm Sóc	Cha mẹ, cá nhân mang thai, người thân hoặc người giám hộ hợp pháp nộp đơn xin và nhận TANF với trẻ em do họ chăm sóc, bao gồm cả thai nhi.
Không Đủ Điều Kiện	Hành động được thực hiện để loại bỏ một cá nhân khỏi trường hợp SNAP hoặc TANF vì họ không nói sự thật và nhận được những phúc lợi mà họ không nên nhận.
Thẻ Tài Khoản Trợ Cấp Điện Tử (EBT)	Hệ thống được sử dụng ở Tiểu bang Georgia để chi trả trợ cấp cho những cá nhân đủ điều kiện nhận SNAP. Những cá nhân nhận trợ cấp sẽ được cấp thẻ ghi nợ EBT để truy cập vào tài khoản SNAP của họ.
Liên Lạc Điện Tử	<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 www.gateway.ga.gov 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>
Người Thân Của Người Nhận Tài Trợ	Cha mẹ, cá nhân mang thai, người thân hoặc người giám hộ hợp pháp nộp đơn xin và nhận TANF dưới tên của mình thay mặt cho trẻ em, bao gồm cả thai nhi.
Tổng Thu Nhập	Tổng thu nhập của một người trước khi tính đến thuế hoặc các khoản khấu trừ khác.
Cá Nhân Vô Gia Cư	<p>Cá nhân không có nơi cư trú cố định và thường xuyên vào ban đêm hoặc cá nhân có nơi cư trú chính vào ban đêm là:</p> <ul style="list-style-type: none"> nơi trú ẩn có giám sát được thiết kế để cung cấp chỗ ở tạm thời (như khách sạn phúc lợi hoặc nơi trú ẩn tập thể); một ký túc xá hoặc cơ sở tương tự cung cấp nơi ở tạm thời cho những cá nhân dự định được đưa vào cơ sở giáo dục; nơi ở tạm thời không quá 90 ngày tại nơi cư trú của một cá nhân khác; hoặc một nơi không được thiết kế hoặc thường không được sử dụng làm nơi ngủ thường xuyên cho con người (hành lang, bến xe buýt, tiền sảnh hoặc những nơi tương tự).
Thành Viên Gia Đình	Các cá nhân sống trong nhà của quý vị. Đối với SNAP, những cá nhân sống cùng nhau và cùng nhau mua và chuẩn bị bữa ăn.
Thu Nhập	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 kỳ các khoản tiền được nhận khác.
Đạo Luật Cắt Giảm Thuế Cho Tầng Lớp Trung Lưu năm 2012	Đạo Luật này nghiêm cấm việc sử dụng vốn hỗ trợ tiền mặt hoặc 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 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 dược, du thuyền, thầy bói, cửa hàng thuốc lá, tiệm xăm/xỏ khuyên và tiệm spa/massage. Việc sử dụng quỹ hỗ trợ tiền mặt hoặc Thẻ Ghi Nợ TANF tại những doanh nghiệp này sẽ cấu thành hành vi cố ý vi phạm chương trình (lừa đảo) do người nhận.
Công Nhân Nông Trại Di Cư	Những cá nhân là công nhân nông trại theo mùa và những người chuyển từ một cơ sở đến một cơ sở khác để làm việc hoặc tìm kiếm công việc đồng áng.
Người Không Tham Gia	Cá nhân KHÔNG nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp/phúc lợi công cộng. Những người không tham gia sẽ



Đơn Xin Trợ Cấp

	không phải cung cấp số an sinh xã hội, quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư.
Người Nước Ngoài/Người Nhập Cư Đủ Điều Kiện	<p>Một người nước ngoài/nhập cư đủ điều kiện là người cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ thuộc các danh mục sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • một người được thừa nhận hợp pháp để cư trú dài hạn (LPR) theo Đạo Luật Nhập Cư và Quốc Tịch (INA); • 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; • Một người được cấp phép tị nạn chính trị theo mục 208 của INA; • Người tị nạn, được nhận theo mục 207 của INA; • Một người ân xá với tư cách là người tị nạn hoặc tị nạn chính trị theo mục 212 (d)(5) của INA; • Một người bị trục xuất đang được giữ lại theo mục 243 (h) của INA có hiệu lực trước 1/4/1997, hoặc mục 241(b)(3) của INA, theo sửa đổi; • Một người được cấp quyền nhập cư có điều kiện theo mục 203(a)(7) của INA có hiệu ứng trước 1/4/1980; • Người nhập cư gốc Cuba hoặc Haiti như được xác định Trong mục 501(e) của Đạo Luật Hỗ Trợ Giáo Dục Người Tị Nạn Năm 1980; • Nạn nhân của nạn buôn người theo mục 107(b)(1) của Đạo Luật Bảo Vệ Nạn Nhân Buôn Người Năm 2000; • Những người 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; • Người Afghanistan hoặc người Iraq nhập cư được cấp tình trạng nhập cư đặc biệt theo mục 101(a)(27) của INA (tuân theo các điều kiện cụ thể); • Người Anh Điêng sinh ra 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 Điêng và; • Người Hmong hoặc Thành viên bộ tộc Cao Nguyên Lào có hỗ trợ lính Mỹ trong hoạt động nhập ngũ hoặc tham gia chiến dịch giải cứu hoặc giải thoát hoạt động trong thời kì chiến tranh Việt Nam (05/08/1964 – 07/05/1975). <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>
Tài Sản	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.
Công Nhân Trang Trại Theo Mùa Vụ	Cá nhân làm việc tại thời điểm nhất định của năm trồng, hái hoặc đóng gói sản xuất. Họ được thuê tạm thời khi một công việc đòi hỏi nhiều nhân lực hơn số lượng nhân viên thông thường của nông trại đó.
Buôn bán SNAP	Buôn bán phúc lợi của SNAP nghĩa là: (1) Mua, bán, trộm cắp, hoặc trao đổi các phúc lợi SNAP được cấp và tiếp cận thông qua thẻ EBT, số thẻ và số PIN hoặc bằng chứng từ thủ công và chữ ký, để lấy TIỀN MẶT hoặc những mặt hàng khác ngoài thực phẩm trực tiếp, gián tiếp, đồng loa hoặc thông đồng với những người khác, hoặc hành động một mình; (2) Trao đổi vũ khí, đạn dược, chất nổ hoặc chất cấm; (3) Mua một sản phẩm với phúc lợi từ chương trình SNAP có một thùng đựng hàng và yêu cầu trả lại tiền đặt cọc với ý định kiểm tiền 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 các thùng đựng hàng để lấy tiền đặt cọc; (4) Mua một sản phẩm bằng tiền trợ cấp từ SNAP với ý định kiểm tiền 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 từ SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc hàng hóa khác với thực phẩm; (5) Cố ý mua sản phẩm ban đầu đã mua bằng trợ cấp từ SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc hàng hóa khác không phải thực phẩm; (6) Cố gắng mua, bán, trộm hoặc làm ảnh hưởng đến việc trao đổi phúc lợi của SNAP được cấp và truy cập thông qua Thẻ Chuyển 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, trực tiếp, gián tiếp, đồng loa hoặc thông đồng với những người khác, hoặc hành động một mình.
Way2Go Debit MasterCard	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 Way2Go. 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 điện tử vào thẻ ghi nợ MasterCard.

Đổi Mọi Ứng Viên Medicaid:

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 ouiganonymous@dch.ga.gov; qua đường bưu điện tại Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther



Ban Dịch Vụ Gia Đình
và Trẻ Em



Đơn Xin Trợ Cấp

King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; hoặc truy cập <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

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 Chương trình Trợ giúp dinh dưỡng bổ sung (SNAP), Chương trình Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình nghèo khó (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 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 Điều Chỉnh Hợp Lý hoặc Yêu Cầu 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 Điều chỉnh 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 lấy Mẫu Yêu cầu Điều chỉnh Hợp lý DCH ADA tại văn phòng Nhóm DCH Katie Beckett (KB) hoặc trực tuyến tại <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, hoặc quý vị có thể gửi email yêu cầu sửa đổi của mình tới DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

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 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Đối với DCH, liên hệ Nhóm KB ADA/Điều phối viên Mục 504 theo địa chỉ 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 hoặc P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Email của DCH là: 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 về quyền công dân DFCS. Biểu mẫu đơn khiếu nại có tại <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Nếu quý vị cần sự trợ giúp để khiếu nại về tình trạng 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. Liên kết về quy trình và biểu mẫu 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 Bộ Nông nghiệp Mỹ (USDA) cùng với Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS) nằm trong “Tuyên bố chung về Không phân biệt đối xử của USDA-HHS”.

**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 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 (FPIR) và các chương trình khác. Để nộp đơn khiếu nại chương trình về phân biệt đối xử, hãy hoàn thành Biểu mẫu Khiếu nại về Phân biệt Đối xử chương trình USDA, (AD-3027), được tìm thấy trực tuyến tại <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA, hoặc hãy viết một lá thư gửi tới USDA và cung cấp trong thư tất cả 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:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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](#) (nhấp 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: OCRmail@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 OCRMail@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 viễn 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 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Đối với các khiếu nại cáo buộc phân biệt đối xử dựa trên trình độ tiếng Anh hạn chế, hãy liên hệ với Chương trình Người khiếm thị về khả năng tiếng Anh và cảm giác hạn chế của DHS

tại Sở Dịch vụ Nhân sinh Georgia, Văn phòng Tổng cố vấn, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.
Không Gửi Đơn Đến USDA hoặc HHS