

**Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia**  
**Mẫu Đơn Gia Hạn 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 (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 bằng cách quay số 711 (Georgia Relay).**

<b>Chỉ dành cho Văn Phòng:</b> Ngày Nhận: _____ Mã Số Khách Hàng: _____ Ngày Khởi Tạo: _____ Chương Trình Đã Bắt Đầu: " TANF " SNAP " Medicaid
--

Nếu quý vị đăng ký lại SNAP hoặc gia hạn trợ cấp TANF/Medicaid thì quý vị chỉ cần điền tên, địa chỉ và chữ kí vào biểu mẫu gia hạn/đăng ký này rồi nộp. **Tuy nhiên, quý vị có thể giúp chúng tôi xử lý 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 mẫu đơn này để đăng ký xin gia hạn/đăng ký chung cho chương trình SNAP/Medicaid và/hoặc TANF hoặc chỉ cho SNAP. Đơn gia hạn SNAP của quý vị sẽ không bị hủy trên cơ sở các đơn đăng ký/gia hạn chương khác của quý vị bị từ chối/hủy bỏ. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định riêng về điều kiện đủ để gia hạn SNAP cho quý vị.

**Vui lòng VIẾT IN HOA 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*)
Quý vị có phải là người vô gia cư không? Có _____ Không _____		*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:	
Phương Thức 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 Thường Dùng của quý vị là gì?	Nếu cần phỏng vấn, quý vị có cần phiên 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 khuyết tật nào cản trở Điều Chỉnh Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_  
(Nếu có, vui lòng mô tả các điều chỉnh hợp lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp quý vị đang yêu cầu):**

Phiên dịch viên ngôn ngữ kí hiệu \_\_\_\_\_; TTY (điện thoại văn bản) \_\_\_\_\_; Bản in lớn \_\_\_\_\_; Liên lạc điện tử (email) \_\_\_\_\_; Chữ nổi Braille \_\_\_\_\_;

Video chuyển tiếp \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng cử chỉ \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng lời nói \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng xúc giác \_\_\_\_\_; Gọi điện thoại nhắc nhở về thời hạn chương trình \_\_\_\_\_; Chữ ký 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 kéo dài \_\_\_\_\_? Nếu có thể, hãy giải thích ngắn gọn quý vị muốn 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, (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 mọi 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 được ủy quyền có thể xác minh 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 trong hoàn cảnh của mình theo yêu cầu của chương trình SNAP và/hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu có ai trong gia đình tôi nhận được tiền trúng xổ số hoặc cờ bạc, với tổng số tiền từ \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cược 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 đăng ký 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 SNAP của tôi.

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Georgia (“DHS”) thu thập Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân (PII), 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

---

### **Pathways Medical Assistance (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 xét duyệt cho việc tham gia Pathways, vui lòng hoàn thành Tài Liệu Đính Kèm D.

## Đại Diện Có Thẩm Quyền:

Chỉ hoàn thành 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 SNAP hoặc TANF của quý vị và/hoặc sử dụng thẻ EBT SNAP 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 người đăng ký   
Hoàn thành và gửi biểu mẫu gia hạn  Nhận bản sao của các thông báo và thông tin liên lạc khác   
Thay mặt người đăng ký trong mọi vấn đề khác  Nhận thẻ phúc lợi TANF (Way2Go)

Tên Người 1: \_\_\_\_\_  
Tên Tổ Chức 1 (nếu có): \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Căn Hộ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_  
Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_  
Phương Thức 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 Thường Dùng: \_\_\_\_\_  
Có cần người phiên dịch không? Có \_\_\_\_\_  
hoặc Không \_\_\_\_\_

Loại Chương Trình của Đại Diện Có Thẩm Quyền 2: SNAP  TANF  Hỗ Trợ Y Tế   
Nhiệm Vụ của Đại Diện Có Thẩm Quyền 2: Ký đơn thay mặt người đăng ký  Hoàn thành và gửi biểu mẫu gia hạn   
Nhận bản sao của các thông báo và thông tin liên lạc khác  Thay mặt người đăng ký trong mọi vấn đề khác   
Nhận thẻ phúc lợi TANF (Way2Go)

Tên Người 2: \_\_\_\_\_  
Tên Tổ Chức 2 (nếu có): \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Căn Hộ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_  
Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_  
Phương Thức 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 Thường Dùng: \_\_\_\_\_  
Có cần người phiên dịch không? Có \_\_\_\_\_  
hoặc Không \_\_\_\_\_

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

Người đại diện được ủy quyền có khuyết tật cần phải có Điều Chỉnh Hợp Lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

(Nếu có, vui lòng mô tả các điều chỉnh hợp lý hoặc Hỗ Trợ Giao Tiếp quý vị đang yêu cầu):

Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu \_\_\_\_\_; TTY (điện thoại văn bản) \_\_\_\_\_; Bản in lớn \_\_\_\_\_; Phương thức liên lạc điện tử (email) \_\_\_\_\_; Chữ nổi Braille \_\_\_\_\_; Chuyển tiếp video \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng cử chỉ \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng lời nói \_\_\_\_\_; Phiên dịch viên bằng xúc giác \_\_\_\_\_; Gọi điện thoại nhắc nhở về thời hạn chương trình \_\_\_\_\_; Chữ ký điện thoại (nếu có) \_\_\_\_\_; Phỏng vấn trực tiếp (thăm nhà) \_\_\_\_\_; Khác: \_\_\_\_\_

Đại diện có thẩm quyền cần Sửa Đổi Hợp Lý/Hỗ Trợ Giao Tiếp này một lần hay liên tục \_\_\_\_\_? Nếu có thể, hãy giải thích ngắn gọn quý vị muốn dịch vụ này sẽ diễn ra khi nào và trong bao lâu? \_\_\_\_\_

### Chỉ đối với Medicaid:

**Quý vị có muốn soạn một bản khai báo thuế thu nhập liên bang vào NĂM SAU không?** (Quý vị vẫn có thể đăng ký 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 nộp đơn chung với vợ/chồng? \_\_\_\_\_  
 Có  Không Nếu **có**, tên của vợ/chồng: \_\_\_\_\_
- b. Quý vị có khai báo người phụ thuộc trong tờ khai thuế của mình không?  Có  Không  
Nếu **có**, hãy liệt kê tên của (những) người phụ thuộc: \_\_\_\_\_
- c. Có ai được coi là người phụ thuộc về thuế trong tờ khai 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 về thuế 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 [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) hoặc gọi (877) 423-4746.

**Vui lòng trả lời mọi câu hỏi và cung cấp bằng chứng cho mọi khoản thu nhập và chi phí theo yêu cầu.**

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

Vui lòng điền vào bảng bên dưới về **người đăng ký và mọi 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, cho phép DFCS yêu cầu quý vị và các thành viên trong hộ gia đình quý vị cung cấp số An Sinh Xã Hội. Những người sống trong hộ gia đình quý vị nhưng không đăng ký xin trợ cấp có thể được xem là **người không đăng ký**. Người không tham gia không cần phải cung cấp các thông tin về số an sinh xã hội, quốc tịch hay tình trạng nhập cư của họ và sẽ **không đủ điều kiện** nhận trợ cấp. Các thành viên khác trong hộ 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 hộ 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 hộ 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 gửi đến cơ quan hành pháp để bắt những người đang bị truy nã. Nếu gia đình quý vị có yêu cầu nhận SNAP thì thông tin trên đơn đăng ký này (bao gồm SSN) có thể được cung cấp cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang và cơ quan thu thập xác nhận quyền sở hữu tư nhân để họ sử dụng trong việc thu thập nợ. Chúng tôi sẽ không từ chối hỗ trợ thành viên hộ gia đình nộp đơn nếu các thành viên hộ gia đình không thể cung cấp SSN, thẻ công dân, hoặc tình trạng nhập cư của họ. 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.

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 (ngày/tháng/năm)	Mối Quan Hệ Với Quý Vị	Số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc đối với Người Không Đăng Ký)	Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ hay người có quốc tịch Hoa Kỳ, người nhập cư đủ điều kiện hoặc có tình trạng nhập cư thỏa đáng? (Chỉ đối với người đăng ký) (Có/Không)	Mẹ của đứa trẻ này có sống trong nhà không? (Có/Không)	Cha của đứa trẻ này có sống trong nhà 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 áp dụng):

**AI** – Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska **AS** – Người Châu Á  
**HP** – Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác

**BL** – Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi  
**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 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. Tuy nhiên, trong trường hợp quý vị không cung cấp các thông tin này, 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 khác trong hộ gia đình là Công Dân Nhập Tịch hoặc người nước ngoài/người nhập cư đủ điều kiện, hãy hoàn thành bảng sau:**  
(vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần)

TÊN			Loại giấy tờ nhập cư	Số ID người nước ngoài/Giấy chứng nhận/Tài liệu	Quý vị đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? (Có/Không)	Ngày Nhập Tịch/Ngày Nhập Cảnh hoặc được chấp thuận vào Hoa Kỳ (nếu có)  Định Dạng (ngày/tháng/năm)	Quý vị, vợ/chồng hoặc cha mẹ quý vị có phải là cựu chiến binh hoặc thành viên đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? (Có/Không)
Gọi	Tên Đệm	Viết Tắt Họ					

**Chỉ đối với 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 về 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: \_\_\_\_\_ Quyền Công Dân: \_\_\_\_\_

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 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 phúc lợi SNAP ở nhiều khu vực sau ngày 22/8/1996 không? (Chỉ đối với SNAP)  Có  Không

Nếu có:

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

Địa điểm: \_\_\_\_\_

Thời gian: \_\_\_\_\_

3. Có người trong hộ 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 đăng ký xin SNAP)  Có  Không

Nếu có, Tên của phụ nữ mang thai: \_\_\_\_\_

Ngày sinh dự kiến là ngày nào? \_\_\_\_\_; và dự kiến có bao nhiêu em bé được sinh? \_\_\_\_\_

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, Tên của phụ nữ mang thai: \_\_\_\_\_

Ngày sinh/ngày chấm dứt là ngày nào? \_\_\_\_\_; và có bao nhiêu em bé đã được sinh ra/dự kiến sẽ chào đời? \_\_\_\_\_

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

Tên cha của thai nhi: \_\_\_\_\_ Địa chỉ của cha: \_\_\_\_\_

5. Đối với những người đăng ký xin Medicaid, có ai có hóa đơn y tế chưa thanh toán 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 đối với 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 thì người đó là ai: \_\_\_\_\_

8. Có ai vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm tha không? (Chỉ đối với SNAP và TANF)  Có  Không

Nếu có thì người đó là ai: \_\_\_\_\_

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 đối với SNAP và TANF) hoặc trọng tội bạo lực (Chỉ đối với 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 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: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_

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

Nếu có:

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

Thời gian: \_\_\_\_\_

12. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có bị kết tội buôn bán trợ cấp SNAP để lấy súng, đạn dược hoặc chất nổ sau ngày 22/08/1996 không? (Chỉ đối với 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 07/02/2014 không? (Chỉ đối với 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 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: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_ Số Tiền Nhận Được: \_\_\_\_\_

15. Có ai trong gia đình quý vị từng sử dụng quỹ TANF hoặc thẻ Way2Go tại các cơ sở như cửa hàng rượu, sòng bạc, phòng chơi 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 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 đối với SNAP và TANF:

**SINH VIÊN ĐẠI HỌC:** Có ai trong hộ gia đình quý vị đang theo học ít nhất là bán thời gian tại một trường cao đẳng, đại học, trường dạy nghề hoặc trường kỹ thuật không?  Có  Không Nếu có thì là ai: \_\_\_\_\_

Tên Trường: \_\_\_\_\_ Lớp/Tình Trạng: \_\_\_\_\_

Ngày tốt nghiệp: \_\_\_\_\_

Học sinh có việc làm không?  Có  Không Đã đăng ký tham gia chương trình làm việc và học tập?  Có  Không

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

### Chỉ đối với SNAP:

**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, hãy liệt kê các khoản chi phí trên biểu đồ bên dưới và đính kèm hóa đơn của tháng gần nhất.**

Thành Viên Hộ Gia Đình Được Lập Hóa Đơn	Loại Chi Phí (Bác Sĩ, Bệnh Viện, Đơn Thuốc)	Số Tiền Nợ	Ngày Lập Hóa Đơn	Bảo Hiểm Có Chi Trả 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, 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; đưa đón đến tiệm thuốc)	Tổng số dặm đã lái:	Chi phí taxi, xe buýt, bãi 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 dưới đây:**

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

### Chỉ đối với Medicaid:

#### 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 for Kids®  Medicare
- Các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Cựu Binh (VA)  TRICARE (Không chọn ô này nếu quý vị được chăm sóc trực tiếp hoặc Đang Tại Ngủ)
- Bảo Hiểm Người Sử Dụng Lao Động: Tên Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng \_\_\_\_\_
- Khác: Tên Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng \_\_\_\_\_

Quý vị có bảo hiểm y tế nào khác ngoài Medicaid không?  Có  Không

**Nếu có, hãy gửi cho chúng tôi bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị.**



**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, hãy cung cấp 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 Sở Hữu	Số Tài Khoản/Hợp Đồng (Không điền nếu số tài khoản/hợp đồng trùng với số SSN của quý vị)	Giá Trị	Tên Ngân Hàng, Công Ty Bảo Hiểm, v.v..
Tiền Mặt				
Séc/Tiết Kiệm				
Liên Hiệp Tín Dụng				
Các Khoản Niên Kim				
Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu				
Kết An Toàn				
Tài Khoản Hưu Trí (Không dùng phương pháp MAGI)				
Phương Tiện (Không dùng phương pháp MAGI)				
Chứng Chỉ Tiền Gửi/Các Khoản Niên Kim (Không dùng phương pháp MAGI)				
Kế Hoạch Tang Lễ Trả Trước				
Lô Đất Nghĩa Trang (Không dùng phương pháp MAGI)				
Quỹ Tín Thác (Không dùng phương pháp MAGI)				
Tài Sản Không Gắn Liên Với Đất				
Tài Sản Gắn Liên Với Đất (Không dùng phương pháp MAGI)				
Bảo Hiểm Nhân Thọ (Không dùng phương pháp MAGI)				
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? \_\_\_\_\_

**Đối với SNAP, TANF và Medicaid:**

**VIỆC LÀM:** Có ai trong gia đình quý vị đi 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 LÀM VIỆC	NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG ĐỘNG	TRẢ THEO GIỜ	GIỜ MỖI TUẦN	TẦN SUẤT THANH TOÁN	NGÀY THANH TOÁN	TIỀN THƯỞNG	TIỀN BOA

Hiện tại có ai đang đình công không?  Có  Không

**Chỉ dành cho ứng viên Medicaid:****CHI PHÍ TRƯỚC THUẾ:**

- Bảo Hiểm Y Tế \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_  Bảo Hiểm Thị Lực \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_
  - Bảo Hiểm Nha Khoa \$ \_\_\_\_\_ Tần suất như thế nào? \_\_\_\_\_  Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất như thế nào? \_\_\_\_\_
  - Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất như thế nào? \_\_\_\_\_  Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất như thế nào? \_\_\_\_\_
  - Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất như thế nào? \_\_\_\_\_
- Nhiều hơn? Vui lòng gửi kèm ở một bản giấy riêng.

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

**KHẤU TRỪ KHAI 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? \_\_\_\_\_  Lãi Suất Khoản Vay Sinh Viên \$ \_\_\_\_\_ Tần suất trả? \_\_\_\_\_
- Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_  Loại Khấu Trừ Khác \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_

**Đối với SNAP, TANF và Medicaid:**

**Có ai nghỉ làm không?**  Có  Không **Nếu có, hãy hoàn thành phần sau và cung cấp bằng chứng:**

Công việc họ đã nghỉ?	Tên của thành viên hộ 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 ai bắt đầu đi làm chưa?**  Có  Không **Nếu có, hãy hoàn thành phần sau và cung cấp bằng chứng:**

Tên người bắt đầu làm việc:	Ngày Bắt Đầu:	Số Điện Thoại:
Tên chủ 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 ai tự kinh doanh không?  Có  Không (Nếu có thì 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 đối với người đăng ký 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, hãy điền thông tin dưới đây và cung cấp bằng chứng về tất cả thu nhập nhận được trong 4 tuần qua hoặc thư nhận được gần đây 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 chi trả chi phí chăm sóc cho một đứa trẻ phụ thuộc hay một người lớn bị khuyết tật trong gia đình không?  Có  Không

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

Người cần được chăm sóc:		Người trả tiền chăm sóc:	
Tên nhà cung cấp:		Chi phí chăm sóc được trả bao nhiêu:	Tần suất chi trả:
Số điện thoại nhà cung cấp:	Lý Do Chăm Sóc:		

Quý vị có phải trả chi phí di chuyển của trẻ nhỏ phụ thuộc hay thành viên tàn tật trong gia đình 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:** \_\_\_\_\_

**CHI PHÍ CƯ TRÚ:**

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã bắt đầu trả chi phí nơi trú ẩn hoặc chi phí nơi trú ẩn của quý vị có thay đổi không?  Có  Không

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

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

Nguồn sưởi ấm/làm mát chính của gia đình là gì? (điện, khí đốt hay cả hai)

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?

Quý vị có nhận được hỗ trợ năng lượng (LIHEAP) trong 12 tháng 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 cho ai \_\_\_\_\_ Số tiền đã thanh toán \$ \_\_\_\_\_ mỗi \_\_\_\_\_

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

**HỖ TRỢ NUÔI CON:**

Quý vị hoặc ai đó trong gia đình có trả tiền cấp dưỡng nuôi con cho người sống bên ngoài nhà không?

Có  Không

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

Ai có nghĩa vụ phải thanh toán?	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 con như thế nào?

**Chỉ đối với SNAP:** Vui lòng cung cấp bằng chứng về số tiền đã thanh toán trong 3 tháng qua và số tiền theo luật định phải thanh toán.

**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 quý vị có trẻ dưới 7 tuổi chưa được đăng ký đi học không? (Mẫu giáo **không** được coi là “trường học”).

Có  Không

Nếu **có**, hãy gửi Mẫu 3231 - Mẫu Tiêm Chủng Cho Trẻ Em cho mỗi trẻ dưới 7 tuổi.

**Yêu Cầu Của Trường:**

Tất cả trẻ em (6 – 18 tuổi) đều đi học?  Có  Không

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

Tên của (các) trường \_\_\_\_\_

(Các) Lớp \_\_\_\_\_

Có trẻ em nào từ 16 tuổi trở lên **không** đi học không?  Có  Không

Nếu **có**, tên của trẻ là gì? \_\_\_\_\_

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 Rình Rập không?  Có  Không

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

Sau khi đánh giá, nếu hộ gia đình quý vị đủ điều kiện, chúng tôi có thể miễn một số yêu cầu của chương trình, chẳng hạn như, tham gia các hoạt động công việc hoặc chuyển đến Sở Dịch Vụ Hỗ Trợ Trẻ Em.

**Chi Phí Ô Tô:**

Quý vị có phải là cha mẹ hoặc người thân của trẻ (hoặc các trẻ) và quý vị có tham gia vào TANF AU cùng với trẻ (hoặc các em) không?  Có  Không

Nếu **có**, hãy trả lời các câu hỏi sau:

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

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

Năm, Nhà Sản Xuất và Mẫu Xe: \_\_\_\_\_

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

Bạn có phải thanh toán bất kỳ khoản chi phí định kỳ nào khác (ví dụ như hóa đơn thẻ tín dụng) không?

Có  Không

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

### **Quy Trình Đủ Điều Kiện Làn Nhanh (ELE):**

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.

## QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM ĐỐI VỚI MỌI CHƯƠNG TRÌNH

### QUÝ VỊ CÓ QUYỀN ĐỀ:

- **yêu cầu trợ giúp điền vào mẫu này và các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí** (phiên dịch viên, tài liệu dịch hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ trực tiếp) nếu bạn gặp khó khăn khi đọc, viết, nói hoặc hiểu tiếng Anh.
- **yêu cầu các hỗ trợ, 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 mọi chương trình, quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng bằng văn bản hoặc trực tiếp. Quý vị có thể yêu cầu được điều trần bằng cách gọi đến số 1-877-423-4746 hoặc quý vị có thể yêu cầu được điều trần trước một viên chức điều trần của tiểu 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 thông báo này cho SNAP
- **30 ngày** từ ngày thông báo **đối với chương trình Medicaid và TANF**

### QUÝ VỊ CHỊU TRÁCH NHIỆM VỀ:

- cung cấp thông tin chính xác cho nhân viên của mình và cung cấp bằng chứng về tuyên bố cần thiết để nhận trợ cấp. Khi quý vị ký vào mẫu đơn này, quý vị cho phép nhân viên của mình lấy thông tin từ người sử dụng lao động, ngân hàng, hàng xóm hoặc những người khác để chúng tôi có thể đảm bảo rằng quý vị nhận được số tiền trợ cấp chính xác.
- 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 cấp tiểu bang và liên bang làm việc cho Phòng Chống Gian Lận hoặc Văn Phòng Dịch Vụ Điều Tra và đang thực hiện đánh giá các trường hợp đặc biệt. Nếu quý vị không hợp tác và chúng tôi không thể xác định rằng quý vị vẫn đủ điều kiện nhận SNAP, hồ sơ của quý vị có thể bị từ chối hoặc đóng lại.
- (đối với SNAP) hợp tác với người đánh giá Kiểm Soát Chất Lượng khi họ gọi điện hoặc đến nhà quý vị để phỏng vấn quý vị về thông tin quý vị đã cung cấp cho người quản lý trường hợp của mình. Nếu quý vị không hợp tác với họ, hồ sơ của quý vị có thể bị từ chối hoặc đóng.
- (đối với 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 **SNAP**, quý vị phải báo cáo khi tổng thu nhập gộp hàng tháng của hộ gia đình vượt quá 130% Mức Nghèo Liên Bang dành cho quy mô hộ gia đình của quý vị. Quý vị phải báo cáo sự thay đổi về thu nhập chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà sự thay đổi xảy ra.

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 hộ gia đình nhận được tiền trúng số hoặc tiền thắng cuộc, với tổng số tiền là \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản khác), quý vị phải báo cáo số tiền trúng thưởng này chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà hộ gia đình nhận được tiền trúng thưởng.

Nếu quý vị nhận được trợ cấp **TANF hoặc Medicaid**, quý vị phải báo cáo **mọi 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 90 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 tư cách tham gia chương trình Medicaid của tôi:**

- 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 PHẠT SNAP:** Quý vị có thể mất trợ cấp 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 được sử dụng 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 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 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 cố ý vi phạm các điều luật trên sẽ bị cấm tham gia chương trình 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 SNAP thêm 18 tháng theo quyết định của tòa.**

**Bất kỳ ai trong gia đình quý vị cố 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.**

**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 hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có hành vi sử dụng hoặc nhận phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến súng ống, đạn dược, hoặc thuốc nổ, quý vị hoặc thành viên đó sẽ bị mất khả năng tham gia chương trình SNAP vĩnh viễn cho lần vi phạm đầu tiên.**

**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, 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 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 (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.**

**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 quý vị:

- 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/xô khuyên, và các spa/tiệm mát-xa, 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 01/01/1997.

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.

#### **Ví dụ về gian lận và lạm dụng của người tham gia là:**

- Cho người khác sử dụng Medicaid, PeachCare for Kids® 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 [oiqanonymou@dcg.ga.gov](mailto:oiqanonymou@dcg.ga.gov); qua đường bưu điện tại Sở Y Tế Cộng Đồng, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; hoặc truy cập <https://dcg.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **THÔNG TIN ĐĂNG KÍ CỦA CỬ TRI**

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn nộp đơn đăng ký bỏ phiếu tại đây ngay 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 (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 ĐANG GIA HẠN MEDICAID VÀ SNAP HOẶC TANF, QUÝ VỊ PHẢI KÝ VÀ GHI NGÀY VÀO Ô PHÙ HỢP NHẤT VỚI HOÀN CẢNH 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 việc 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 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) ứng viên là Công Dân Hoa Kỳ, Quốc tịch Quốc Tịch Hoa Kỳ và/hoặc là người nhập cư hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi xin cam đoan rằng mọi thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng theo hiểu biết của tôi.

\_\_\_\_\_ (Chữ Ký)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

**• Chỉ dành cho Medicaid – hãy ký vào đây khi Người khác không phải là Người nộp đơn/Thành viên/Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp đang hoàn thành điền thông tin:**

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 rằng mọi thông tin được cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng theo hiểu biết của tôi.

\_\_\_\_\_ (Chữ Ký)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

Số điện thoại để liên lạc với quý vị \_\_\_\_\_

**Nếu Người nộp đơn/Thành viên/Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp muốn người này làm đại diện cá nhân, người đó phải đánh dấu vào đây và ký tên bên dưới  Có  Không**

\_\_\_\_\_ (Ứng Viên/Thành Viên/Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp)

\_\_\_\_\_ (Ngày)

**• Đối với SNAP và/hoặc TANF – khi Người đăng ký/Người nhận/Người giám hộ hợp pháp đang hoàn thành điền thông tin:**

Tôi tuyên bố sẽ chịu hình phạt vì tội lừa đảo nếu 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 xác nhận thêm rằng mọi thông tin được cung cấp trong đơn này đều đúng sự thật và chính xác 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 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 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 số tiền gộp là \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản khác). Tôi sẽ báo cáo số tiền thắng cuộc này chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà hộ 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), 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)

## (Vui lòng giữ những tài liệu này để tham khảo thông tin)

Bảng sau đây giải thích một số thuật ngữ được dùng trong mẫu 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 (Assistance Unit, AU)</b>	Một đơn vị hỗ trợ bao gồm các cá nhân đủ điều kiện sống cùng nhau, bao gồm một cá nhân mang thai và một đứa trẻ chưa sinh, và nhận trợ cấp/ trợ cấp công cộng.
<b>Người Chăm Sóc</b>	Cha mẹ, người đang mang thai, họ hàng hoặc người giám hộ hợp pháp nộp đơn xin và nhận TANF khi có con trong sự chăm sóc của mình, bao gồm cả thai nhi.
<b>Mã 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 SNAP hoặc TANF bởi vì họ đã không trung thực và nhận được những phúc lợi mà lẽ ra họ không được nhận.
<b>Bạo Lực Gia Đình</b>	Bạo lực gia đình có thể bao gồm việc bị đánh, đá, đánh đập, cưỡng hiếp, bóp cổ, đe dọa, kiểm soát hoặc không được cung cấp những thứ quý vị cần để sống (như thức ăn, thuốc men hoặc nhà ở) bởi vợ/chồng, bạn trai/bạn gái, bạn đời hoặc "người yêu cũ".
<b>Thẻ Tài Khoản Trợ Cấp Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, 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 SNAP. Những cá nhân nhận trợ cấp sẽ được cấp thẻ ghi nợ EBT để truy cập vào tài khoản SNAP của họ.
<b>Phương Thức 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 Cửa 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>Người Thân Của Người Nhận Tài Trợ</b>	Cha mẹ, cá nhân đang mang thai, họ hàng hoặc người giám hộ hợp pháp nộp đơn xin và nhận TANF dưới tên của mình thay mặt cho trẻ em, bao gồm cả trẻ chưa chào đời.
<b>Tổng Thu Nhập</b>	Tổng thu nhập của một người trước khi tính đến thuế hoặc các khoản khấu trừ khác.
<b>Người vô gia cư</b>	<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"> <li>• 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);</li> <li>• 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;</li> <li>• 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 người (hành lang, bến xe buýt, sảnh đợi hoặc những nơi tương tự).</li> </ul>
<b>Thành viên hộ gia đình</b>	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.
<b>Thu Nhập</b>	Các khoản thanh toán như tiền lương, tiền công, hoa hồng, tiền thưởng, tiền bồi thường cho người lao động, tiền tàn tật, lương hưu, trợ cấp hưu trí, tiền lãi, tiền cấp dưỡng nuôi con hoặc bất kỳ hình thức tiền nào khác nhận được.
<b>Đạo Luật Cắt Giảm Thuế Cho Tầng Lớp Trung Lưu năm 2012</b>	Đạo luật này cấm sử dụng 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, phòng chơi poker, tiền bảo lãnh, hộp đêm/quán rượu/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. 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.
<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 sẽ không phải cung cấp số an sinh xã hội, quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư.
<b>Người Thụ Hưởng</b>	Người thụ hưởng là cá nhân chấp nhận trách nhiệm nhận hỗ trợ tiền mặt và chi tiêu số tiền đó thay mặt cho AU. Một người nhận tiền có thể là một thành viên của AU hoặc không.
<b>Chi Phí Trước Thuế</b>	<b>Chi phí trước thuế là những khoản khấu trừ vào thu nhập của quý vị trước những khoản thuế.</b> 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, nhãn khoa, v.v. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p><b>Người nước ngoài/Người nhập cư đủ điều kiện</b></p>	<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"> <li>• một người được phép cư trú hợp pháp (LPR) theo Đạo Luật Di Trú Và Quốc Tịch (Immigration and Nationality Act, 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> <li>• Một người ân xá với tư cách là người tị nạn hoặc tị nạn chính trị theo mục 212 (d)(5) của INA;</li> <li>• Một người bị trục xuất đang được giữ lại theo mục 243 (h) của INA có hiệu lực trước ngày 01/04/1997, hoặc mục 241(b)(3) của INA, theo sửa đổi;</li> <li>• Một người được cấp quyền nhập cư có điều kiện theo mục 203(a)(7) của INA có hiệu lực trước ngày 01/04/1980;</li> <li>• 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;</li> <li>• Nạn nhân của nạn buôn người theo mục 107(b)(1) của Đạo Luật Bảo Vệ Nạn Nhân Buôn Người Năm 2000;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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);</li> <li>• Người Mỹ bản địa sinh ra tại Canada đang sống tại Hoa Kỳ theo mục 289 của INA hoặc những người không phải là công dân của bộ tộc người da đỏ được liên bang công nhận theo Mục 4(e) của Đạo luật hỗ trợ giáo dục và quyền tự quyết của người da đỏ và;</li> <li>• Người Hmong hoặc Thành viên bộ tộc Cao Nguyên Lào có hỗ trợ lính Mỹ trong việc nhập ngũ hoặc tham gia chiến dịch giải cứu hoặc giải thoát hoạt động trong thời kì chiến tranh Việt Nam (ngày 05 tháng 08 năm 1964 – ngày 07 tháng 05 năm 1975).</li> </ul> <p>Chỉ đối với người đăng ký chương trình Hỗ Trợ Y Tế, Hiệp Ước Liên Kết Tự Do (Compact of Free Association, COFA) là công dân của Liên bang Micronesia, Cộng Hòa Quần Đảo Marshall và Cộng Hòa Palau. Người di cư theo COFA không cần phải đáp ứng thời hạn 5 năm.</p>
<p><b>Tài Sản</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Tấn Công Tinh Dục</b></p>	<p>Tấn công tinh 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.</p>
<p><b>Quấy Rối Tinh Dục</b></p>	<p>Quấy rối tinh dục là hành vi thù địch, đe dọa hoặc áp bức dựa trên tinh dục tạo ra một môi trường làm việc phản cảm.</p>
<p><b>Theo Dõi</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Thu Nhập Phải Chịu Thuế</b></p>	<p>Các khoản thanh toán như tiền lương, tiền công, hoa hồng, tiền thưởng, trợ cấp khuyết tật, lương hưu, trợ cấp hưu trí, tiền lãi hoặc bất kỳ hình thức tiền nào khác nhận được.</p>
<p><b>Người Phụ Thuộc Thuế</b></p>	<p>Một cá nhân mong muốn được khai báo trong tờ khai thuế của người nộp thuế. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>Người Khai Thuế</b></p>	<p>Một cá nhân dự kiến nộp tờ khai thuế. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>Các Khoản Khấu Trừ Hoàn Thuế</b></p>	<p>Các khoản khấu trừ hoàn thuế là các khoản khấu trừ hỗ trợ 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></p>
<p><b>Buôn bán SNAP</b></p>	<p><b>Phúc Lợi Buôn Bán SNAP</b> có nghĩa là:</p> <p>(1) Mua, bán, đánh cắp hoặc trao đổi các phúc lợi SNAP được cấp và truy cập thông qua thẻ EBT, số thẻ và mã PIN hoặc bằng chứng từ thủ công và chữ ký, để lấy TIỀN MẶT hoặc các khoản thanh toán khác ngoài thực phẩm đủ điều kiện, trực tiếp, gián tiếp, thông đồng hoặc thông đồng với người khác hoặc hành động một mình;</p> <p>(2) Trao đổi vũ khí, đạn dược, chất nổ hoặc chất bị kiểm soát; (3) Mua sản phẩm bằng trợ cấp SNAP có hợp đồng yêu cầu đặt cọc trả lại với mục đích lấy tiền mặt bằng cách vứt bỏ sản phẩm và trả lại hộp đựng để lấy số tiền đặt cọc, cố ý vứt bỏ sản phẩm và cố ý trả lại hộp đựng để lấy số tiền đặt cọc;</p> <p>(4) Mua sản phẩm bằng trợ cấp SNAP với mục đích lấy tiền mặt hoặc khoản tiền khác ngoài thực phẩm đủ điều kiện 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 khoản tiền khác ngoài thực phẩm đủ điều kiện; (5) Cố ý mua sản phẩm ban đầu được mua bằng trợ cấp SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc khoản tiền khác ngoài thực phẩm đủ điều kiện. (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.</p>

**Thẻ ghi nợ Way2Go  
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.

## **Thông báo về Quyền 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 gửi yêu cầu của mình bằng Mẫu yêu cầu sửa đổi hợp lý theo ADA của DFCS, 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 sửa đổi hợp lý theo ADA của DCH tại văn phòng KB, 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](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Cách nộp 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 miệng hoặc bằng văn bản bằng cách liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị, văn phòng DFCS tại địa phương của quý vị hoặc Điều phối viên DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 tại 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Đối với Sở Y Tế Cộng Đồng (DHC), hãy liên lạc với Nhóm KB Điều Phối Viên của ADA/Mục 504 tại 2211 Beaver Run 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](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 về quyền công dân DFCS. Mẫu đơn khiếu nại cũng có sẵn 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. Email để khiếu nại về Quyền Dân Sự của DCH là: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). Đường 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 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 hoà 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 (Department of Community Health, DCH)**, các chương trình Hỗ Trợ Y Tế không thể gạt bỏ tính đủ điều kiện hoặc từ chối cấp phúc lợi cho quý vị 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 Sỡ 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 CÔNG DÂN LIÊN QUAN ĐẾN CHƯƠNG TRÌNH 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 trong chương trình, hãy điền vào Mẫu đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình (AD-3027) có trực tuyến tại <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA hoặc viết một lá thư gửi đến USDA và cung cấp trong thư tất cả các thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn. 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:** Food and Nutrition Service (Dịch Vụ Thực Phẩm Và Dinh Dưỡng), 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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Đối với bất kỳ thông tin nào khác về các vấn đề của Chương trình 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 đăng ký khiếu nại đến Văn Phòng Quyền Công Dân (Office for Civil Rights, OCR) cho chính quý vị hoặc cho người khác.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử cho bản thân hoặc người khác liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính liên bang thông qua HHS, hãy điền vào 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, Sỡ 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](mailto: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 đăng ký khiếu nại về quyền công dân có thể gửi email đến OCR tại [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) hoặc gọi đến số điện thoại miễn phí của OCR là 1-800-368-1019, TDD là 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**