

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

Vui lòng sử dụng biểu mẫu này để báo cáo những thay đổi trong hoàn cảnh gia đình của quý vị cho Sở Dịch Vụ Gia Đình và Trẻ Em. **Nếu quý vị cần trợ giúp để đọc hoặc điền tài liệu này hoặc cần trợ giúp liên lạc với chúng tôi, hãy yêu cầu chúng tôi hỗ trợ hoặc gọi số 1-877-423-4746. 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 ở trên bằng cách quay số 711 (Georgia Relay).**

KHÔNG GỬI LẠI BIỂU MẪU NÀY TRỪ KHI QUÝ VỊ MUỐN BÁO CÁO THAY ĐỔI CHO CÁC TRƯỜNG HỢP.

Tên: _____ Số ID Khách Hàng _____

Địa chỉ: _____ Số Hồ Sơ _____

_____ Số Điện Thoại Nhân Viên _____

Báo Cáo Đơn Giản Hóa Của Hộ Gia Đình phải cho biết:

- Khi tổng thu nhập hàng tháng của họ vượt 130% mức thu nhập đối với quy mô hộ gia đình của họ.
- Khi số giờ làm việc của Người Lớn Có Khả Năng Lao Động Không Có Người Phụ Thuộc (Able-Bodied Adult without Dependents, ABAWD) giảm xuống dưới 20 giờ/tuần hoặc 80 giờ/tháng. **Những thay đổi này phải được báo cáo chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng xảy ra thay đổi.**
- Các hộ gia đình phải báo cáo khi một thành viên trong hộ nhận được **tiền trúng số hoặc tiền đánh bạc**, với tổng giá trị từ \$4500 trở lên (trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác). Đây là giải thưởng tiền mặt giành được trong một trò chơi. Tiền thắng cuộc phải được báo cáo chậm nhất là 10 ngày kể từ cuối tháng mà thành viên hộ gia đình nhận được

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

Mặc dù hộ gia đình của quý vị chỉ có các yêu cầu báo cáo đơn giản hóa, quý vị có thể báo cáo về mọi thay đổi sau đây:

Kiểm tra những thay đổi mà quý vị đang báo cáo và hoàn thành các câu hỏi trên biểu mẫu này.

- Những thay đổi về số người sống trong hộ gia đình vì có người chuyển đến hoặc chuyển đi
- Hộ gia đình chuyển đến địa chỉ mới (Các) thành viên
- hộ gia đình bắt đầu đi làm (Các) thành viên trong
- hộ gia đình ngừng làm việc
- (Các) thành viên trong hộ gia đình có sự thay đổi về mức lương theo giờ hoặc số giờ trả lương
- (Các) thành viên trong hộ gia đình bắt đầu nhận hoặc ngừng nhận Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), an sinh xã hội, VA, lương hưu, hưu trí, tiền khuyết tật, tiền từ bạn bè hoặc người thân, tiền hỗ trợ nuôi con, tiền hỗ trợ thất nghiệp, v.v.
- Một cá nhân nào đó có sự thay đổi về chi phí và hóa đơn nhà ở
- Quý vị hoặc ai đó trong gia đình quý vị có nguồn tài sản từ \$3000 trở lên. Nếu là người già hoặc người khuyết tật, nguồn tài sản trị giá từ \$4500 trở lên.

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

THÀNH PHẦN HỘ GIA ĐÌNH

- Ai đã chuyển đến ở? _____ Ai đã chuyển đi? _____
- Khi nào người đó chuyển đến hoặc chuyển đi? _____

ĐỊA CHỈ

- Hộ gia đình tôi đã chuyển đến địa chỉ mới. Địa chỉ mới là _____

- Số Tiền Thuê hoặc Số Tiền Thế Chấp mới tính theo \$ _____ Nếu là thế chấp, thuế bất động sản hàng năm là \$ _____ và số tiền bảo hiểm của chủ nhà là \$ _____.
- Có ai giúp quý vị trả tiền thuê nhà, thế chấp hoặc các tiện ích không?
Có _____ Không _____ Nếu có thì người đó là ai?

- Tại địa chỉ mới của quý vị, quý vị phải trả những tiện ích gì? _____
- Quý vị có phải trả chi phí sưởi ấm hoặc làm mát không? Có ___ Không ___ (điện, khí đốt hoặc cả hai)

THU NHẬP

- Ai có sự thay đổi về thu nhập hoặc việc làm? _____
- Thu nhập hoặc việc làm đến từ đâu? _____

- Tần suất nhận thu nhập như thế nào? _____
- Thu nhập hoặc việc làm bắt đầu từ khi nào? _____
- Mức thu nhập mới là bao nhiêu? _____
- Khi nào thu nhập hoặc việc làm bị ngưng lại? _____
- Số tiền thanh toán cuối cùng nhận được là bao nhiêu? _____

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

CHI PHÍ Y TẾ				
Có thành viên nào trên 60 tuổi hoặc khuyết tật phải trả chi phí y tế không? Nếu có, hãy hoàn thành bảng dưới đây.				Có Không__
Thành Viên Hộ Gia Đình Được Thanh Toán	Loại Chi Phí (Bác Sĩ, Bệnh Viện, Đơn Thuốc, bảo phí Medicare)	Số Tiền Nợ	Ngày Lập Hóa Đơn	Bảo Hiểm Có Chi Trả Không? (Có/Không)

THANH TOÁN CẤP DƯỠNG NUÔI CON
<ul style="list-style-type: none"> Quý vị hoặc ai đó trong hộ gia đình quý vị có trả tiền cấp dưỡng nuôi con cho người sống ngoài nhà không? Có__Không_____ Ai có nghĩa vụ phải thanh toán? _____ Số tiền buộc phải trả là bao nhiêu? _____ Tiền cấp dưỡng nuôi con được trả cho ai? _____ Tiền cấp dưỡng nuôi con được trả cho ai? _____ Tần suất trả tiền cấp dưỡng nuôi con như thế nào? _____ Số tiền thực sự phải trả là bao nhiêu? _____

CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC			
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:		

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

TÀI SẢN			
Có thành viên nào trong gia đình quý vị có các tài sản sau đây không? Có ____ Không _____			
Nếu có, hãy điền vào bảng dưới đây.			
Loại Tài Sản	Chủ Sở	Số Tiền/Giá Trị	Tên Ngân Hàng
Tiền Mặt			
Séc/Khoản Tiết Kiệm			
Liên Hiệp Tín Dụng			
Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu			
Kết An Toàn			

Hộ gia đình tôi có **tổng thu nhập hàng tháng** (kiếm được – trước khi khấu trừ VÀ thu nhập không kiếm được) cao hơn 130% giới hạn thu nhập.

Thu nhập của hộ gia đình vượt mức 130% vào tháng/năm nào? _____ / _____
Tháng Năm

Tổng số tiền thu nhập gộp hàng tháng là bao nhiêu? _____

Chữ Ký _____ Ngày _____

Gia đình tôi có một **thành viên là ABAWD có số giờ làm việc từ 20 giờ/tuần hoặc 80 giờ/tháng**. Tôi, _____, là một ABAWD thất nghiệp, làm việc 20 – 29 giờ/tuần hoặc 80 giờ/tháng. Số giờ làm việc của tôi đã giảm xuống _____ giờ mỗi tuần.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Gia đình tôi có một người trúng thưởng **xổ số, cờ bạc**.

Thành viên trong gia đình nhận được thu nhập từ xổ số/cờ bạc vào tháng/năm nào? _____ / _____
Tháng Năm

Tổng số tiền thu nhập từ xổ số/cờ bạc là bao nhiêu? _____

Chữ Ký _____ Ngày _____

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

Tôi tuyên bố sẽ chịu hình phạt về tội khai man rằng theo những gì tôi biết, (những) người mà 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 xác nhận thêm rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này đều là 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 được ủy quyền có thể xác minh thông tin tôi cung cấp trong đơn đăng ký này. Thông tin có thể được thu thập từ các nhà tuyển dụng trong quá khứ hoặc hiện tại. Tôi hiểu rằng thông tin của tôi sẽ được sử dụng để theo dõi thông tin về tiền lương và sự tham gia của tôi vào các hoạt động công việc.

Tôi sẽ báo cáo về mọi thay đổi trong hoàn cảnh của mình theo yêu cầu của chương trình SNAP/Medicaid và/hoặc TANF. Tôi cũng sẽ báo cáo nếu ai trong gia đình tôi nhận được tiền trúng số hoặc tiền cờ bạc, với số tiền gộp trị giá từ \$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 gia đình tôi nhận được tiền thắng cuộc. Tôi hiểu rằng nếu có bất kỳ thông tin nào không chính xác, phúc lợi của tôi có thể bị giảm hoặc bị từ chối và tôi có thể bị truy tố hình sự hoặc bị loại khỏi các chương trình DHS-DFCS vì cố ý cung cấp thông tin không chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin. Tôi hiểu rằng nếu tôi không thông báo cho DHS-DFCS về một số khoản chi phí của mình trong quá trình nộp đơn, gia hạn hoặc báo cáo định kỳ và/hoặc không xác minh những khoản chi phí này, DHS-DFCS sẽ không tính khoản chi phí đó vào việc tính toán số tiền trợ cấp SNAP của tôi.

Chữ Ký _____ 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 các câu hỏi về Đăng Ký của Cử Tri

Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà cơ quan này sẽ cung cấp cho quý vị.

Nếu quý vị cần điền vào đơn đăng ký 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 vào biểu mẫu một cách riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hay nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Bang Vụ Khanh Ngoại Giao tại: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 hoặc bằng cách gọi 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 hồ sơ của mình. Nếu quý vị hoàn thành đơn Đăng Ký Cử Tri, hãy nộp đơn này cho Văn Phòng Bang Vụ Khanh Tiểu Bang Georgia theo hướng dẫn được cung cấp trên đơn Đăng Ký Cử Tri.

**Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em**

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 ("Sở") được luật liên bang* yêu cầu mang tới 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. Điều này bao gồm các chương trình như SNAP, TANF và Hỗ Trợ Y Tế.

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

Cách Yêu Cầu Điều Chỉnh Hợp Lý hoặc Yêu Cầu Hỗ Trợ Giao Tiếp

Vui lòng liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ 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 với nhân viên phụ trách hồ sơ 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 về yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể đưa ra yêu cầu của mình bằng cách sử dụng Biểu Mẫu Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý DFCS ADA, có sẵn tại văn phòng DFCS địa phương của quý vị hoặc trực tuyến tại <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, hoặc quý vị có thể lấy Biểu Mẫu Yêu Cầu Sửa Đổi Hợp Lý DCH ADA tại Nhóm KB hoặc trực tuyến tại <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, nhưng quý vị không cần phải sử dụng biểu mẫu.

Cách Nộp Đơn Khiếu Nại

Quý vị có quyền khiếu nại nếu các Sở phân biệt đối xử với quý vị vì tình trạng khuyết tật của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử nếu quý vị đã yêu cầu một điều chỉnh hợp lý hoặc thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu mà đã bị từ chối hoặc không thực hiện trong thời gian hợp lý. Quý vị có thể khiếu nại bằng lời nói hoặc bằng văn bản qua hình thức liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ, văn phòng DFCS tại địa phương của quý vị hoặc Điều Phối Viên Dân Quyền DFCS, ADA/Mục 504 tại 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746. Đối với DCH, hãy liên hệ với Điều Phối Viên ADA/Mục 504 của Nhóm KB tại: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 hoặc Hộp thư tại 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 liệt kê ở trên. Cá nhân bị khiếm thính, 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 tiếp nhận khiếu nại của 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 (USDA) và Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS) Hoa Kỳ nằm trong "Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử" được nêu trong đó.

**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.*

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em

Không Gửi Đơn Đến USDA

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 mọi chương trình 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 (HHS) Hoa Kỳ, 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 Cho Người Da Đò (FDPIR) và các chương trình khác. Để nộp đơn khiếu nại về tình trạng phân biệt đối xử của chương trình, hãy điền Biểu Mẫu Khiếu Nại 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 USDA nào hoặc viết thư gửi tới USDA và cung cấp trong thư mọi thông tin được yêu cầu ở biểu mẫu. Để yêu cầu 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 qua:

1. **thư:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; hoặc
2. **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 SNAP của USDA 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 hộp thư tại: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; 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 khiếm thính, khó nghe 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.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử bằng cách liên hệ với văn phòng DFCS tại địa phương của quý vị hoặc Điều Phối Viên Dân Quyền DFCS và ADA/Mục 504 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 Khiếm Khuyết Cảm Giác Và Trình Độ Tiếng Anh Giới Hạn của DHS tại: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 hoặc gọi đến (877) 423-4746.

Sở Dịch Vụ
Nhân Sinh Tiểu Bang Georgia Biểu Mẫu Báo Cáo Thay Đổi Về
Dịch Vụ Gia Đình Và Trẻ Em

Không Gửi Đơn Đến USDA