



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Đơn Xin Trợ Cấp Tiểu Bang Pennsylvania

This is an application for cash, health care and SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia monetaria. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La ayuda bilingüe será gratuita.

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员，请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

هذا نموذج طلب للحصول على معونة نقدية ومعونة رعاية صحية ومنافع برنامج المعونة الغذائية التكميلية. إذا كنت بحاجة إلى نموذج الطلب هذا بلغة أخرى أو إلى شخص ليرجمه لك، يرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي، وستقدم المساعدة اللغوية لك مجاناً.

Nếu quý vị có một tình trạng khuyết tật và cần đơn xin này dưới dạng bản in khổ lớn hoặc định dạng khác, vui lòng gọi đường dây trợ giúp của chúng tôi tại số **1-800-692-7462**.

Những người điếc, lãng tai hoặc bị khuyết tật về nói và muốn liên lạc với đường dây trợ giúp có thể gọi Dịch Vụ Chuyển Tiếp PA (PA Relay Services) bằng cách gọi số **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Quý vị có thể nộp đơn xin trực tuyến tại: www.compass.state.pa.us.



An Toàn cho Gia Đình: Thông Tin về Trợ Cấp của Quý Vị và Bạo Hành Gia Đình

Bạo hành gia đình xảy ra khi người thân của quý vị gây tổn thương cho quý vị. Hành động ngược đãi có thể liên quan đến thể chất, lạm dụng tình dục hoặc ngược đãi tinh thần. Trong đó bao gồm:

- Đánh đập quý vị hoặc con cái của quý vị
- Kiểm soát nơi quý vị đến và những người quý vị gặp gỡ
- Đe dọa hoặc tìm cách gây tổn thương cho quý vị, con cái quý vị hoặc tài sản của quý vị
- Không cho phép quý vị hoặc con quý vị ăn mặc, hoặc chăm sóc y tế
- Ép quý vị phải sinh hoạt tình dục
- Ngăn cản không cho quý vị đi làm hoặc đi học
- Lạm dụng tình dục các con của quý vị
- Theo dõi hoặc theo lén quý vị

Nếu quý vị hiện đang hoặc đã từng là nạn nhân bạo hành gia đình hoặc có nguy cơ tiếp tục bị bạo hành, nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có thể miễn cho quý vị các điều kiện xin trợ cấp tiền mặt nếu bạo hành gia đình khiến quý vị không thể đáp ứng được các điều kiện đó. Đôi khi mọi người không thể tuân thủ các yêu cầu về phúc lợi một cách an toàn bởi vì họ sợ rằng họ hoặc con cái của họ sẽ bị ngược đãi nếu làm như vậy. Các yêu cầu này là:

- Giúp hợp tác
- Các yêu cầu cha mẹ ở tuổi thanh thiếu niên sống ở nhà
- Các thời hạn
- Các yêu cầu khác tùy theo từng trường hợp
- Làm việc (RESET)
- Kiểm tra xác minh

Nếu quý vị cần được miễn các yêu cầu hưởng phúc lợi do bạo hành gia đình, hãy cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị biết.

Nếu quý vị hoặc các con quý vị hiện đang hoặc đã từng là nạn nhân bạo hành gia đình, hoặc có nguy cơ tiếp tục bị bạo hành gia đình, nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có thể:

- **Nói chuyện** với quý vị nếu quý vị muốn tâm sự. Quý vị có thể đề nghị nói chuyện kín đáo. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị và các nhân viên khác sẽ giữ kín thông tin cá nhân của quý vị. Tuy nhiên, luật quy định Sở Nhân Vụ phải báo cáo các trường hợp ngược đãi trẻ em cho Cơ Quan Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên.
- **Giúp** quý vị tìm các chương trình tại địa phương nơi quý vị có thể được cố vấn, lập kế hoạch bảo vệ an toàn, nơi ở, các dịch vụ pháp lý và trợ giúp khác.
- **Giúp** quý vị hiểu các quy định về xin trợ cấp tiền mặt, và những quy định đó ảnh hưởng đến quý vị như thế nào nếu quý vị nộp đơn xin. Quý vị có thể được miễn một số điều kiện TANF do bị bạo hành gia đình.

Để biết thêm thông tin về can thiệp khủng hoảng, tư vấn, cùng đi đến sở cảnh sát, các cơ sở y tế và tòa án, nơi tạm trú khẩn cấp, và các chương trình ngăn ngừa và giáo dục, vui lòng gọi:

Liên Minh Chống Bạo Hành Gia Đình Pennsylvania
1-800-932-4632 (ở PA) 303-839-1852 (Toàn Quốc)

PA CareerLink® – Thông Tin Quan Trọng

PA CareerLink® là một chương trình của Sở Lao Động và Công Nghiệp Pennsylvania để giúp những người tìm việc tìm được việc làm. Các nhân viên Sở Lao Động và Công Nghiệp biết rõ tình hình hiện tại của thị trường lao động và có thể cung cấp cho quý vị thông tin cũng như các nguồn hỗ trợ để giúp quý vị tìm việc làm.

Quý vị nên đăng ký với PA CareerLink® để bắt đầu. Quý vị có thể đăng ký với PA CareerLink® tại www.pacareerlink.pa.gov/.





Tiểu bang Pennsylvania nhận được thông tin từ các cơ quan tiểu bang và liên bang khác để xác minh thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị khai man, che giấu hoặc không khai báo đầy đủ thông tin có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của quý vị, quý vị có thể phải hoàn trả tiền trợ cấp và có thể bị truy tố và không còn tiếp tục hội đủ điều kiện nhận một số trợ cấp trong tương lai.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Quý vị có thể nộp đơn xin trực tuyến tại: www.compass.state.pa.us.

Thủ tục nộp đơn xin rất đơn giản!

1. **Điền** mẫu đơn này.
2. **Ký tên** và **điền ngày tháng** trong trang 1 và trang 15 của mẫu đơn.
3. **Mang đến tận nơi, gửi qua fax hoặc gửi qua đường bưu điện** mẫu đơn xin của quý vị cho văn phòng trợ cấp quận (CAO).

Quý vị có quan tâm đến bất kỳ dịch vụ nào khác không?

Đánh dấu vào ô nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm thông tin về bất kỳ dịch vụ nào khác sau đây:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Giữ trẻ | <input type="checkbox"/> Trợ giúp gia cư | <input type="checkbox"/> Phục hồi hướng nghiệp | <input type="checkbox"/> Trợ cấp đặc biệt để có việc làm và huấn luyện (chẳng hạn như các công cụ) |
| <input type="checkbox"/> Kế hoạch hóa gia đình/ngừa thai | <input type="checkbox"/> Chủng ngừa (chích ngừa) | <input type="checkbox"/> Y Viện Em Bé Khỏe Mạnh | <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng (Các Dịch Vụ Miễn Trừ) |
| <input type="checkbox"/> Công ăn việc làm và huấn luyện | <input type="checkbox"/> Các ngân hàng thực phẩm | <input type="checkbox"/> LIHEAP (trợ cấp năng lượng) | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ trợ giúp người khuyết tật về trí tuệ |
| <input type="checkbox"/> Lifeline (dịch vụ điện thoại giảm giá) | <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng (Các Dịch Vụ Miễn Trừ) | <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Dài Hạn (chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) | |
| <input type="checkbox"/> Lợi Tức An Sinh Phụ Trội (SSI) | <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Dài Hạn (chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) | <input type="checkbox"/> Bữa ăn ở trường (bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá) | |
| <input type="checkbox"/> Các dịch vụ chu cấp nuôi con | <input type="checkbox"/> Bữa ăn ở trường (bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá) | <input type="checkbox"/> Dịch vụ khác: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Các dịch vụ trợ giúp Cựu Chiến Binh | | | |
| <input type="checkbox"/> WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em) | | | |
| <input type="checkbox"/> Head Start (dành cho trẻ em từ 3 đến 6 tuổi) | | | |

Quý vị có thắc mắc?

Gọi văn phòng trợ cấp quận của quý vị hoặc **TRUNG TÂM DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG CỦA CHÚNG TÔI** tại số **1-877-395-8930**. Ở Philadelphia, gọi số **1-215-560-7226**.

Chúng tôi luôn sẵn lòng giúp đỡ quý vị. Gọi thứ Hai đến thứ Sáu 8:30 sáng đến 5 giờ chiều. Sử dụng Dịch vụ TDD bằng cách gọi Dịch vụ Chuyển tiếp PA số **711**.

Chỉ Dành Cho các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế - Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

Chỉ Dành Cho CAO - CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



SNAP Cấp Tốc!

Nhận Trợ Cấp SNAP Ngay Bây Giờ!

(SNAP trước đây còn được gọi là chương trình Phiếu Thực Phẩm.)

- **Hộ gia đình quý vị chưa có đến \$100 tiền mặt có sẵn và tài khoản ngân hàng và dự kiến sẽ nhận được chưa đến \$150 thu nhập tháng này không?**
- **Quý vị có phải là di dân hoặc người làm công trong nông trại làm việc theo thời vụ không?**
- **Tổng thu nhập hàng tháng và tiền mặt cũng như tiền trong tài khoản ngân hàng của quý vị có ít hơn tiền thuê nhà/tiền vay trả góp mua nhà và chi phí điện nước của quý vị cho tháng này không?**

Nếu câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào trong số này là có, quý vị có thể có quyền được hưởng trợ cấp SNAP cấp tốc.

Điều này có nghĩa là quý vị có thể được nhận trợ cấp SNAP trong vòng năm ngày tính theo lịch kể từ ngày quý vị nộp đơn xin. Tìm hiểu thêm thông tin bằng cách liên lạc với văn phòng trợ cấp quận tại địa phương.

Nộp đơn xin trợ cấp SNAP ngay hôm nay!

Quý vị có quyền nộp đơn xin ngay hôm nay vào bất cứ lúc nào trước 5 giờ chiều. Nhân viên tại văn phòng trợ cấp quận sẽ đóng dấu xác nhận ngày nộp đơn xin của quý vị ngay trước mặt quý vị.

Nếu quý vị bị từ chối trợ cấp SNAP cấp tốc, quý vị có quyền tham gia buổi họp trong vòng hai ngày làm việc với một nhân viên giám sát tại văn phòng trợ cấp hạt. Nếu quý vị tin rằng quý vị đang bị từ chối các quyền hoặc dịch vụ, hoặc nếu văn phòng trợ cấp quận không tiếp nhận đơn xin của quý vị khi quý vị đích thân tới nộp và đóng dấu xác nhận ngày nộp đơn trước mặt quý vị, hãy đề nghị nói chuyện với một nhân viên giám sát hoặc gọi Đường Dây Trợ Giúp tại số điện thoại miễn phí 1-800-692-7462.

Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng dịch vụ pháp lý địa phương.



Bắt Đầu

Quý vị muốn nộp đơn xin trợ cấp gì?

Trợ cấp tiền mặt Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Quý vị muốn giao tiếp bằng ngôn ngữ nào? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Ngôn ngữ khác (ghi rõ) _____

Quý vị có cần người thông dịch không? Có Không Nếu có, ngôn ngữ nào? _____

Tiết kiệm giấy! Quý vị có muốn nhận các thông báo trực tuyến không?

Tới website www.compass.state.pa.us và ghi danh trong Tài khoản MyCOMPASS của quý vị.

- Chúng tôi có thể bắt đầu đơn xin của quý vị ngay khi quý vị ghi tên và địa chỉ của quý vị, và ký tên và gửi lại đơn xin này.
- Chúng tôi khuyến khích quý vị nên trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt, trừ khi quý vị được hướng dẫn là quý vị có thể chọn không trả lời. Càng có nhiều thông tin đầy đủ, chúng tôi càng có thể giải quyết đơn xin của quý vị nhanh chóng.
- Nếu quý vị hội đủ điều kiện, trợ cấp SNAP sẽ bắt đầu từ ngày chúng tôi nhận được đơn xin của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trong vòng 30 ngày là quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không.

▶ **QUAN TRỌNG:** Tất cả những người nộp đơn xin đều phải cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc nộp đơn xin số An Sinh Xã Hội (SSN) và trả lời các câu hỏi về quốc tịch. Không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho những người không xin trợ cấp, tuy nhiên việc cung cấp số An Sinh Xã Hội có thể giúp đơn xin được giải quyết nhanh hơn. Chúng tôi sử dụng số An Sinh Xã Hội để xác minh thu nhập và các thông tin khác để biết ai hội đủ điều kiện được trợ giúp về chi phí bảo hiểm y tế. Nếu quý vị muốn giúp xin số An Sinh Xã Hội, gọi số 1-800-772-1213 hoặc tới website www.ssa.gov. Những người sử dụng TTY nên gọi số 1-800-325-0778.

Lưu ý: Nếu quý vị không phải là cư dân và chỉ nộp đơn xin các Dịch Vụ Y Tế Cấp Cứu, quý vị không cần phải cung cấp thông tin về tình trạng di trú của quý vị hoặc nộp đơn xin hoặc cung cấp số An Sinh Xã Hội.

Cho chúng tôi biết về quý vị, đương đơn: Chúng tôi sẽ cần liên lạc với một người lớn/cha (mẹ)/người trông nom chăm sóc.

Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):

Địa chỉ nhà (Ghi đường phố, số căn hộ, thành phố, tiểu bang, số Zip code +4):

Học khu:		Thị trấn hoặc thành phố:		Quý vị cư ngụ tại địa chỉ này đã bao lâu?	
Số điện thoại: ()	Dạng điện thoại: <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Điện thoại cơ quan <input type="checkbox"/> Điện thoại di động	Số điện thoại thứ hai: ()	Dạng điện thoại: <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Điện thoại cơ quan <input type="checkbox"/> Điện thoại di động		
<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu quý vị không có địa chỉ nhà. Quý vị vẫn cần cung cấp địa chỉ bưu tín.		Địa chỉ bưu tín (nếu khác với địa chỉ nhà):			

SNAP Cấp tốc: Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP trong vòng 5 ngày! Trả lời các câu hỏi này, sau đó ký tên vào đơn xin và đưa cho văn phòng trợ cấp quận của quý vị trước 5 giờ chiều ngày hôm nay! Văn phòng trợ cấp quận của quý vị sẽ thu xếp một buổi phỏng vấn với quý vị.

Tổng thu nhập hàng tháng, cho quý vị và bất kỳ ai đang xin trợ cấp, trước khi trừ thuế: \$	Quý vị hay bất kỳ ai đang được quý vị nộp đơn xin giúp hiện có đang nhận SNAP không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có trả chi phí dịch vụ điện nước khác ngoài điện thoại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, dịch vụ nào?
Tổng các nguồn tài sản (các nguồn tài sản là tiền mặt, tiền gửi và tiền tiết kiệm): \$	Quý vị có trả lệ phí dịch vụ điện thoại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị hoặc bất kỳ ai đang được quý vị nộp đơn xin có phải là người làm công ở nông trại làm việc theo thời vụ hoặc di dân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tổng số tiền thuê nhà hoặc vay trả góp mua nhà hàng tháng của quý vị và bất kỳ ai đang xin trợ cấp: \$	Quý vị có trả chi phí sưởi ấm hoặc chi phí điều hòa không khí không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị hoặc bất kỳ ai đang được quý vị nộp đơn xin giúp, còn sống ở nhà tạm trú dành cho phụ nữ và trẻ em bị đánh đập hoặc ngược đãi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Ký tên ở đây:

X _____	_____
Chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện của quý vị	Ngày



Cho chúng tôi biết về mọi người trong gia đình quý vị:

Chúng tôi cần thu thập thông tin về tất cả mọi người đang sinh sống tại địa chỉ của quý vị, ngay cả khi họ không xin trợ cấp. **Đối với những người xin trợ cấp y tế, bảo đảm ghi tất cả những ai được liệt kê trong bản khai thuế thu nhập liên bang của quý vị, ngay cả khi họ không sống cùng với quý vị.**

Lưu ý: Quý vị không cần phải khai thuế để được nhận trợ cấp.

Người 1 (Bắt đầu từ quý vị)				CAO Use Only Line #:	
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị đang xin trợ cấp cho bản thân mình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số an sinh xã hội:	
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc giấy tờ nhận dạng do tiểu bang cấp nếu quý vị có:	Tình Trạng Kết Hôn	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn	<input type="checkbox"/> Góa phụ
Quý vị hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:		Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?		Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?		
Trả lời câu hỏi dưới đây nếu quý vị xin trợ cấp cho bản thân.					
Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, quý vị có muốn được tái xét riêng cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu quý vị chưa đến 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của quý vị khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu quý vị muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập từ cha mẹ của quý vị. Quý vị có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể bao nhiêu tuổi, quý vị có ngại rằng thông tin mà quý vị có thể nhận được ở nơi quý vị sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến quý vị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của quý vị hoặc người khác không?			
Quý vị là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu quý vị không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Quý vị di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:	Dạng giấy tờ:	Số ID của giấy tờ:	
	Quý vị có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Quý vị có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu		<input type="checkbox"/> Á Châu	<input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương	
	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng		<input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		<input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		



Người 2		CAO Use Only Line #:	
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số an sinh xã hội:
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Góa phụ
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____		Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:	Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?	Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?	

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.

Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?

Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:	Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số ID của giấy tờ:
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu	<input type="checkbox"/> Á Châu	<input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương
	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		

Người 3		CAO Use Only Line #:	
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số an sinh xã hội:
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Góa phụ
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____		Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:	Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?	Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?	

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.

Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?

Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:	Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số ID của giấy tờ:
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu	<input type="checkbox"/> Á Châu	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương
	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)	<input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____	
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		



Người 4			CAO Use Only Line #:		
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số an sinh xã hội:	
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	<input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa phụ	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____			Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:		Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?		Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?		
Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.					
Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?			
Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có		Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:		Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số ID của giấy tờ:
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____				
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh				

Người 5			CAO Use Only Line #:		
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số an sinh xã hội:	
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	<input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa phụ	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____			Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:		Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?		Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?		
Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.					
Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?			
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?			
Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có		Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:		Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số ID của giấy tờ:
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Chủng tộc khác _____				
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh				



Người 6		CAO Use Only Line #:	
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số an sinh xã hội:
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa phụ <input type="checkbox"/> Đã kết hôn
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____		Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:	Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?	Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?	
Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.			
Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?	
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?	
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?	
Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:	Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Chung tộc khác _____		
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		

Người 7		CAO Use Only Line #:	
Tên (Ghi tên gọi, tên đệm viết tắt, tên họ, tước hiệu sau tên - Jr./Sr./v.v...):		Có phải là quý vị xin trợ cấp cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số an sinh xã hội:
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số bằng lái xe hoặc ID do tiểu bang cấp nếu người này có:	Tình Trạng Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa phụ <input type="checkbox"/> Đã kết hôn
Người này có liên hệ như thế nào với quý vị?	<input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng của vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ họ hàng thân thích <input type="checkbox"/> Khác _____		Người này có sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, cấp lớp nào?	Tên trường:	Đi học toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự liệu sinh nở?	Dự kiến sẽ sinh bao nhiêu em bé?	
Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang xin trợ cấp cho người này.			
Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, người này có muốn được xem xét riêng cho bảo hiểm của chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?	
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được tái xét về Hỗ Trợ Y Tế toàn diện, chúng tôi sẽ cần đánh giá mức thu nhập của hộ gia đình quý vị, trong đó bao gồm cả thu nhập của cha mẹ của họ. Người này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình các Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình chứ KHÔNG PHẢI là cho Hỗ Trợ Y Tế toàn diện không?	
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể bao nhiêu tuổi, người này có e ngại rằng thông tin mà họ có thể nhận được ở nơi họ sinh sống về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể khiến họ bị tổn hại thể chất, tinh thần, hoặc chịu tổn thương khác do vợ/chồng, cha mẹ của họ hoặc người khác không?	
Người này là công dân Hoa Kỳ hay kiều dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu người này không phải là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau đây:	Người này có di cư hợp pháp không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, điền dạng giấy tờ và số ID:	Dạng giấy tờ:
	Người này có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có cư trú tại Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Chung tộc khác _____		
SẮC TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		



Các câu hỏi khác về mọi người trong gia đình quý vị:

Vui lòng trả lời các câu hỏi này về **quý vị hoặc bất kỳ ai** trong gia đình quý vị hiện đang xin trợ cấp.

Có bất kỳ ai hiện đang được nhận trợ cấp tiền mặt, Bảo hiểm Y tế, hoặc SNAP tại tiểu bang khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , tiểu bang và quận nào?	
Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bị loại hoặc đồng ý bị loại ra khỏi chương trình trợ cấp phiếu thực phẩm hoặc SNAP tại tiểu bang khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , cho chúng tôi biết đó là ai:	
Có ai xin bất kỳ phúc lợi trợ cấp nào theo tên khác hoặc số An Sinh Xã Hội khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , vui lòng cho chúng tôi biết tên và số An Sinh Xã Hội đó:	
Có ai đang ở trong quân đội Hoa Kỳ, hoặc có ai đã từng ở trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có ai là góa phụ, vợ/chồng, hoặc con cái (dưới 18 tuổi) của người ở trong quân đội Hoa Kỳ, hoặc bất kỳ ai đã từng ở trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Có ai từng được chính phủ nuôi và hiện giờ 18 trở lên hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là ai?	Cho biết:
Có bất kỳ ai bị khuyết tật, bệnh nặng, hoặc cần chữa trị y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là ai?	Khuyết tật đó là gì?
Có ai mắc một chứng bệnh cần phải dùng thuốc để duy trì sức khỏe không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là ai?	
Có ai hiện đang cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc một cơ sở y tế hoặc có một tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, hoặc tinh thần làm hạn chế các sinh hoạt hay không (chẳng hạn như tắm rửa, thay quần áo, các công việc nội trợ hàng ngày, v.v...)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Có ai có hóa đơn y tế đã thanh toán hoặc chưa thanh toán trong tháng này hoặc ba tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có bất kỳ ai là nạn nhân bị bạo hành gia đình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Có bất kỳ ai đang cai nghiện rượu hoặc ma túy không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là ai?	

Những người họ hàng thân thích vắng mặt: Mục này dành cho những người xin trợ cấp tiền mặt.

Có bất kỳ ai xin trợ cấp cho một đứa trẻ có cha mẹ không sống trong nhà quý vị hoặc nếu bất kỳ ai xin trợ cấp có vợ/chồng không sống trong nhà quý vị, vui lòng trả lời các câu hỏi này để giúp chúng tôi có được trợ giúp.

Quý vị không phải điền mục này nếu việc cung cấp thông tin này hoặc việc nhờ giúp đỡ sẽ khiến quý vị hoặc các thành viên gia đình có nguy cơ bị bạo hành gia đình hoặc khó thoát khỏi bạo hành gia đình hơn, hoặc nếu con quý vị ra đời do bị hãm hiếp hoặc loạn luân, hoặc nếu quý vị đang cân nhắc đến việc nhận con nuôi.

Nếu quý vị sẽ gặp rắc rối vì cung cấp thông tin này hoặc nhờ giúp đỡ vì bạo hành gia đình, hãm hiếp hoặc loạn luân hoặc vì quý vị đang cân nhắc cho người khác nhận con nuôi, đánh dấu vào ô này:

Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)
Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)
Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)
Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)
Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)
Tên của người có người họ hàng thân thích vắng mặt:	Tên của người họ hàng thân thích vắng mặt:	Người họ hàng thân thích vắng mặt đó là: <input type="checkbox"/> Cha/mẹ <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)

- Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, quý vị phải ghi tên cha mẹ của bất kỳ đứa trẻ vị thành niên nào và giúp Ban Quan Hệ Gia Đình (DRS) nhận chu cấp bằng cách cung cấp các thông tin mà họ cần, trừ khi quý vị có lý do chính đáng. Nếu quý vị không giúp DRS bằng cách cung cấp thông tin cần thiết và không có lý do chính đáng để từ chối giúp đỡ, bất kỳ số tiền trợ cấp tiền mặt nào mà quý vị được phê chuẩn sẽ bị giảm bớt ít nhất 25 phần trăm.

Nếu được phê chuẩn hồ sơ nhận trợ cấp tiền mặt, quý vị phải cho phép sở và DRS có quyền nhận tiền mặt cho quý vị và những người khác đang được quý vị xin trợ cấp giúp. Luật pháp quy định các quyền chu cấp sẽ được chuyển nhượng cho tiểu bang nếu quý vị chấp nhận trợ cấp tiền mặt.

Nếu tiền chu cấp được trả cho một đứa trẻ được nhận trợ cấp tiền mặt, gia đình có thể được trợ giúp đôi chút ngoài số tiền trợ cấp tiền mặt.



Thông tin về thuế: Điền mục này nếu quý vị đang xin bảo hiểm sức khỏe. Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.

Điền thông tin này cho vợ (chồng)/người yêu của quý vị và con cái của quý vị hiện đang sống cùng với quý vị và/hoặc bất kỳ ai trong bản khai thuế thu nhập liên bang của quý vị nếu quý vị có khai thuế.

Có bất kỳ ai trong đơn xin này dự định sẽ khai thuế thu nhập liên bang trong NĂM TỚI không? Có Không

Nếu có, ghi người khai thuế và ghi vợ (chồng) của người khai thuế nếu khai thuế chung.

Tên của người khai thuế:	Nếu khai thuế chung, tên của vợ/chồng:

Có ghi bất kỳ người phụ thuộc nào trong bản khai thuế của họ không? Có Không

Nếu có, ghi tên người khai thuế và những người phụ thuộc.

Người phụ thuộc chỉ có thể được tính từ một người khai thuế. Đối với những người khai thuế chung, quý vị chỉ cần ghi những người phụ thuộc của người khai thuế sẽ ký mẫu khai thuế.

Tên của người khai thuế:	(Những) người phụ thuộc:

Có bất kỳ người nào trong đơn xin sẽ được khai là người phụ thuộc trong bản khai thuế của người khác không? Có Không

Nếu có, ghi tên người phụ thuộc và người khai thuế sẽ khai người phụ thuộc đó.

Quý vị không cần phải điền thông tin trong mục này nếu người phụ thuộc đó hiện đã ghi ở trên.

Tên người phụ thuộc:	Tên của người khai thuế:	Mối liên hệ với người khai thuế:

Khấu trừ thuế: Điền mục này nếu quý vị đang xin bảo hiểm sức khỏe. Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.

Nếu bất kỳ ai chi trả cho một số thứ có thể được khấu trừ trong bản khai thuế thu nhập liên bang, cho chúng tôi biết về họ có thể giúp quý vị được giảm chi phí bảo hiểm sức khỏe đôi chút.

Lưu ý: Nếu tự kinh doanh, đừng tính đến khoản chi phí mà quý vị sẽ ghi là chi phí trong mẫu khai thuế Schedule C (ví dụ như các khoản chi phí liên quan đến xe hơi và xe tải, khấu hao, lương bổng dành cho nhân viên và các khoản phụ cấp, v.v...).

Có ai có các khoản chi phí từ: (✓)(Đánh dấu có)	Có	Khoản chi phí này là của ai?	Thường xuyên trả khoản chi phí này như thế nào? (một lần, hàng tháng, ba tháng một lần, hai lần một năm, hàng năm)	Bao nhiêu tiền?
Khấu trừ do trả lãi suất vay tiền đi học:				
Khấu trừ do trả bảo hiểm sức khỏe tự kinh doanh:				
Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh:				
Khấu trừ tài khoản tiết kiệm để trả chi phí y tế:				
Khác (ghi rõ):				



Các nguồn lực (hay còn gọi là “tài sản”): Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP hoặc nếu quý vị đang xin bảo hiểm sức khỏe và quý vị hội đủ một trong các điều kiện ngoại lệ sau đây: đang mang thai; trẻ em dưới 21 tuổi; có con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi hiện đang sống cùng với quý vị; quý vị không có tình trạng khuyết tật và chưa đến 65 tuổi.

Vui lòng cho chúng tôi biết các nguồn tài sản chẳng hạn như:

- Tiền mặt
- Tài khoản cá nhân hoặc tài khoản tiết kiệm
- Tài khoản tiền gửi
- Chứng nhận ký thác
- IRA/401k/chia sẻ lợi nhuận
- Trái Phiếu Tiết Kiệm Hoa Kỳ
- Câu lạc bộ giảng sinh hoặc câu lạc bộ nghỉ mát
- Cổ phiếu và trái phiếu
- Quỹ tín thác
- Tàu thuyền, xe trượt tuyết, xe cắm trại
- Xe gắn máy, ATV
- Xe cộ (xe hơi, xe van, xe bán tải)

Liệt kê từng nguồn tài sản riêng:

Tên của người có nguồn tài sản đó:	Dạng tài sản:	Bao nhiêu tiền?	Tài sản này đang nằm ở đâu/Số tài khoản?
Tên của người có nguồn tài sản đó:	Dạng tài sản:	Bao nhiêu tiền?	Tài sản này đang nằm ở đâu/Số tài khoản?
Tên của người có nguồn tài sản đó:	Dạng tài sản:	Bao nhiêu tiền?	Tài sản này đang nằm ở đâu/Số tài khoản?
Tên của người có nguồn tài sản đó:	Dạng tài sản:	Bao nhiêu tiền?	Tài sản này đang nằm ở đâu/Số tài khoản?
Tên của người có nguồn tài sản đó:	Dạng tài sản:	Bao nhiêu tiền?	Tài sản này đang nằm ở đâu/Số tài khoản?

Các câu hỏi khác về nguồn tài sản: Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP hoặc nếu quý vị đang xin bảo hiểm sức khỏe và quý vị hội đủ một trong các điều kiện ngoại lệ sau đây: đang mang thai; trẻ em dưới 21 tuổi; có con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi hiện đang sống cùng với quý vị; quý vị không có tình trạng khuyết tật và chưa đến 65 tuổi.

Trong nhà quý vị có ai dự kiến sẽ nhận được tiền trong đó bao gồm cả công ăn việc làm, tiền dân xếp bồi thường tai nạn, tiền thừa kế, hoặc quỹ tín thác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?	Loại tiền nào?	Dự kiến khi nào sẽ nhận được?	Dự kiến sẽ nhận được bao nhiêu?
Có ai bán, cho/tặng, hoặc chuyển nhượng nhà cửa, đất đai, tài sản cá nhân, hoặc bất kỳ nguồn tài sản nào khác trong 5 năm vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?	Loại tiền nào?	Khi nào?	Tài sản đó trị giá bao nhiêu?
Có ai sở hữu bất kỳ nhà cửa hoặc bất động sản nào mà họ không sống ở đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?		Những người trong gia đình quý vị sở hữu bao nhiêu chiếc xe?	▶
Có ai có hợp đồng chôn cất với ngân hàng hoặc nhà quản không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?		Mọi người trong gia đình quý vị sở hữu bao nhiêu huyết mợ?	▶
Có ai có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?			



Thu nhập:

Vui lòng cho chúng tôi biết về thu nhập của bất kỳ trẻ em hoặc người lớn nào mà quý vị đã ghi trong đơn xin này.

Chúng tôi cần biết bất kỳ khoản thu nhập nào chẳng hạn như:

- Lương bổng (ghi tên chủ lao động)
- Tự kinh doanh
- Tiền kiếm được do làm bảo mẫu
- Bồi thường tai nạn lao động
- Tiền hoa hồng
- Tiền lương nghiệp đoàn
- Trợ cấp hưu trí
- Tiền trả cho quý vị để trả tiền thuê nhà
- Tiền trả cho quý vị để trả tiền thuê phòng
- Tiền trả cho quý vị để trả nợ
- Các khoản lệ phí người giám hộ
- An Sinh Xã Hội
- Trợ Cấp cho Cựu Chiến Binh
- Tiền chu cấp
- Trợ cấp nghỉ đau bệnh
- Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền để đi huấn luyện
- Tiền cổ tức
- Lợi Tức An Sinh Phụ Trội (SSI)
- Tiền Trúng Xổ Số/Đánh Bạc

Trong gia đình quý vị có ai có thu nhập không? Có Không

Nếu có, ghi bất kỳ khoản thu nhập nào mà quý vị hiện đã nhận được, hoặc dự kiến sẽ nhận được trong năm nay.

Ghi thu nhập từ mỗi nguồn riêng:

Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:
Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:
Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:
Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:
Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:
Tên của người có khoản thu nhập:	Dạng/nguồn thu nhập:	Bao nhiêu tiền?	Bao lâu nhận một lần?	Ngày nhận số tiền gần đây nhất:

Các câu hỏi khác về thu nhập:

Có ai làm việc trong 90 ngày vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?	Có ai có số giờ làm việc bị giảm bớt trong 60 ngày vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai ngừng làm một hoặc nhiều công việc trong 30 ngày vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?	Có ai tham gia đình công không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai trước đây từng được nhận trợ cấp An Sinh Xã Hội không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?	Có ai trước đây từng được nhận Trợ Cấp Thu Nhập An Sinh Phụ Trội không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai xin bất kỳ phúc lợi trợ cấp nào sau đây hay không? (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)	<input type="checkbox"/> Bồi thường tai nạn lao động	Ai?	
	<input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội	Ai?	
	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Thất Nghiệp	Ai?	
	<input type="checkbox"/> Trợ cấp Cựu Chiến Binh	Ai?	
	<input type="checkbox"/> Lợi Tức An Sinh Phụ Trội (SSI)	Ai?	
Có ai trả chi phí giữ trẻ hoặc chăm sóc một người lớn bị khuyết tật để họ có thể đi làm, đi học, hoặc tham gia huấn luyện không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, bao nhiêu mỗi tháng? Số tiền trả hàng tháng: \$	Ai được chăm sóc?	
Có ai phải trả chi phí để có được khoản thu nhập ghi trên không (chẳng hạn như chi phí đi lại, lệ phí tòa án, lệ phí ngân hàng hoặc người giám hộ, v.v...)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			



Bảo hiểm sức khỏe: Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.

Có ai đang được quý vị xin trợ cấp có bảo hiểm sức khỏe không? Có Không

Có (Những) người đang được quý vị xin trợ cấp có bảo hiểm sức khỏe trong 90 ngày vừa qua không? Có Không

Nếu quý vị có (hoặc đã từng có trong 90 ngày vừa qua) hơn một loại bảo hiểm sức khỏe, vui lòng tô kín ô dành cho mỗi dạng bảo hiểm.

Lưu ý: Nếu quý vị có hơn một hợp đồng bảo hiểm, quý vị sẽ cần phải sao chụp lại trang này và gửi kèm theo.

Dạng bảo hiểm sức khỏe

- Bảo hiểm qua Công ty Medicare TRICARE*
 Peace Corps Chương trình cá nhân Khác _____

Ghi những ai đang (hoặc đã từng) được bảo hiểm:

Tên người đứng tên hợp đồng bảo hiểm:	Tên gọi:	Tên họ:
Tên hãng bảo hiểm:	Tên gọi:	Tên họ:
Số hợp đồng bảo hiểm:	Tên gọi:	Tên họ:
Tên/số hiệu nhóm:	Tên gọi:	Tên họ:

Hiện đang (hoặc đã từng) được nhận những quyền lợi bảo hiểm nào?

- Chăm sóc tại bệnh viện Thuốc theo toa Chăm sóc mắt
 Các buổi khám bác sĩ Nha khoa

Đây có phải là (hoặc đã từng là) chương trình quyền lợi hạn chế (chẳng hạn như hợp đồng bảo hiểm tai nạn tại trường học) không? Có Không

Bảo hiểm này bắt đầu khi nào?

Bảo hiểm này đã (hoặc sẽ) chấm dứt khi nào?
 (Bỏ trống nếu quý vị vẫn đang được bảo hiểm.)

Có phải là bảo hiểm sức khỏe này đã (hoặc sẽ) chấm dứt vì người đứng tên hợp đồng bảo hiểm bị mất việc làm (bị sai thải, thôi việc, tự nghỉ việc), hoặc thay đổi công việc không?
 Có Không

Nếu có, ai bị mất bảo hiểm?

Có bất kỳ trẻ em nào đã (hoặc sẽ) bị mất bảo hiểm sức khỏe vì chủ doanh nghiệp ngừng cung cấp bảo hiểm không? Có Không

*Đừng đánh dấu nếu quý vị có dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp hoặc Line of Duty.

Bảo hiểm sức khỏe từ chủ doanh nghiệp của quý vị: Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.

(Những) người đang được quý vị xin trợ cấp có được hưởng bảo hiểm sức khỏe qua công việc không? Có Không
 Đánh dấu có ngay cả khi bảo hiểm đó là từ công việc của người khác, chẳng hạn như cha/mẹ hoặc vợ/chồng.

Nếu có, điền mục này và cung cấp càng nhiều thông tin càng tốt trong Phụ Lục B: Bảo Hiểm Sức Khỏe từ (Các) Việc Làm.

Đây có phải là chương trình quyền lợi nhân viên của tiểu bang không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đây có phải là bảo hiểm COBRA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đây có phải là chương trình bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hưu trí không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu quý vị được hưởng bảo hiểm sức khỏe qua công việc của quý vị, quý vị có phải trả lệ phí bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có phải trả lệ phí bảo hiểm cho (các) con của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Chi phí cho bảo hiểm gia đình thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ doanh nghiệp của quý vị là bao nhiêu?	Chi phí để có bảo hiểm cho (các) con của quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe của chủ doanh nghiệp của quý vị là bao nhiêu?	



Các khoản chi phí: Mục này dành cho những người xin trợ cấp SNAP.

Vui lòng cho chúng tôi biết các khoản chi phí để quý vị có thể được nhận nhiều phúc lợi trợ cấp nhất ở mức có thể. Nếu được yêu cầu, quý vị phải cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí.

▶ Vào bất kỳ lúc nào quý vị có thể phải báo cáo các khoản chi phí của hộ gia đình cho chúng tôi, chúng tôi có thể đề nghị quý vị cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí đó.

Trong gia đình quý vị có ai trả tiền chu cấp nuôi con cho một người không sống cùng với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Trong gia đình quý vị có ai đang được nhận trợ cấp gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu có, đó có phải là theo lệnh tòa không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, trợ cấp dạng nào? _____ Nếu có, quý vị có được nhận phụ cấp điện nước không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tiền thuê nhà của quý vị có bao gồm tiền ăn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có ai ở bên ngoài gia đình quý vị đang đòi nợ cho bất kỳ khoản chi phí nào của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Nếu có, chi phí nào? _____ Bao nhiêu tiền? _____ Bao lâu nhận một lần? _____ Cho ai? _____
Quý vị có trả chi phí sưởi ấm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có trả chi phí điều hòa trung tâm hoặc máy điều hòa không khí cục bộ cho từng phòng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Đánh dấu bất kỳ khoản chi phí nào mà quý vị hoặc bất kỳ người nào khác trong gia đình quý vị trả hàng tháng. Vui lòng đánh dấu ngay cả khi quý vị chỉ trả một phần hóa đơn.

Điện thoại Nước Rác Lắp đặt dịch vụ điện nước Điện
 Dầu, than đá, gỗ, kerosene Cống rãnh thoát nước Khí đốt Khí propane Khác _____

Nếu quý vị có bất kỳ khoản chi phí nào trong số này, quý vị trả bao nhiêu tiền một tháng?

Tiền thuê nhà: \$ _____ Lệ phí chung cư: \$ _____

Khoản vay thế chấp mua nhà: \$ _____ Thuế bất động sản: \$ _____ Bảo hiểm gia chủ: \$ _____

Chi phí y tế: Mục này dành cho những người xin trợ cấp SNAP.

Quý vị có thể được nhận thêm trợ cấp SNAP nếu trong gia đình quý vị có người từ 60 tuổi trở lên, hoặc bị khuyết tật, và quý vị có thể cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí y tế.

Đánh dấu bất kỳ khoản chi phí y tế nào mà quý vị hoặc người khác trong gia đình quý vị đang trả.

<input type="checkbox"/> Hóa đơn dịch vụ nha khoa	<input type="checkbox"/> Bất kỳ khoản chi phí nào để đến các buổi hẹn khám chữa bệnh, chữa trị y tế, hoặc đến lấy thuốc theo toa. Các khoản chi phí này có thể là chi phí taxi hoặc phương tiện chuyên chở công cộng.
<input type="checkbox"/> Hóa đơn bác sĩ	
<input type="checkbox"/> Hóa đơn bệnh viện	<input type="checkbox"/> Những người trợ giúp chăm sóc sức khỏe (những người ở trong gia đình quý vị để giúp chữa bệnh).
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe hoặc lệ phí bảo hiểm Medicare	<input type="checkbox"/> Đồ tiếp liệu liên quan đến y tế (chẳng hạn như kính mắt, dụng cụ trợ thính, tã dành cho người lớn).
<input type="checkbox"/> Máy móc y tế	<input type="checkbox"/> Thuốc theo toa
<input type="checkbox"/> Chi phí khác:	

▶ **Nếu không báo cáo hoặc kiểm tra xác minh bất kỳ khoản chi phí nào nói trên sẽ bị coi như là gia đình quý vị xác nhận rằng quý vị không muốn được khấu trừ cho khoản chi phí không báo cáo đó.**



Thông tin về tiểu sử phạm tội: Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp y tế.

Vui lòng trả lời các câu hỏi này cho bản thân quý vị và bất kỳ ai khác đang được quý vị nộp đơn xin:

Có ai có trát lệnh hầu tòa với tư cách là bị cáo trong một thủ tục tố tụng tại tòa án hình sự không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai phải trả tiền phạt, chi phí hoặc phục hồi cho một bản án kết án trọng tội hoặc tội tiểu hình không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai có kế hoạch trả góp cho các khoản tiền phạt và chi phí không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai hiện đang thuộc diện quản chế hoặc tha bổng có quản chế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai bị quản chế hoặc được tạm tha mà không tuân thủ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai bị kết án gian lận phúc lợi không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai trốn tránh cơ quan thi hành pháp luật không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai được yêu cầu phải đăng ký là tội phạm tình dục đã bị kết án không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?
Có ai được yêu cầu phải đăng ký là tội phạm tội tình dục đã bị kết án nhưng không tuân thủ các yêu cầu về đăng ký của mình không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là ai?

Ghi Danh Bỏ Phiếu (Không bắt buộc)

Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu ở nơi cư trú hiện tại của quý vị, hôm nay quý vị có muốn nộp đơn xin ghi danh bỏ phiếu ngay tại đây không? Có Không
NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU MỘT TRONG CÁC Ô, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC COI LÀ KHÔNG QUYẾT ĐỊNH GHI DANH BỎ PHIẾU VÀO THỜI ĐIỂM HIỆN TẠI.

Để ghi danh bỏ phiếu, quý vị phải: 1) Ít nhất 18 tuổi vào ngày diễn ra cuộc bầu cử tiếp theo; 2) Là công dân Hoa Kỳ đã ít nhất một tháng TRƯỚC KỶ BẦU CỬ TIẾP THEO; 3) Cư trú tại tiểu bang Pennsylvania và địa hạt bỏ phiếu ít nhất 30 ngày trước kỳ bầu cử tiếp theo.

Nộp đơn xin ghi danh bỏ phiếu hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ nhận được qua cơ quan này. Nếu quý vị muốn giúp điền mẫu đơn xin ghi danh bỏ phiếu, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Việc quyết định có nhờ giúp đỡ hoặc nhận giúp đỡ hay không là tùy thuộc ở quý vị. Quý vị có thể điền đơn xin này ở nơi kín đáo. Vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp quận của quý vị nếu quý vị muốn nhờ giúp đỡ. Nếu quý vị tin rằng có người đã cản trở quyền ghi danh bỏ phiếu hoặc từ chối quyền ghi danh bỏ phiếu của quý vị, quyền giữ kín thông tin khi quyết định có ghi danh bỏ phiếu hoặc nộp đơn xin ghi danh bỏ phiếu hay không, hoặc quyền chọn chính đảng của riêng quý vị hoặc lựa chọn chính trị khác, quý vị có thể gửi khiếu nại với Tổng Trưởng Tiểu Bang, Bộ Ngoại Giao Pennsylvania, Harrisburg, PA 17120. Số điện thoại miễn phí là 1-877-VOTESPA.)

**NHAN VIEN VAN PHONG TRU CAP HAT SE DIEN O NAY DUA TRÊN THÔNG TIN TRẢ LỜI CỦA QUÝ VỊ Ở TRÊN
 COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE**

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

CHỈ DÀNH CHO CAO SỬ DỤNG - CAO USE ONLY

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children? 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide? 3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100? 4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150? 5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household? 6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute? 7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?	EXPEDITED REVIEW	Initials: _____ Date: _____
	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied	CLIENT NOTIFIED
	Reason for denial: _____	
REGISTERED FOR CATEGORIES		▶



Các Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Đọc về các quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Cơ quan này không được phép phân biệt đối xử vì lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi, giới tính, và trong một số trường hợp quan điểm chính trị hoặc quan điểm tôn giáo.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi, quan điểm chính trị hoặc việc trả đũa hoặc trả thù vì trước đó đã có hoạt động liên quan đến dân quyền trong bất kỳ chương trình hay hoạt động nào được USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Những người khuyết tật cần các phương tiện giao tiếp khác để tiếp nhận thông tin chương trình (chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngõn Ngữ Ra Dấu Hoa Kỳ, v.v.), nên liên lạc với Cơ Quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ xin trợ cấp. Những người điếc, lảng tai hoặc bị khuyết tật về nói có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang (Federal Relay Service) tại số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh.

Để nộp khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến chương trình, điền Mẫu Đơn Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình của USDA, (AD-3027), có trên mạng trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA, hoặc viết thư gửi cho USDA và trong thư cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn này. Để lấy một bản mẫu đơn khiếu nại, vui lòng gọi (866) 632-9992. Nộp mẫu đơn khiếu nại hoặc thư khiếu nại của quý vị cho USDA qua:

- (1) thư bưu điện: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) số fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Đối với bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến các Vấn Đề về Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị nên liên lạc với Đường Dây Khẩn về SNAP của USDA tại số (800) 221-5689, cũng có đường dây tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi các số điện thoại của Đường Dây Khẩn/Đường Dây Thông Tin của Tiểu Bang (bấm vào đường liên kết để biết danh sách các số điện thoại đường dây khẩn của Tiểu Bang); có trên mạng trực tuyến tại http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình được nhận trợ cấp tài chính của Liên Bang qua Bộ Sức Khỏe và Nhân Vụ (HHS) Hoa Kỳ, vui lòng gửi thư đến: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi số (202) 619-0403 (tiếng nói) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Cơ quan này cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT THÔNG TIN

Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin của quý vị. Thông tin sẽ chỉ được sử dụng để quyết định những chương trình quý vị có thể hội đủ điều kiện. Khi được yêu cầu, văn phòng trợ cấp quận (CAO) phải cung cấp cho các viên chức thi hành luật pháp của liên bang, tiểu bang và địa phương thông tin về địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và hình chụp (nếu có) của một người đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc tạm giam vì phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh tạm tha hoặc tha bổng có quản chế. Bất kỳ ai cố ý vi phạm bất kỳ nguyên tắc và quy chế nào của cơ quan này sẽ bị coi là phạm tội tiểu hình, và sau khi bị kết án sẽ bị phạt tiền, tới tối đa một trăm đô la (\$100), hoặc bị phạt tù, tới tối đa sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho quý vị, trong đó giải thích về các phúc lợi trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm đình chỉ hoặc ngừng phúc lợi trợ cấp, chúng tôi sẽ gửi văn bản giải thích lý do. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với phúc lợi Trợ Cấp Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo này qua đường bưu điện để xin một buổi điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu một buổi điều trần với Sở Nhân Vụ (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị tin rằng quyết định đó là không công bằng hoặc không đúng, hoặc nếu DHS không giải quyết đơn xin phúc lợi trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp kháng cáo tại CAO. Nếu quý vị kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu có một buổi gặp với cơ quan trước buổi điều trần. Nếu quý vị kháng cáo liên quan đến phúc lợi trợ cấp SNAP được giải quyết nhanh, quý vị có quyền có buổi gặp này với một nhân viên giám sát trong vòng hai ngày làm việc. Tại buổi điều trần, quý vị có thể tự đại diện, hoặc có người khác đại diện, chẳng hạn như luật sư, bạn bè, hoặc họ hàng thân thích.

QUYỀN TUYÊN BỐ CÓ LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc phúc lợi Trợ Cấp Y Tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác để xác định mối quan hệ cha con và yêu cầu chu cấp. Quý vị có thể được miễn các yêu cầu này nếu quý vị chứng minh rằng yêu cầu đó có thể gây nguy hiểm cho quý vị và/hoặc các con của quý vị. Trường hợp này được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi được miễn vì có lý do chính đáng, quý vị sẽ phải đáp ứng được các điều kiện về việc làm và huấn luyện. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng được các điều kiện về báo cáo hai lần một năm trừ khi được thấy là có lý do chính đáng.

QUYỀN CÓ GIẤY CHỨNG NHẬN VỀ BẢO HIỂM HỢP LỆ

Luật Liên Bang giới hạn những trường hợp có thể từ chối hoặc giới hạn bảo hiểm

sức khỏe đối với một chứng bệnh tồn tại từ trước. Nếu quý vị ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm không bao trả chi phí điều trị cho một chứng bệnh mà quý vị hiện đã có từ trước, quý vị có thể được tính thời gian mà quý vị được nhận bảo hiểm Trợ Cấp Y Tế. Việc này có thể giúp quý vị có được bảo hiểm. Liên lạc với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để yêu cầu cấp giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin chính xác, trung thực và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh thông tin mà quý vị cung cấp. Phúc lợi trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp một số bằng chứng. Nếu quý vị không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên đề nghị CAO giúp quý vị có được bằng chứng đó. Nếu quý vị được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra liên lạc, quý vị phải hợp tác đầy đủ với các điều tra viên hoặc những người đó. Nếu quý vị đã trên 55 tuổi và được nhận Trợ Cấp Y Tế để trang trải các chi phí tại cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ miễn trừ tại gia và tại cộng đồng, và bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc theo toa liên quan nào khác, quý vị có thể cần phải hoàn trả chi phí của các dịch vụ này bằng tài sản thừa kế qua di chúc của quý vị. Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký một bản thỏa thuận đồng ý hoàn trả phúc lợi trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với trợ cấp tiền mặt, trợ cấp chăm sóc sức khỏe và/hoặc SNAP, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người đang được quý vị nộp đơn xin. Nếu quý vị không có SSN, quý vị phải nộp đơn xin số này. Nếu không cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN), quý vị có thể không được nhận phúc lợi trợ cấp. Đối với trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể đề nghị cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai có thu nhập hoặc nguồn tài sản có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện hoặc số tiền phúc lợi trợ cấp của quý vị. SSN của quý vị sẽ được sử dụng để nhận dạng, để đối chiếu trên máy tính nhằm xác minh thu nhập và nguồn tài sản, và để tránh tình trạng nhận phúc lợi trợ cấp tiểu bang và liên bang trùng lặp. Một ngoại lệ chi nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp không cần phải cung cấp số SSN. (42 U.S.C. 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS HỢP LỆ

Sau khi quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp, quý vị sẽ được cấp một thẻ PA ACCESS. Chỉ được phép sử dụng thẻ này cho người hội đủ điều kiện và chỉ sử dụng trong giai đoạn hội đủ điều kiện. Quý vị chỉ có thể sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO THAY ĐỔI

Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp, quý vị sẽ cần phải báo cáo các thay đổi về hoàn cảnh gia đình của quý vị cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc cho nhân viên Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng. Những loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm người rời khỏi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, nếu ai đó thất nghiệp, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc có sự thay đổi với thu nhập và tiền trúng xổ số và đánh bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ cung cấp thông tin chi tiết dựa trên chương trình và các phúc lợi trợ cấp mà quý vị hội đủ điều kiện được nhận. Nếu không báo cáo các thay đổi theo các quy định của chương trình, quý vị có thể bị mất phúc lợi trợ cấp, bị phạt hoặc kết án dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO bằng cách đích thân tới văn phòng, báo cáo qua điện thoại, fax, thư bưu điện hoặc qua một tài khoản COMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng tại số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất cứ lúc nào.

PHẦN TRÌNH BÀY VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ THÔNG TIN RIÊNG TƯ

(i) Việc thu thập thông tin này, bao gồm cả số An Sinh Xã Hội (SSN) của mỗi thành viên trong hộ gia đình là được phép theo Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng năm 2008, bản tu chính, 7 U.S.C. 2011-2036d. Thông tin đó sẽ được sử dụng để quyết định hộ gia đình của quý vị có hội đủ điều kiện hoặc tiếp tục hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình SNAP hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này qua các chương trình đối chiếu trên máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc chấp hành các quy chế của chương trình và để quản lý chương trình.

(ii) Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan khác của Liên Bang và Tiểu Bang để thanh tra chính thức, và cho các viên chức thi hành luật pháp để bắt giữ những người trốn tránh pháp luật.

(iii) Nếu có một khiếu nại về SNAP đối với hộ gia đình quý vị, thông tin trong đơn xin này, bao gồm tất cả các SSN, có thể được chuyển cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các cơ quan truy thu nợ tư nhân, để truy thu nợ.

(iv) Việc cung cấp các thông tin được yêu cầu, bao gồm cả SSN cho mỗi thành viên gia đình, là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không cung cấp SSN, quý vị sẽ bị từ chối phúc lợi trợ cấp SNAP cho mỗi người không cung cấp SSN. Bất kỳ số SSN nào cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách thức tương tự như SSN của các thành viên gia đình hội đủ điều kiện.



Các Quy Định Cấm và Mức Phạt Độc về các trách nhiệm của quý vị:

NEU TRUONG HOP NAY XAY RA MA KHONG CO LY DO CHINH ĐANG		SẾ DẪN TỚI HỆ LỤY (MỨC PHẠT)
TẤT CẢ CÁC QUYỀN PHÚC LỢI TRỢ CẤP SNAP TIỀN MẶT CHĂM SÓC SỨC KHỎE	Sử dụng sai mục đích Thẻ Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử (EBT) hoặc Thẻ PAACCESS.	Phạt tiền, phạt tù, hoặc cả hai.
	Không báo cáo các thay đổi, theo yêu cầu.	Cắt giảm hoặc chấm dứt trợ cấp.
	Cố ý cung cấp thông tin giả mạo, không đúng hoặc không đầy đủ, hoặc không báo cáo các thay đổi.	Phạt tiền, loại ra khỏi chương trình và/hoặc phạt tù đối với trường hợp Gian Lận Trợ Cấp, không hội đủ điều kiện có các buổi điều trần hành chính. Không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tiền mặt: • Lần đầu tiên – 6 tháng. • Lần thứ hai – 12 tháng. • Lần thứ ba – vĩnh viễn. Không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP: • Lần đầu tiên – 12 tháng. • Lần thứ hai – 24 tháng. • Lần thứ ba – vĩnh viễn.
Trao đổi, bán hoặc tìm cách trao đổi, mua, bán, hoặc sử dụng Thẻ ACCESS của người khác.	Không hội đủ điều kiện • Tất cả các bản án do tòa án kết án – 12 tháng.	
SNAP	Cố ý sử dụng sai mục đích phúc lợi trợ cấp SNAP, chẳng hạn như trao đổi, mua bán Thẻ EBT hoặc phúc lợi trợ cấp SNAP; chuyển đổi phúc lợi trợ cấp; hoặc vứt bỏ các hộp đựng mua bằng phúc lợi trợ cấp SNAP để nhận tiền đặt cọc - hoặc mua những thứ không được SNAP đãi thọ, chẳng hạn như rượu bia hoặc thuốc lá - hoặc sử dụng phúc lợi trợ cấp SNAP để trả cho các đồ ăn đã nhận được hoặc đồ ăn mua nợ.	Không hội đủ điều kiện: • Lần đầu tiên – 12 tháng. • Lần thứ hai – 24 tháng. • Lần thứ ba – vĩnh viễn. • Lần đầu tiên bị tòa án kết tội hơn \$500 – vĩnh viễn.
	Mua một sản phẩm bằng phúc lợi trợ cấp SNAP với ý định có được tiền mặt hoặc để đổi lấy thứ khác không phải là thực phẩm hội đủ điều kiện bằng cách bán lại sản phẩm đó để đổi lấy tiền mặt hoặc đổi lấy thứ khác không phải là các loại thực phẩm hội đủ điều kiện.	
	Cố ý mua các sản phẩm ban đầu mua bằng phúc lợi trợ cấp SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc thứ khác không phải là các loại thực phẩm hội đủ điều kiện.	
	Sử dụng/nhận phúc lợi trợ cấp SNAP để mua thuốc kích thích hoặc các chất bị kiểm soát.	Không hội đủ điều kiện: • Lần đầu tiên – 24 tháng. • Lần thứ hai – vĩnh viễn.
	Sử dụng/nhận phúc lợi trợ cấp SNAP để bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ.	Lần đầu tiên – vĩnh viễn không hội đủ điều kiện.
	Bị kết tội mua bán hoặc trao đổi phúc lợi trợ cấp SNAP với tổng số tiền ít nhất là \$500.	Vĩnh viễn không hội đủ điều kiện.
	Nói dối về thân nhân của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để được nhận hơn một phúc lợi trợ cấp SNAP.	Không hội đủ điều kiện trong 10 năm.
TIỀN MẶT	Bỏ trốn để tránh bị truy tố, tạm giam, hoặc giam giữ do một trọng tội/tìm cách phạm trọng tội - hoặc bỏ trốn vì vi phạm lệnh tạm tha hoặc tha bổng có điều kiện.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị làm theo quy định của luật pháp.
	Không chấp hành hình phạt tòa án của quý vị, trong đó bao gồm trả tiền phạt, cho một trọng tội hoặc tội tiểu hình.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị chấp hành hình phạt.
	Nói dối về nơi quý vị cư trú để nhận tiền mặt tại ít nhất hai tiểu bang.	Không hội đủ điều kiện trong 10 năm.
	Bỏ trốn để tránh bị truy tố, tạm giam, hoặc giam giữ do bản án phạm trọng tội/tìm cách phạm trọng tội; không xuất hiện với tư cách là bị cáo trong một buổi xét xử tại tòa án hình sự khi đã được ban hành trật lệnh hoặc lệnh tới hầu tòa cho một tội, trọng tội, hoặc tội tiểu hình; bỏ trốn vì vi phạm lệnh quản chế/tha bổng có điều kiện; hoặc có bất kỳ lệnh bắt giữ nào đang có hiệu lực đối với quý vị.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị làm theo quy định của luật pháp.
Nếu quý vị bị phát hiện phạm tội gian lận hoặc vi phạm các quy chế ở trên:		<ul style="list-style-type: none"> Phạt tiền tới tối đa \$250,000 đối với trợ cấp SNAP và tới tối đa \$15,000 đối với trợ cấp tiền mặt; Phạt tù tới tối đa 20 năm đối với trợ cấp SNAP và tới tối đa bảy năm đối với trợ cấp tiền mặt; và/hoặc Hoàn trả lại các phúc lợi trợ cấp đã nhận được. Không hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp cho các giai đoạn mà chương trình quy định ở trên.
CÁC QUY CHẾ VỀ LÀM VIỆC CỦA SNAP	Đối với các thành viên gia đình – có đủ sức khỏe thể chất và tinh thần – trên 15 tuổi và dưới 60 tuổi – không được miễn hoặc có lý do chính đáng.	Không hội đủ điều kiện • Lần đầu tiên – một tháng và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu. • Lần thứ hai – ba tháng và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu. • Ba lần trở lên – sáu tháng mỗi lần và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu.
	Từ chối: • Chấp nhận một công việc. • Cho CAO biết về tình trạng làm việc và tình trạng có sẵn việc làm.	Cố ý chủ động: • Thôi việc. • Giảm giờ làm việc xuống chưa đến 30 giờ một tuần (trừ khi công việc khác đã hội đủ các điều kiện công việc).
CÁC QUY CHẾ LÀM VIỆC CỦA CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TIỀN MẶT	Cố ý không đáp ứng các yêu cầu về làm việc để nhận trợ cấp tiền mặt, như ghi trong Thỏa Thuận Trách Nhiệm Chung (AMR).	<p>Không hội đủ điều kiện</p> <p>Vi phạm lần 1 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp trong tối thiểu 30 ngày hoặc cho tới khi chấm dứt vi phạm, tùy thời gian nào dài hơn.</p> <p>Vi phạm lần 2 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp trong tối thiểu 60 ngày hoặc cho tới khi chấm dứt vi phạm, tùy thời gian nào dài hơn.</p> <p>Vi phạm lần 3 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp mãi mãi.</p> <p>Nếu lý do xử phạt diễn ra trong vòng 24 tháng đầu tiên kể từ khi nhận trợ cấp tiền mặt, cho dù liên tục hay ngắt quãng, thì việc xử phạt chỉ áp dụng với cá nhân đó.</p> <p>Nếu lý do xử phạt diễn ra sau 24 tháng kể từ khi nhận trợ cấp tiền mặt, cho dù liên tục hay ngắt quãng, thì việc xử phạt chỉ áp dụng với toàn bộ gia đình đó.</p>



Hiểu các Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký mẫu đơn này:

- Tôi hiểu rằng tiểu bang Pennsylvania nhận được thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện về Thu Nhập (IEVS) và các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có qua IVES sẽ được yêu cầu sử dụng và có thể được xác minh thông qua việc liên lạc khi cơ quan tiểu bang thấy có các thông tin mâu thuẫn, và thông tin đó có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện và mức trợ cấp của hộ gia đình. Nếu tôi khai man, che giấu, hoặc không tiết lộ các dữ kiện có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của tôi, tôi có thể phải hoàn trả lại phúc lợi trợ cấp và tôi có thể bị truy tố và không còn hội đủ điều kiện nhận một số phúc lợi trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng khi ký đơn này, tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ thông qua điện tử hoặc bất kỳ phương tiện nào khác, bất kỳ và tất cả thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định cho mục đích xác định và xác minh các nguồn lực (hay còn gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại tư cách hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đóng tài khoản và các thông tin liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận từ tổ chức tài chính, bao gồm các bản dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện liên quan tới tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tư cách hội đủ điều kiện Hỗ Trợ Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định hủy bỏ bằng cách thông báo bằng văn bản cho sở, tùy hành động nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại giấy ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc hộ gia đình của tôi không đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi hiểu sai, che giấu hoặc giữ lại các chi tiết có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể được yêu cầu hoàn trả các khoản trợ cấp của tôi và tôi có thể bị truy tố và bị loại khỏi việc nhận trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể ủy quyền một người đại diện bằng cách điền mục Người Đại Diện Được Ủy Quyền và nộp mục đó cùng với đơn xin này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ lời khai gian lận nào trong đơn xin này, ngay cả khi đơn xin được người khác nộp thay mặt cho tôi.
- Tôi nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của tôi, đã đọc hoặc nhờ người khác đọc cho nghe, và tôi hiểu các quyền và trách nhiệm đó.
- Tôi hiểu rằng thông tin ghi trong đơn xin này sẽ được giữ kín và sẽ chỉ được sử dụng để quản lý phúc lợi trợ cấp. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, thông tin tài chính và thông tin y tế để xác định tình trạng hội đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào mà tôi cần phải báo cáo sẽ phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng sau tháng có thay đổi.
 - Tôi hiểu rằng gia đình tôi có thể bị mất các lợi ích SNAP nếu một thành viên gia đình trùng số hoặc trùng cơ bực có giá trị bằng hoặc lớn hơn giới hạn nguồn SNAP dành cho hộ gia đình cao niên hoặc khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được văn bản thông báo giải thích về các phúc lợi trợ cấp nói trên. Nếu phúc lợi trợ cấp bị từ chối, thay đổi, tạm đình chỉ hoặc ngừng, văn bản thông báo sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày (90 ngày đối với phúc lợi trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm)) kể từ ngày ghi trong thông báo để yêu cầu một buổi điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định đưa ra về đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng hoàn cảnh của tôi có thể được xác minh từ hãng sô, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng những người xin trợ cấp phải cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc nộp đơn xin số An Sinh Xã Hội nếu chưa có. Số này có thể được sử dụng để xác minh thông tin trong đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng tôi phải sử dụng Thẻ Chuyển Trợ Cấp qua Mạng Điện Tử (EBT) hoặc Thẻ PAACCESS chỉ trong giai đoạn tôi hội đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ EBT hoặc PAACCESS cho người hội đủ điều kiện và chỉ được nhận các phúc lợi trợ cấp cần đến và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng các khoản tiền từ nguồn Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PAACCESS của mình để thực hiện các giao dịch EBT tại các cửa hàng bán đồ uống có cồn, casino (các sòng bài hoặc các cơ sở có đánh bạc), hoặc các địa điểm giải trí cho người lớn.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, số này có thể được sử dụng để xác minh thông tin trong đơn xin này.

- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã ghi là đúng theo hình phạt về tội khai man (tội hình sự).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế đối với một căn bệnh tồn tại từ trước. Nếu tôi tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm có điều khoản về căn bệnh tồn tại từ trước, tôi có thể được hưởng thời gian mà tôi được nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được đưa vào gói phúc lợi chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất có thể với tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải ghi danh vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng ghi danh vào một chương trình sức khỏe có thể miễn phí hoặc giá rẻ đối với tôi, bởi Sở sẽ giúp tôi chi trả phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe đó. Tôi hiểu rằng mức phí hàng tháng là mức phí theo đầu người. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận Trợ Cấp Y Tế mà tôi không hội đủ điều kiện, do sai sót, man trá, hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả Sở tất cả số tiền phí hàng tháng mà Sở đã chi trả thay cho tôi.
- Nếu tôi nhận trợ cấp tiền mặt, tôi sẽ hợp tác với các yêu cầu của chương trình thi hành lệnh chu cấp nuôi con theo sự chỉ dẫn của sở. Tôi cho phép sở và Ban Quan Hệ Gia Đình có quyền truy thu tiền mặt và/hoặc tiền chu cấp y tế cho tôi và những người khác đang được tôi nộp đơn xin.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí gia đình, tôi sẽ nhận được số tiền phúc lợi trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm) tối đa được phép. Nếu không báo cáo hoặc cung cấp các khoản chi phí gia đình, chương trình sẽ coi như là tôi xác nhận là tôi không muốn được khấu trừ cho khoản chi phí không báo cáo hoặc không chứng minh đó. (Thẩm quyền: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Cơ Quan Dịch Vụ Thực Phẩm và Dinh Dưỡng, Khu Vực Miền Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chánh 6-99, ban hành ngày 4 tháng Một, 1999).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được hưởng các khoản chi phí gia đình vào thời điểm báo cáo và cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí đó vào bất cứ lúc nào trong giai đoạn chứng nhận SNAP (phiếu thực phẩm) của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhờ văn phòng trợ cấp quận (CAO) giúp được bằng chứng về các khoản chi phí và văn phòng CAO có thể liên lạc với những người khác để kiểm tra xác nhận nếu tôi khó có được bằng chứng về bất kỳ khoản chi phí nào.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người xin trợ cấp không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ có thể hội đủ điều kiện nhận CHIP. Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép Sở Nhân Vụ cung cấp tên tôi và thông tin trong đơn xin này cho sở bảo hiểm hoặc nhà thầu CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người nộp đơn xin không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ vẫn có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn về bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép sở cung cấp tên của tôi và thông tin trong đơn xin này cho Thị Trường Bảo Hiểm.
- Gia hạn bảo hiểm sau này:** Để để xác định tình trạng hội đủ điều kiện được giúp trả bảo hiểm y tế sau này của tôi, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe sử dụng thông tin về thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ khai thuế. Thị Trường Bảo Hiểm sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào, và tôi có thể từ chối lựa chọn bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của tôi cho:
(Đánh dấu một lựa chọn):

- Năm năm tới (số năm tối đa được phép)
- Bốn năm tới
- Ba năm tới
- Hai năm tới
- Một năm tới
- Không sử dụng thông tin của tôi từ tài liệu khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.

X

Chữ Ký của Đương Đơn hoặc Người Đại Diện được Ủy Quyền

Ngày

Tên của Người Đại Diện được Ủy Quyền	Địa Chỉ của Người Đại Diện được Ủy Quyền	Số Điện Thoại

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nếu hộ gia đình của quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình SNAP/LIHEAP, quý vị có thể nhận được mẫu chấp thuận đăng ký nhanh kèm thư của chúng tôi để quý vị và các thành viên trong gia đình mình được tự động đăng ký Trợ giúp y tế.

CHỈ DÀNH CHO CAO SỬ DỤNG CAO USE ONLY	Tôi giải thích về quyền hạn và trách nhiệm của người nộp đơn. I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.
	_____ Chữ ký của CAO • CAO Signature
	_____ Ngày • Date





pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Bộ Dịch vụ Nhân sinh Bang Pennsylvania (DHS) tuân thủ theo luật hiện hành về quyền công dân liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính. DHS không loại trừ hoặc đối xử phân biệt với các đối tượng do sự khác biệt về chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật, tín ngưỡng, tôn giáo, tổ tiên, giới tính, nhận dạng hoặc biểu hiện giới tính, hoặc khuynh hướng tình dục.

DHS CUNG CẤP:

- Trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật giúp đảm bảo giao tiếp hiệu quả giữa những đối tượng này với chúng tôi, như:
 - Thông dịch viên dùng ngôn ngữ cử chỉ có chứng nhận
 - Thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác nhau (in chữ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Phiên dịch viên có chứng nhận
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với văn phòng hỗ trợ cấp hạt tại địa phương của bạn.

Nếu bạn tin rằng DHS đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính, bạn có thể nộp đơn khiếu nại tới: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA Relay Services 711, Fax (717) 772-4366, hoặc Email- RA-PWBEOAO@pa.gov. Bạn có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua đường bưu điện, fax, hoặc email. Nếu bạn cần giúp đỡ để nộp đơn khiếu nại, Văn Phòng Cơ hội Bình đẳng (Bureau of Equal Opportunity) sẽ sẵn sàng giúp đỡ bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân tới Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Công dân, bằng phương pháp điện tử qua cổng thông tin của Văn phòng Khiếu nại Nhân quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc bằng thư hoặc điện thoại theo số:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mẫu đơn khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Thành Viên Gia Đình là Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (AI/AN)

Điền phần phụ lục này nếu quý vị hoặc một thành viên gia đình là Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska. Nộp phần này cùng với Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế của quý vị. **Quý vị không cần phải điền phần phụ lục này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.**

Cho chúng tôi biết về (các) thành viên gia đình là Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska của quý vị.

Các Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ và Thổ Dân Alaska có thể được nhận dịch vụ từ Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế cho Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ, các chương trình sức khỏe của bộ tộc, hoặc các chương trình sức khỏe Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ ở thành thị. Họ cũng không bắt buộc phải trả khoản đồng trả chi phí và có thể được hưởng các giai đoạn ghi danh hàng tháng đặc biệt. Trả lời các câu hỏi sau đây để bảo đảm gia đình quý vị được nhận trợ giúp nhiều nhất ở mức có thể.

LƯU Ý: Nếu quý vị có thêm những người khác để kể đến, hãy sao chụp lại trang này và gửi kèm theo.

NGƯỜI AI/AN 1		Vui lòng Viết Bằng Chữ In Tất Cả Các Thông Tin	
Tên (tên gọi, tên đệm, tên họ):		Có phải là thành viên của một bộ tộc được liên bang công nhận không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, tên bộ tộc: _____ Cho biết: _____	
Người này có bao giờ được nhận dịch vụ từ Cơ Quan Sức Khỏe Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ, một chương trình sức khỏe của bộ tộc hoặc chương trình sức khỏe thổ dân châu mỹ da đỏ vùng đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu của một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu không, người này có hội đủ điều kiện được nhận các dịch vụ từ Cơ Quan Sức Khỏe Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ, các chương trình sức khỏe của bộ tộc hoặc chương trình sức khỏe thổ dân châu mỹ da đỏ vùng đô thị, hoặc qua sự giới thiệu của một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<p>Một phần tiền nhận được có thể không được tính cho mục đích chăm sóc sức khỏe. Ghi bất kỳ nguồn thu nhập nào (số tiền và mức độ thường xuyên nhận) đã khai trong đơn xin của quý vị, trong đó bao gồm tiền từ các nguồn sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền trả theo đầu người từ một bộ tộc, từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng cho thuê, hoặc tiền tác quyền. Các khoản tiền từ tài nguyên thiên nhiên, nông trại, trại gia súc, đánh bắt cá, hợp đồng cho thuê, hoặc tiền tác quyền vùng đất được Bộ Nội Vụ quy định là vùng đất của Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ (bao gồm cả các khu bảo tồn và các khu bảo tồn cũ). Tiền từ việc bán những vật dụng có giá trị văn hóa. 		<p>\$ _____</p> <p>Bao lâu nhận một lần? _____</p>	

NGƯỜI AI/AN 2		Vui lòng Viết Bằng Chữ In Tất Cả Các Thông Tin	
Tên (tên gọi, tên đệm, tên họ):		Có phải là thành viên của một bộ tộc được liên bang công nhận không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, tên bộ tộc: _____ Cho biết: _____	
Người này có bao giờ được nhận dịch vụ từ Cơ Quan Sức Khỏe Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ, một chương trình sức khỏe của bộ tộc hoặc chương trình sức khỏe thổ dân châu mỹ da đỏ vùng đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu của một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu không, người này có hội đủ điều kiện được nhận các dịch vụ từ Cơ Quan Sức Khỏe Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ, các chương trình sức khỏe của bộ tộc hoặc chương trình sức khỏe thổ dân châu mỹ da đỏ vùng đô thị, hoặc qua sự giới thiệu của một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<p>Một phần tiền nhận được có thể không được tính cho mục đích chăm sóc sức khỏe. Ghi bất kỳ nguồn thu nhập nào (số tiền và mức độ thường xuyên nhận) đã khai trong đơn xin của quý vị, trong đó bao gồm tiền từ các nguồn sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền trả theo đầu người từ một bộ tộc, từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng cho thuê, hoặc tiền tác quyền. Các khoản tiền từ tài nguyên thiên nhiên, nông trại, trại gia súc, đánh bắt cá, hợp đồng cho thuê, hoặc tiền tác quyền vùng đất được Bộ Nội Vụ quy định là vùng đất của Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ (bao gồm cả các khu bảo tồn và các khu bảo tồn cũ). Tiền từ việc bán những vật dụng có giá trị văn hóa. 		<p>\$ _____</p> <p>Bao lâu nhận một lần? _____</p>	






Bảo Hiểm Sức Khỏe từ Việc Làm

Cho chúng tôi biết về công việc có bảo hiểm sức khỏe. Quý vị **KHÔNG** cần phải trả lời các câu hỏi này trừ khi trong gia đình có người hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe qua công việc. **Quý vị không cần phải điền phần phụ lục này nếu quý vị chỉ xin trợ cấp SNAP.**

Ghi tên và số An Sinh Xã Hội của quý vị trong mục Thông Tin Nhân Viên. Quý vị có thể cần phải nhờ hãng sở của quý vị giúp điền mục Thông Tin về Chủ lao động. Nếu quý vị không thể có được thông tin này kịp thời từ hãng sở của quý vị, hoặc nếu quý vị cảm thấy việc điền mục này sẽ làm trì hoãn việc bắt đầu đơn xin của quý vị, quý vị có thể nộp đơn xin mà không có Phụ Lục B.

Gửi kèm theo một bản sao của trang này cho mỗi công việc cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

THÔNG TIN VỀ NHÂN VIÊN		
Tên nhân viên (tên gọi, tên đệm, tên họ):		Số An Sinh Xã Hội:
THÔNG TIN VỀ CHỦ LAO ĐỘNG		
Tên Chủ Lao Động:		Số ID Chủ Lao Động (EIN):
Địa chỉ chủ lao động (bao gồm địa chỉ đường phố, số nhà, thành phố, tiểu bang, và số Zip Code +4):		Số điện thoại của chủ lao động: ()
Chúng tôi có thể liên lạc với ai để hỏi về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên trong công việc này? 	Số điện thoại (nếu khác với ở trên): ()	Địa chỉ email:
Nhân viên hiện có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm cung cấp qua hãng sở này không, hoặc nhân viên sẽ hội đủ điều kiện trong ba tháng tới không? <input type="checkbox"/> Có (tiếp tục) Nếu nhân viên hiện không hội đủ điều kiện, kể cả là do giai đoạn chờ đợi hoặc giai đoạn thử thách, khi nào nhân viên sẽ hội đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm? _____ <input type="checkbox"/> Không (DỪNG LẠI và trả lại mẫu điền này cho nhân viên)		
Cho chúng tôi biết về chương trình sức khỏe mà chủ lao động này cung cấp. Chủ lao động có cung cấp một chương trình sức khỏe dài hạn cho vợ/chồng hoặc (những) người phụ thuộc của nhân viên không? <input type="checkbox"/> Có. Những người nào: <input type="checkbox"/> Vợ (chồng) <input type="checkbox"/> (Những) người phụ thuộc <input type="checkbox"/> Không (tới câu hỏi tiếp theo)		
Chủ lao động này có cung cấp một chương trình sức khỏe đáp ứng được tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu không? * <input type="checkbox"/> Có (tới câu hỏi tiếp theo) <input type="checkbox"/> Không (DỪNG LẠI và trả lại mẫu điền này cho nhân viên)		
Đối với chương trình có mức chi phí thấp nhất hội đủ tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu* chỉ dành cho nhân viên (không bao gồm các chương trình bảo hiểm gia đình): Nếu hãng sở có các chương trình giữ gìn sức khỏe, cung cấp mức lệ phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên đó được hưởng mức giảm giá tối đa cho bất kỳ chương trình cai nghiện thuốc lá nào, và không được hưởng bất kỳ khoản giảm giá nào khác dựa trên các chương trình giữ gìn sức khỏe. Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu tiền lệ phí bảo hiểm cho chương trình này? \$ _____ Thường xuyên như thế nào? <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"/> Ba tháng một lần <input type="checkbox"/> Hàng năm		
Nếu chương trình của quý vị sẽ sớm kết thúc và quý vị biết rằng các chương trình sức khỏe cung cấp sẽ thay đổi, hãy tới câu hỏi tiếp theo. Nếu quý vị không biết, DỪNG LẠI và trả lại mẫu điền này cho nhân viên.		
Chủ lao động sẽ có những thay đổi gì đối với năm chương trình mới? <input type="checkbox"/> Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="checkbox"/> Chủ lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi lệ phí bảo hiểm cho chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên, và hội đủ tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu.* (Lệ phí bảo hiểm sẽ tính đến cả mức giảm giá cho các chương trình giữ gìn sức khỏe. Xem câu hỏi ở trên.) Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu tiền lệ phí bảo hiểm cho chương trình này? \$ _____ Thường xuyên như thế nào? <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"/> Ba tháng một lần <input type="checkbox"/> Hàng năm Ngày thay đổi: (mm/dd/yyyy) _____		

*Một chương trình bảo hiểm sức khỏe do hãng sở dài hạn hội đủ "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu mức chia sẻ của chương trình đó trong tổng chi phí quyền lợi bảo hiểm được phép mà chương trình bao trả không thấp hơn 60 phần trăm các chi phí đó (Mục 36B(C)(2)(C)(ii) của Bộ Luật Thuế Vụ ban hành năm 1986).





Các Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Đọc về các quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Cơ quan này không được phép phân biệt đối xử vì lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi, giới tính, và trong một số trường hợp quan điểm chính trị hoặc quan điểm tôn giáo.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi, quan điểm chính trị hoặc việc trả đũa hoặc trả thù vì trước đó đã có hoạt động liên quan đến dân quyền trong bất kỳ chương trình hay hoạt động nào được USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Những người khuyết tật cần các phương tiện giao tiếp khác để tiếp nhận thông tin chương trình (chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ra Dấu Hoa Kỳ, v.v.), nên liên lạc với Cơ Quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ xin trợ cấp. Những người điếc, lạng tai hoặc bị khuyết tật về nói có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang (Federal Relay Service) tại số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh.

Để nộp khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến chương trình, điền Mẫu Đơn Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình của USDA, (AD-3027), có trên mạng trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA, hoặc viết thư gửi cho USDA và trong thư cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn này. Để lấy một bản mẫu đơn khiếu nại, vui lòng gọi (866) 632-9992. Nộp mẫu đơn khiếu nại hoặc thư khiếu nại của quý vị cho USDA qua:

- (1) thư bưu điện: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) số fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Đối với bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến các Vấn Đề về Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị nên liên lạc với Đường Dây Khẩn về SNAP của USDA tại số (800) 221-5689, cũng có đường dây tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi các số điện thoại của Đường Dây Khẩn/Đường Dây Thông Tin của Tiểu Bang (bấm vào đường liên kết để biết danh sách các số điện thoại đường dây khẩn của Tiểu Bang); có trên mạng trực tuyến tại http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình được nhận trợ cấp tài chính của Liên Bang qua Bộ Sức Khỏe và Nhân Vụ (HHS) Hoa Kỳ, vui lòng gửi thư đến: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi số (202) 619-0403 (tiếng nói) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Cơ quan này cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT THÔNG TIN

Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin của quý vị. Thông tin sẽ chỉ được sử dụng để quyết định những chương trình quý vị có thể hội đủ điều kiện. Khi được yêu cầu, văn phòng trợ cấp quận (CAO) phải cung cấp cho các viên chức thi hành luật pháp của liên bang, tiểu bang và địa phương thông tin về địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và hình chụp (nếu có) của một người đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc tạm giam vì phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh tạm tha hoặc tha bổng có quản chế. Bất kỳ ai cố ý vi phạm bất kỳ nguyên tắc và quy chế nào của cơ quan này sẽ bị coi là phạm tội tiểu hình, và sau khi bị kết án sẽ bị phạt tiền, tới tối đa một trăm đô la (\$100), hoặc bị phạt tù, tới tối đa sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản cho quý vị, trong đó giải thích về các phúc lợi trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm đình chỉ hoặc ngừng phúc lợi trợ cấp, chúng tôi sẽ gửi văn bản giải thích lý do. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với phúc lợi Trợ Cấp Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo này qua đường bưu điện để xin một buổi điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu một buổi điều trần với Sở Nhân Vụ (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị tin rằng quyết định đó là không công bằng hoặc không đúng, hoặc nếu DHS không giải quyết đơn xin phúc lợi trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp kháng cáo tại CAO. Nếu quý vị kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một buổi gặp với cơ quan trước buổi điều trần. Nếu quý vị kháng cáo liên quan đến phúc lợi trợ cấp SNAP được giải quyết nhanh, quý vị có quyền có buổi gặp này với một nhân viên giám sát trong vòng hai ngày làm việc. Tại buổi điều trần, quý vị có thể tự đại diện, hoặc có người khác đại diện, chẳng hạn như luật sư, bạn bè, hoặc họ hàng thân thích.

QUYỀN TUYÊN BỐ CÓ LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc phúc lợi Trợ Cấp Y Tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác để xác định mối quan hệ cha con và yêu cầu chu cấp. Quý vị có thể được miễn các yêu cầu này nếu quý vị chứng minh rằng yêu cầu đó có thể gây nguy hiểm cho quý vị và/hoặc các con của quý vị. Trường hợp này được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi được miễn vì có lý do chính đáng, quý vị sẽ phải đáp ứng được các điều kiện về việc làm và huấn luyện. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng được các điều kiện về báo cáo hai lần một năm trừ khi được thấy là có lý do chính đáng.

QUYỀN CÓ GIẤY CHỨNG NHẬN VỀ BẢO HIỂM HỢP LỆ

Luật Liên Bang giới hạn những trường hợp có thể từ chối hoặc giới hạn bảo hiểm sức khỏe đối với một chứng bệnh tồn tại từ trước. Nếu quý vị ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm không bao trả chi phí điều trị cho một chứng bệnh mà quý vị hiện đã có từ trước, quý vị có thể được tính thời gian mà quý vị được nhận bảo hiểm Trợ Cấp Y Tế. Việc này có thể giúp quý vị có được bảo hiểm. Liên lạc với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để yêu cầu cấp giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin chính xác, trung thực và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh thông tin mà quý vị cung cấp. Phúc lợi trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp một số bằng chứng. Nếu quý vị không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên đề nghị CAO giúp quý vị có được bằng chứng đó. Nếu quý vị được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra liên lạc, quý vị phải hợp tác đầy đủ với các điều tra viên hoặc những người đó. Nếu quý vị đã trên 55 tuổi và được nhận Trợ Cấp Y Tế để trang trải các chi phí tại cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ miễn trừ tại gia và tại cộng đồng, và bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc theo toa liên quan nào khác, quý vị có thể cần phải hoàn trả chi phí của các dịch vụ này bằng tài sản thừa kế qua di chúc của quý vị. Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký một bản thỏa thuận đồng ý hoàn trả phúc lợi trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với trợ cấp tiền mặt, trợ cấp chăm sóc sức khỏe và/hoặc SNAP, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người đang được quý vị nộp đơn xin. Nếu quý vị không có SSN, quý vị phải nộp đơn xin số này. Nếu không cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN), quý vị có thể không được nhận phúc lợi trợ cấp. Đối với trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể đề nghị cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai có thu nhập hoặc nguồn tài sản có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện hoặc số tiền phúc lợi trợ cấp của quý vị. SSN của quý vị sẽ được sử dụng để nhận dạng, để đối chiếu trên máy tính nhằm xác minh thu nhập và nguồn tài sản, và để tránh tình trạng nhận phúc lợi trợ cấp tiểu bang và liên bang trùng lặp. Một ngoại lệ khi nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp không cần phải cung cấp số SSN. (42 U.S.C. 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS HỢP LỆ

Sau khi quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp, quý vị sẽ được cấp một thẻ PA ACCESS. Chỉ được phép sử dụng thẻ này cho người hội đủ điều kiện và chỉ sử dụng trong giai đoạn hội đủ điều kiện. Quý vị chỉ có thể sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO THAY ĐỔI

Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp, quý vị sẽ cần phải báo cáo các thay đổi về hoàn cảnh gia đình của quý vị cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc cho nhân viên Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng. Những loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm người rời khỏi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, nếu ai đó thất nghiệp, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc có sự thay đổi với thu nhập và tiền trúng xổ số và đánh bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ cung cấp thông tin chi tiết dựa trên chương trình và các phúc lợi trợ cấp mà quý vị hội đủ điều kiện được nhận. Nếu không báo cáo các thay đổi theo các quy định của chương trình, quý vị có thể bị mất phúc lợi trợ cấp, bị phạt hoặc kết án dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO bằng cách đích thân tới văn phòng, báo cáo qua điện thoại, fax, thư bưu điện hoặc qua một tài khoản COMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng tại số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất cứ lúc nào.

PHẦN TRÌNH BÀY VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ THÔNG TIN RIÊNG TƯ

(i) Việc thu thập thông tin này, bao gồm cả số An Sinh Xã Hội (SSN) của mỗi thành viên trong hộ gia đình là được phép theo Đạo Luật Thực phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, bản tu chính, 7 U.S.C. 2011-2036d. Thông tin đó sẽ được sử dụng để quyết định hộ gia đình của quý vị có hội đủ điều kiện hoặc tiếp tục hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình SNAP hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này qua các chương trình đối chiếu trên máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc chấp hành các quy chế của chương trình và để quản lý chương trình.

(ii) Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan khác của Liên Bang và Tiểu Bang để thanh tra chính thức, và cho các viên chức thi hành luật pháp để bắt giữ những người trốn tránh pháp luật.

(iii) Nếu có một khiếu nại về SNAP đối với hộ gia đình quý vị, thông tin trong đơn xin này, bao gồm tất cả các SSN, có thể được chuyển cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các cơ quan truy thu nợ tư nhân, để truy thu nợ.

(iv) Việc cung cấp các thông tin được yêu cầu, bao gồm cả SSN cho mỗi thành viên gia đình, là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không cung cấp SSN, quý vị sẽ bị từ chối phúc lợi trợ cấp SNAP cho mỗi người không cung cấp SSN. Bất kỳ số SSN nào cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách thức tương tự như SSN của các thành viên gia đình hội đủ điều kiện.



Các Quy Định Cấm và Mức Phạt Đọc về các trách nhiệm của quý vị:

NEU TRUONG HOP NAY XAY RA MA KHONG CO LY DO CHINH ĐANG		SẾ DẪN ĐẾN HỆ LỤY (MỨC PHẠT)
TẤT CẢ CÁC QUYỀN PHÚC LỢI TRỢ CẤP SNAP TIỀN MẶT CHĂM SÓC SỨC KHỎE	Sử dụng sai mục đích Thẻ Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử (EBT) hoặc Thẻ PAACCESS.	Phạt tiền, phạt tù, hoặc cả hai.
	Không báo cáo các thay đổi, theo yêu cầu.	Cắt giảm hoặc chấm dứt trợ cấp.
	Cố ý cung cấp thông tin giả mạo, không đúng hoặc không đầy đủ, hoặc không báo cáo các thay đổi.	Phạt tiền, loại ra khỏi chương trình và/hoặc phạt tù đối với trường hợp Gian Lận Trợ Cấp, không hội đủ điều kiện có các buổi điều trần hành chính. Không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tiền mặt: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – 6 tháng. Lần thứ hai – 12 tháng. Lần thứ ba – vĩnh viễn. Không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – 12 tháng. Lần thứ hai – 24 tháng. Lần thứ ba – vĩnh viễn.
Trao đổi, bán hoặc tìm cách trao đổi, mua, bán, hoặc sử dụng Thẻ ACCESS của người khác.	Không hội đủ điều kiện <ul style="list-style-type: none"> Tất cả các bản án do tòa án kết án – 12 tháng. 	
SNAP	Cố ý sử dụng sai mục đích phúc lợi trợ cấp SNAP, chẳng hạn như trao đổi, mua bán Thẻ EBT hoặc phúc lợi trợ cấp SNAP; chuyển đổi phúc lợi trợ cấp; hoặc vứt bỏ các hộp đựng mua bằng phúc lợi trợ cấp SNAP để nhận tiền đặt cọc - hoặc mua những thứ không được SNAP đài thọ, chẳng hạn như rượu bia hoặc thuốc lá - hoặc sử dụng phúc lợi trợ cấp SNAP để trả cho các đồ ăn đã nhận được hoặc đồ ăn mua nợ.	Không hội đủ điều kiện: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – 12 tháng. Lần thứ hai – 24 tháng. Lần thứ ba – vĩnh viễn. Lần đầu tiên bị tòa án kết tội hơn \$500 – vĩnh viễn.
	Mua một sản phẩm bằng phúc lợi trợ cấp SNAP với ý định có được tiền mặt hoặc để đổi lấy thứ khác không phải là thực phẩm hội đủ điều kiện bằng cách bán lại sản phẩm đó để đổi lấy tiền mặt hoặc đổi lấy thứ khác không phải là các loại thực phẩm hội đủ điều kiện.	Không hội đủ điều kiện: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – 24 tháng. Lần thứ hai – vĩnh viễn.
	Cố ý mua các sản phẩm ban đầu mua bằng phúc lợi trợ cấp SNAP để đổi lấy tiền mặt hoặc thứ khác không phải là các loại thực phẩm hội đủ điều kiện.	Không hội đủ điều kiện: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – 24 tháng. Lần thứ hai – vĩnh viễn.
	Sử dụng/nhận phúc lợi trợ cấp SNAP để mua thuốc kích thích hoặc các chất bị kiểm soát.	Lần đầu tiên – vĩnh viễn không hội đủ điều kiện.
	Sử dụng/nhận phúc lợi trợ cấp SNAP để bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ.	Vĩnh viễn không hội đủ điều kiện.
	Bị kết tội mua bán hoặc trao đổi phúc lợi trợ cấp SNAP với tổng số tiền ít nhất là \$500.	Không hội đủ điều kiện trong 10 năm.
	Nói dối về thân nhân của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để được nhận hơn một phúc lợi trợ cấp SNAP.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị làm theo quy định của luật pháp.
TIỀN MẶT	Bỏ trốn để tránh bị truy tố, tạm giam, hoặc giam giữ do một trọng tội/tìm cách phạm trọng tội - hoặc bỏ trốn vì vi phạm lệnh tạm tha hoặc tha bổng có điều kiện.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị làm theo quy định của luật pháp.
	Không chấp hành hình phạt tòa án của quý vị, trong đó bao gồm trả tiền phạt, cho một trọng tội hoặc tội tiểu hình.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị chấp hành hình phạt.
	Nói dối về nơi quý vị cư trú để nhận tiền mặt tại ít nhất hai tiểu bang.	Không hội đủ điều kiện cho đến khi quý vị làm theo quy định của luật pháp.
Nếu quý vị bị phát hiện phạm tội gian lận hoặc vi phạm các quy chế ở trên:		<ul style="list-style-type: none"> Phạt tiền tới tối đa \$250,000 đối với trợ cấp SNAP và tới tối đa \$15,000 đối với trợ cấp tiền mặt; Phạt tù tới tối đa 20 năm đối với trợ cấp SNAP và tới tối đa bảy năm đối với trợ cấp tiền mặt; và/hoặc Hoàn trả lại các phúc lợi trợ cấp đã nhận được. Không hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp cho các giai đoạn mà chương trình quy định ở trên.
CÁC QUY CHẾ VỀ LÀM VIỆC CỦA SNAP	Đối với các thành viên gia đình – có đủ sức khỏe thể chất và tinh thần – trên 15 tuổi và dưới 60 tuổi – không được miễn hoặc có lý do chính đáng.	Không hội đủ điều kiện <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu tiên – một tháng và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu. Lần thứ hai – ba tháng và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu. Ba lần trở lên – sáu tháng mỗi lần và cho đến khi quý vị làm theo yêu cầu.
	Từ chối: <ul style="list-style-type: none"> Chấp nhận một công việc. Cho CAO biết về tình trạng làm việc và tình trạng có sẵn việc làm. 	Cố ý chủ động: <ul style="list-style-type: none"> Thôi việc. Giảm giờ làm việc xuống chưa đến 30 giờ một tuần (trừ khi công việc khác đã hội đủ các điều kiện công việc).
CÁC QUY CHẾ LÀM VIỆC CỦA CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TIỀN MẶT	Cố ý không đáp ứng các yêu cầu về làm việc để nhận trợ cấp tiền mặt, như ghi trong Thỏa Thuận Trách Nhiệm Chung (AMR).	Không hội đủ điều kiện
		<p>Vi phạm lần 1 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp trong tối thiểu 30 ngày hoặc cho tới khi chấm dứt vi phạm, tùy thời gian nào dài hơn.</p> <p>Vi phạm lần 2 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp trong tối thiểu 60 ngày hoặc cho tới khi chấm dứt vi phạm, tùy thời gian nào dài hơn.</p> <p>Vi phạm lần 3 – Quý vị sẽ bị cắt trợ cấp mãi mãi.</p> <p>Nếu lý do xử phạt diễn ra trong vòng 24 tháng đầu tiên kể từ khi nhận trợ cấp tiền mặt, cho dù liên tục hay ngắt quãng, thì việc xử phạt chỉ áp dụng với cá nhân đó.</p> <p>Nếu lý do xử phạt diễn ra sau 24 tháng kể từ khi nhận trợ cấp tiền mặt, cho dù liên tục hay ngắt quãng, thì việc xử phạt chỉ áp dụng với toàn bộ gia đình đó.</p>



Hiểu các Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký mẫu đơn này:

- Tôi hiểu rằng tiểu bang Pennsylvania nhận được thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện về Thu Nhập (IEVS) và các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có qua IVES sẽ được yêu cầu sử dụng và có thể được xác minh thông qua việc liên lạc khi cơ quan tiểu bang thấy có các thông tin mâu thuẫn, và thông tin đó có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện và mức trợ cấp của hộ gia đình. Nếu tôi khai man, che giấu, hoặc không tiết lộ các dữ kiện có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của tôi, tôi có thể phải hoàn trả lại phúc lợi trợ cấp và tôi có thể bị truy tố và không còn hội đủ điều kiện nhận một số phúc lợi trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng khi ký đơn này, tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ thông tin qua điện tử hoặc bất kỳ phương tiện nào khác, bất kỳ và tất cả thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định cho mục đích xác định và xác minh các nguồn lực (hay còn gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại tư cách hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đóng tài khoản và các thông tin liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận từ tổ chức tài chính, bao gồm các bản dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện liên quan tới tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tư cách hội đủ điều kiện Hỗ Trợ Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định hủy bỏ bằng cách thông báo bằng văn bản cho sở, tùy hành động nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại giấy ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc hộ gia đình của tôi không đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi hiểu sai, che giấu hoặc giữ lại các chi tiết có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể được yêu cầu hoàn trả các khoản trợ cấp của tôi và tôi có thể bị truy tố và bị loại khỏi việc nhận trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể ủy quyền một người đại diện bằng cách điền mục Người Đại Diện Được Ủy Quyền và nộp mục đó cùng với đơn xin này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ lời khai gian lận nào trong đơn xin này, ngay cả khi đơn xin được người khác nộp thay mặt cho tôi.
- Tôi nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của tôi, đã đọc hoặc nhờ người khác đọc cho nghe, và tôi hiểu các quyền và trách nhiệm đó.
- Tôi hiểu rằng thông tin ghi trong đơn xin này sẽ được giữ kín và sẽ chỉ được sử dụng để quản lý phúc lợi trợ cấp. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, thông tin tài chính và thông tin y tế để xác định tình trạng hội đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào mà tôi cần phải báo cáo sẽ phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng sau tháng có thay đổi.
 - Tôi hiểu rằng gia đình tôi có thể bị mất các lợi ích SNAP nếu một thành viên gia đình trùng số hoặc trùng cờ bạc có giá trị bằng hoặc lớn hơn giới hạn nguồn SNAP dành cho hộ gia đình cao niên hoặc khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được văn bản thông báo giải thích về các phúc lợi trợ cấp nói trên. Nếu phúc lợi trợ cấp bị từ chối, thay đổi, tạm đình chỉ hoặc ngừng, văn bản thông báo sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày (90 ngày đối với phúc lợi trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm)) kể từ ngày ghi trong thông báo để yêu cầu một buổi điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định đưa ra về đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng hoàn cảnh của tôi có thể được xác minh từ hãng sô, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng những người xin trợ cấp phải cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc nộp đơn xin số An Sinh Xã Hội nếu chưa có. Số này có thể được sử dụng để xác minh thông tin trong đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng tôi phải sử dụng Thẻ Chuyển Trợ Cấp qua Mạng Điện Tử (EBT) hoặc Thẻ PA ACCESS chỉ trong giai đoạn tôi hội đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ EBT hoặc PA ACCESS cho người hội đủ điều kiện và chỉ được nhận các phúc lợi trợ cấp cần đến và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng các khoản tiền từ nguồn Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PA ACCESS của mình để thực hiện các giao dịch EBT tại các cửa hàng bán đồ uống có cồn, casino (các sòng bài hoặc các cơ sở có đánh bạc), hoặc các địa điểm giải trí cho người lớn.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, số này có thể được sử dụng để xác minh thông tin trong đơn xin này.

- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã ghi là đúng theo hình phạt về tội khai man (tội hình sự).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế đối với một căn bệnh tồn tại từ trước. Nếu tôi tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm có điều khoản về căn bệnh tồn tại từ trước, tôi có thể được hưởng thời gian mà tôi được nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được đưa vào gói phúc lợi chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất có thể với tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải ghi danh vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng ghi danh vào một chương trình sức khỏe có thể miễn phí hoặc giá rẻ đối với tôi, bởi Sở sẽ giúp tôi chi trả phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe đó. Tôi hiểu rằng mức phí hàng tháng là mức phí theo đầu người. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận Trợ Cấp Y Tế mà tôi không hội đủ điều kiện, do sai sót, man trá, hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả Sở tất cả số tiền phí hàng tháng mà Sở đã chi trả thay cho tôi.
- Nếu tôi nhận trợ cấp tiền mặt, tôi sẽ hợp tác với các yêu cầu của chương trình thi hành lệnh chu cấp nuôi con theo sự chỉ dẫn của sở. Tôi cho phép sở và Ban Quan Hệ Gia Đình có quyền truy thu tiền mặt và/hoặc tiền chu cấp y tế cho tôi và những người khác đang được tôi nộp đơn xin.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí gia đình, tôi sẽ nhận được số tiền phúc lợi trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm) tối đa được phép. Nếu không báo cáo hoặc cung cấp các khoản chi phí gia đình, chương trình sẽ coi như là tôi xác nhận là tôi không muốn được khấu trừ cho khoản chi phí không báo cáo hoặc không chứng minh đó. (Thẩm quyền: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Cơ Quan Dịch Vụ Thực Phẩm và Dinh Dưỡng, Khu Vực Miền Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chánh 6-99, ban hành ngày 4 tháng Một, 1999).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được hưởng các khoản chi phí gia đình vào thời điểm báo cáo và cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí đó vào bất cứ lúc nào trong giai đoạn chứng nhận SNAP (phiếu thực phẩm) của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhờ văn phòng trợ cấp quận (CAO) giúp đỡ được bằng chứng về các khoản chi phí và văn phòng CAO có thể liên lạc với những người khác để kiểm tra xác nhận nếu tôi khó có được bằng chứng về bất kỳ khoản chi phí nào.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người xin trợ cấp không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ có thể hội đủ điều kiện nhận CHIP. Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép Sở Nhân Vụ cung cấp tên tôi và thông tin trong đơn xin này cho sở bảo hiểm hoặc nhà thầu CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người nộp đơn xin không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ vẫn có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn về bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép sở cung cấp tên của tôi và thông tin trong đơn xin này cho Thị Trường Bảo Hiểm.
- Gia hạn bảo hiểm sau này:** Để để xác định tình trạng hội đủ điều kiện được giúp trả bảo hiểm y tế sau này của tôi, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe sử dụng thông tin về thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ khai thuế. Thị Trường Bảo Hiểm sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào, và tôi có thể từ chối lựa chọn bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của tôi cho:
(Đánh dấu một lựa chọn):

- Năm năm tới (số năm tối đa được phép)
- Bốn năm tới
- Ba năm tới
- Hai năm tới
- Một năm tới
- Không sử dụng thông tin của tôi từ tài liệu khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.



THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC NHỮNG THÔNG TIN Y TẾ VỀ BẠN CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ CÁCH THỨC BẠN CÓ THỂ TIẾP CẬN NHỮNG THÔNG TIN NÀY. HÃY ĐỌC THẬT KỸ PHẦN NÀY

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译, 请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សភាពសម្ងាត់នូវព័ត៌មានពេទ្យរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រ ឬសូមពាក់ព័ន្ធការពិបាកណាមួយដើម្បីរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសាខ្មែរនិងអង់គ្លេសនឹងត្រូវផ្តល់ឱ្យឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

Bộ Dịch vụ Nhân sinh (DHS) cung cấp và chi trả nhiều loại phúc lợi và các dịch vụ xã hội. Chúng tôi cũng xác định tính đủ điều kiện của cá nhân để nhận phúc lợi và dịch vụ. Để làm được những điều này, chúng tôi phải thu thập thông tin cá nhân và thông tin về sức khỏe của bạn và/hoặc gia đình bạn. Thông tin chúng tôi thu thập về bạn và / hoặc gia đình bạn là thông tin riêng tư. Chúng tôi gọi thông tin này là “thông tin y tế được bảo vệ.”

DHS không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về sức khỏe của Bộ trừ khi luật pháp cho phép hoặc yêu cầu. DHS được yêu cầu bởi pháp luật phải đảm bảo sự riêng tư của thông tin y tế được bảo vệ, cung cấp cho cá nhân thông báo về các nghĩa vụ pháp lý và các thực hành giữ quyền riêng tư của Bộ liên quan đến thông tin y tế được bảo vệ, và thông báo cho cá nhân bị ảnh hưởng trong trường hợp vi phạm thông tin y tế được bảo vệ không an toàn. DHS phải tuân thủ các luật áp dụng đến bảo vệ sự riêng tư đối với thông tin y tế được bảo vệ của bạn, bao gồm các quy tắc của Luật về Quy tắc bảo mật Bảo hiểm Y tế và Trách nhiệm (HIPAA). Theo HIPAA, các cơ quan hỗ trợ y tế và một số kế hoạch y tế và nhà cung cấp chăm sóc y tế là những đơn vị phải tuân thủ theo HIPAA. Các luật khác có thể áp dụng bao gồm các quy tắc liên quan đến thông tin bảo mật về Trợ cấp y tế, các lợi ích khác, sức khỏe hành vi, lạm dụng chất gây nghiện/điều trị và HIV/AIDS. Khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ, chúng tôi phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để giới hạn việc sử dụng hoặc tiết lộ đến mức tối thiểu cần thiết để đạt được mục đích dự định. Thông báo này giải thích quyền được bảo mật thông tin y tế của bạn và cách thức chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin đó. Để biết thêm thông tin về các nguyên tắc bảo mật của DHS, hoặc để nhận bản sao của thông báo này, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Để biết thông tin về cách liên hệ với chúng tôi, hãy xem phần “Câu hỏi hoặc Khiếu nại” ở trang cuối của thông báo này.

Chúng tôi được pháp luật yêu cầu phải tuân theo các điều khoản của thông báo này. Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi các điều khoản của thông báo này và để các điều khoản thông báo mới có hiệu quả cho tất cả các thông tin y tế được bảo vệ mà chúng tôi duy trì. Nếu chúng tôi thực hiện một thay đổi quan trọng đối với chính sách hoặc quy trình bảo mật của chúng tôi, chúng tôi sẽ đăng bản sao của thông báo trên website của chúng tôi và/hoặc cung cấp cho bạn một thông báo về quyền riêng tư qua thư hoặc trực tiếp. Bạn có thể yêu cầu và nhận bản sao của thông báo này bất kỳ lúc nào.

Thông tin y tế được bảo vệ là gì?

Thông tin y tế được bảo vệ là thông tin về bạn liên quan đến tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tinh thần trong quá khứ, hiện tại và tương lai, điều trị hoặc thanh toán tiền điều trị và những thông tin có thể được sử dụng để xác định bạn. Thông tin này bao gồm bất kỳ thông tin nào, dù bằng lời nói hoặc bằng văn bản dưới bất kỳ hình thức nào, được tạo ra hoặc nhận bởi DHS hoặc những người và những tổ chức có hợp đồng với DHS. Những thông tin này bao gồm thông tin điện tử và thông tin dưới bất kỳ hình thức hoặc phương tiện nào khác có thể xác định bạn, ví dụ:

- Tên của bạn (hoặc tên của con bạn)
- Địa chỉ nhà
- Ngày sinh
- Ngày xuất viện/ngày nhập viện
- Mã chẩn đoán
- Số điện thoại
- Số hồ sơ DHS
- Số an sinh xã hội
- Mã quy trình y tế

Ai thấy và chia sẻ thông tin y tế của tôi?

Các chuyên gia của DHS (như các nhân viên phụ trách, nhân viên của văn phòng hỗ trợ cấp hạt (CAO) và của chương trình) và những người bên ngoài DHS (như các nhà thầu, và các nhân viên của Tổ chức duy trì sức khỏe (HMO), y tá, bác sĩ, chuyên gia trị liệu, nhân viên xã hội và các quản trị viên) có thể xem và sử dụng thông tin về sức khỏe để xác định tình trạng đủ điều kiện nhận trợ cấp, điều trị, thanh toán hoặc vì các lý do yêu cầu hoặc cho phép khác. Chia sẻ thông tin y tế của bạn có thể liên quan đến các dịch vụ và lợi ích mà bạn đã có trước đây, hiện tại, hoặc có thể nhận được sau đó. DHS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin di truyền về bạn khi quyết định xem bạn có đủ điều kiện để hưởng dịch vụ hỗ trợ y tế (Medicaid) hay không.

Tại sao thông tin y tế được bảo vệ của tôi được DHS sử dụng và tiết lộ?

Có nhiều lý do khác nhau tại sao chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ của bạn. Luật pháp quy định rằng chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin mà không có sự đồng ý hoặc cho phép của bạn vì những lý do được mô tả dưới đây.

Để điều trị: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin để bạn có thể nhận được điều trị hoặc dịch vụ y tế. Ví dụ, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin mà bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà trị liệu cần biết để cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc có chất lượng và phối hợp điều trị với những người khác giúp đỡ chăm sóc của bạn.

Để thanh toán: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin để thanh toán cho việc điều trị và các dịch vụ khác của bạn. Ví dụ: chúng tôi có thể trao đổi thông tin của bạn với bác sĩ, bệnh viện, nhà điều dưỡng hoặc cơ quan chính phủ để thanh toán các hóa đơn điều trị và dịch vụ của bạn.

Để điều hành các chương trình của chúng tôi: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin trong quá trình kinh doanh thông thường khi chúng tôi quản lý các chương trình của Bộ. Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của bạn để liên lạc với bạn để cung cấp thông tin về các cuộc hẹn, thông tin liên quan đến sức khỏe, lợi ích và dịch vụ. Chúng tôi cũng có thể xem xét thông tin chúng tôi nhận được từ bác sĩ, bệnh viện, nhà điều dưỡng và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác để biết các chương trình của chúng tôi đang hoạt động như thế nào hoặc để xem xét nhu cầu và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho bạn và/hoặc gia đình bạn.

Cho các hoạt động y tế công cộng: Chúng tôi báo cáo thông tin y tế công cộng cho các cơ quan chính phủ liên quan đến những vấn đề như bệnh truyền nhiễm, thông tin tiêm chủng và theo dõi một số bệnh như ung thư.

Cho thực thi pháp luật và theo yêu cầu của quy trình pháp luật: Chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin cho cảnh sát hoặc các cơ quan thực thi pháp luật khác theo yêu cầu của lệnh tòa.

Cho các chương trình của chính phủ: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho nhà cung cấp, cơ quan chính phủ hoặc tổ chức khác cần biết liệu bạn có tham gia vào một trong các chương trình của chúng tôi hoặc nhận trợ cấp theo các chương trình khác như Chương trình trợ cấp lao động.

Vi an ninh quốc gia: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin theo yêu cầu của chính phủ liên bang khi họ đang điều tra một điều quan trọng để bảo vệ đất nước.

Vi Sức khỏe và an toàn công cộng: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin để ngăn chặn các mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe và sự an toàn của một người hoặc công chúng.

Cho nghiên cứu: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho các mục đích nghiên cứu được phép và để lập các báo cáo. Những báo cáo này không xác định những người cụ thể.

Cho nhân viên điều tra, giám đốc tang lễ và hiến tạng: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho nhân viên điều tra hoặc giám định viên y khoa cho mục đích xác định cá nhân và nguyên nhân gây tử vong, cho hiến tạng và các lý do liên quan. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho các giám đốc tang lễ để thực hiện các nghĩa vụ liên quan đến tang lễ.

Vi những lý do khác theo yêu cầu của luật pháp: DHS có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ của bạn trong chừng mực mà luật pháp yêu cầu sử dụng hoặc tiết lộ. Việc sử dụng hoặc tiết lộ được thực hiện tuân thủ theo luật pháp và được giới hạn trong các yêu cầu của luật pháp.

Các luật khác cũng bảo vệ những thông tin y tế cụ thể của tôi không?

DHS cũng tuân theo các luật liên bang và tiểu bang khác cung cấp các yêu cầu bảo mật bổ sung cho việc sử dụng và tiết lộ thông tin về bạn. Ví dụ: nếu chúng tôi có thông tin về HIV hoặc lạm dụng chất gây nghiện, với một số ít trường hợp ngoại lệ, chúng tôi không được công bố những thông tin này nếu không có sự đồng ý bằng văn bản có chữ ký theo yêu cầu của luật pháp. Trong một số trường hợp, luật cũng yêu cầu chúng tôi phải có văn bản cho phép trước khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về sức khỏe tâm thần hoặc khuyết tật về trí tuệ và một số thông tin khác.

Tôi có thể yêu cầu DHS sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của tôi không?

Đôi khi, bạn có thể cần hoặc muốn thông tin y tế được bảo vệ của mình được gửi hoặc tiết lộ cho ai đó hoặc một nơi nào đó vì lý do khác ngoài điều trị, thanh toán, điều hành các chương trình của chúng tôi, hoặc các mục đích được cho phép khác mà không cần giấy cho phép của bạn. Nếu có, bạn có thể được yêu cầu ký một mẫu ủy quyền, cho phép chúng tôi gửi hoặc tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe được bảo vệ của bạn theo yêu cầu của bạn.

Giấy ủy quyền sẽ cung cấp cho chúng tôi biết những thông tin nào, ai và nơi mà thông tin được bảo vệ sẽ được gửi hoặc tiết lộ. Bạn có thể rút lại sự ủy quyền của mình hoặc giới hạn số lượng thông tin được tiết lộ bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho chúng tôi, trừ khi đến mức DHS đã thực hiện hành động theo ủy quyền trước khi nhận được thông báo rút lại của bạn.

Nếu bạn dưới 18 tuổi, và theo luật pháp bạn có thể đồng ý cho việc chăm sóc sức khỏe của riêng bạn, thì bạn sẽ có quyền kiểm soát thông tin y tế của mình. Bạn có thể yêu cầu cung cấp thông tin y tế của bạn cho bất kỳ người nào đang giúp bạn chăm sóc sức khỏe.

Trừ khi được mô tả trong Thông báo này, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của bạn nếu không có sự cho phép bằng văn bản của bạn. Ví dụ, HIPAA thường yêu cầu phải có ủy quyền bằng văn bản trước khi một đối tượng liên quan có thể sử dụng hoặc tiết lộ các ghi chú về tâm lý của một cá nhân. Trong hầu hết các trường hợp, HIPAA cũng cần phải có sự ủy quyền bằng văn bản trước khi một đối tượng liên quan có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ cho mục đích marketing hoặc trước khi bán những thông tin này.

Các quyền của tôi về thông tin y tế của tôi là gì?

Là khách hàng của DHS, bạn có các quyền sau đây liên quan đến thông tin y tế được bảo vệ mà chúng tôi sử dụng và tiết lộ.

Quyền xem và sao chép thông tin y tế của bạn: Bạn có quyền xem hầu hết các thông tin y tế được bảo vệ của bạn và nhận bản sao của nó. Nếu bạn muốn bản sao của thông tin bạn có quyền được xem, bạn có thể bị tính phí một khoản phí nhỏ. Tuy nhiên, nói chung, bạn không thể thấy hoặc nhận được một bản sao của: (1) ghi chú về tâm lý; hoặc (2) thông tin có thể không được tiết lộ cho bạn theo luật liên bang.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của bạn về thông tin y tế được bảo vệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn một lời giải thích bằng văn bản về việc từ chối và các quyền của bạn về việc từ chối.

DHS không nhận hoặc lưu giữ hồ sơ tất cả các thông tin y tế được bảo vệ của bạn. Các bác sĩ, bệnh viện, nhà điều dưỡng và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác (kể cả HMO, nếu bạn có đăng ký) cũng có thể có thông tin y tế được bảo vệ của bạn. Bạn cũng có quyền xem thông tin y tế của bạn thông qua bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác có các hồ sơ này.

Quyền sửa đổi hoặc bổ sung thông tin: Nếu bạn nghĩ một số thông tin y tế được bảo vệ chúng tôi có là sai, bạn có thể yêu cầu chúng tôi sửa hoặc bổ sung thông tin mới bằng văn bản. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi gửi thông tin đã được sửa hoặc thông tin mới cho những người khác đã nhận được thông tin y tế của bạn từ chúng tôi. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi hoặc bổ sung thông tin của bạn. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của bạn, chúng tôi sẽ gửi cho bạn giải thích bằng văn bản về lý do tại sao chúng tôi đã từ chối yêu cầu của bạn. Chúng tôi cũng sẽ giải thích bạn có thể làm gì nếu bạn không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

Quyền được nhận danh sách tiết lộ: Bạn có quyền nhận được một danh sách những thông tin y tế được bảo vệ của bạn đã được gửi đi, trừ khi nó được gửi cho các mục đích liên quan đến điều trị, thanh toán, điều hành chương trình của chúng tôi, hoặc nếu luật pháp nói chúng ta không bắt buộc phải bổ sung thông tin vào danh sách. Ví dụ, luật pháp không đòi hỏi chúng tôi phải thêm vào danh sách bất kỳ tiết lộ nào mà chúng tôi có thể đã cung cấp cho bạn, hoặc cho gia đình và những người liên quan đến việc chăm sóc của bạn, cho những người khác mà bạn đã ủy quyền cho chúng tôi tiết lộ, hoặc cho thông tin đã được tiết lộ trước ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Quyền yêu cầu hạn chế sử dụng và tiết lộ: Bạn có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ của bạn. Chúng tôi có thể không được đồng ý với yêu cầu của bạn. Trong một số trường hợp, chúng tôi không được phép hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin. Nếu chúng tôi không thể thực hiện theo yêu cầu của bạn, chúng tôi sẽ cho bạn biết lý do. Trừ khi luật pháp yêu cầu khác, chúng tôi phải làm theo yêu cầu của bạn và hạn chế tiết lộ đối với chương trình bảo hiểm y tế nếu mục đích tiết lộ không phải là để điều trị, và các dịch vụ y tế mà yêu cầu được áp dụng đã được thanh toán đầy đủ bằng tiền cá nhân.

Quyền yêu cầu liên lạc bí mật: Bạn có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với bạn một cách nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ: bạn có thể yêu cầu chúng tôi liên hệ với bạn chỉ bằng thư.

Quyền nhận thông báo về sự vi phạm: Bạn có quyền nhận thông báo nếu có sự vi phạm về thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn.

Tôi liên hệ với ai về các quyền của tôi hoặc đặt câu hỏi về thông báo này?

Bạn có thể liên hệ với đường dây trợ giúp của DHS HIPAA, số điện thoại miễn phí 800-692-7462 để thảo luận các quyền của bạn hoặc đặt câu hỏi về thông báo này. Bạn cũng có thể liên hệ với nhân viên phụ trách của bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc gửi thư tới Phòng Bảo mật của DHS, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Bạn có thể nhận được thông tin quan trọng và các cập nhật về thông báo này bằng cách truy cập website của DHS tại địa chỉ www.dhs.pa.gov.

Tôi nộp đơn khiếu nại bằng cách nào?

Bạn có thể liên hệ với một trong hai văn phòng được liệt kê dưới đây nếu bạn muốn nộp đơn khiếu nại về cách DHS đã sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về bạn. Bạn sẽ không bị phạt vì đã khiếu nại. Lợi ích của bạn sẽ không bị ảnh hưởng hoặc thay đổi khi bạn gửi đơn khiếu nại. DHS và các nhân viên và nhà thầu của Bộ không thể và sẽ không trả đũa bạn vì đã khiếu nại.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Có hiệu lực: Tháng 4 năm 2003 - Sửa đổi ngày 28 tháng 7 năm 2015



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។
ចុះ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)।

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

