Pennsylvania
Department of Human Services

Xem Xét Phúc Lợi

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (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 en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យសុនេីសុំបុរាក់ ទំហទៅសុខភាព និង អត្ថបុរយេាជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបនុថមែ (SNAP) ។បុរសិនបេីអុនកតូរូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផុសដេ ឬតូរូវការអុនកបកបុរសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខេានធីរបស់អុនក។ អុនកនឹងទទួលបានជំនួយបកបុរភៅសាដេាយឥតគិតថុលរៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوريًا، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجانًا.

COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.
Quý vị có thể gia hạn trực tuyến tại **www.compass.dhs.pa.gov**

Nếu quý vị có khuyết tật và cần biểu mẫu này ở dạng bản in lớn hoặc định dạng khác, vui lòng gọi **đường dây trợ giúp** của chúng tôi theo số **1-800-692-7462**. Những cá nhân bị điếc, khó nghe hoặc có khuyết tật về ngôn ngữ và muốn liên lạc với đường dây trợ giúp có thể gọi cho Dịch Vụ Chuyển Tiếp PA bằng cách quay số **711**.

An Toàn Tại Gia Đình: Thông Tin về Bạo Lực Gia Đình, Xâm Hại Tình Dục và các phúc lợi TANF của quý vị.

Rất khó để lên tiếng khi chính quý vị hoặc một người thân của quý vị đang chịu đựng bạo lực trong mối quan hệ hoặc trong gia đình.

Bạo lực gia đình là kiểu hành vi ngược đãi khi ở trong một mối quan hệ bất kỳ. Người thực hiện hành vi này để giành được hoặc duy trì quyền lực và kiểm soát đối với người khác trong mối quan hệ thân mật hoặc gia đình. Hành vi bạo lực này có thể là về thể chất, tình dục, cảm xúc hoặc tâm lý. Hành vi này bao gồm đe dọa, thao túng, làm nhục, cô lập, gây hoảng sợ, khủng bố, ép buộc, đe dọa, đổ lỗi, tổn thương, hoặc làm ai đó bị thương. Hành vi này cũng có thể bao gồm việc kiểm soát và hạn chế tiếp cận các nguồn tài chính hoặc phương tiện truyền thông xã hội.

Các ví dụ về hành vi ngược đãi bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- ngược đãi về thể chất
- ngược đãi về tình cảm
- ngược đãi về tâm lý
- ngược đãi về tình dục
- xâm hại tình dục
- quấy rối tình dục
- rình rập
- ngược đãi về tài chính
- ngược đãi về công nghệ

Nếu quý vị đang hoặc đã từng là nạn nhân bạo lực gia đình, quấy rối tình dục, ngược đãi về tình dục, tấn công tình dục hoặc rình rập và có nguy cơ tiếp tục trở thành nạn nhân bạo lực, quấy rối, ngược đãi, tấn công hoặc rình rập, nhân viên phụ trách vụ việc có thể miễn trừ các yêu cầu của chương trình hỗ trợ tiền mặt đối với quý vị. Đôi khi, cá nhân không thể tuân theo các yêu cầu hỗ trợ tiền mặt một cách an toàn do lo sợ rằng họ hoặc con cái sẽ bị ngược đãi.

Các yêu cầu của chương trình bao gồm:

- Hợp tác cấp dưỡng nuôi con hoặc chu cấp cho vợ/chồng
- Đang có công việc (chương trình RESET)
- Yêu cầu xác minh
- Giới hạn thời gian
- Yêu cầu cha mẹ tuổi vị thành niên phải sống ở nhà
- Các yêu cầu khác tùy từng trường hợp cụ thể

Nếu quý vị cần được miễn trừ yêu cầu hỗ trợ tiền mặt vì bạo lực gia đình, hãy nói với nhân viên phụ trách vụ việc. Nhân viên phụ trách vụ việc có thể:

- **Nói chuyện** với quý vị nếu quý vị muốn. Quý vị có thể yêu cầu được nói chuyện riêng. Nhân viên phụ trách vụ việc và nhân viên của chúng tôi sẽ giữ bí mật thông tin cá nhân của quý vị.
- **Giúp** quý vị tìm các chương trình địa phương nơi quý vị có thể nhận được tư vấn, lập kế hoạch an toàn, nơi tạm trú, dịch vụ pháp lý và các trợ giúp khác.
- **Giúp** quý vị hiểu rõ các quy định và ảnh hưởng của những điều này khi quý vị nộp đơn xin hỗ trợ tiền mặt.

Liên Minh Chống Bạo Lực Gia Đình Pennsylvania (Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, PCADV), https://www.pcadv.org 1-800-932-4632 (ở PA) 303-839-1852 (Toàn quốc)

Xâm hại tình dục, bạo lực tình dục hoặc quấy rối tình dục không chỉ diễn ra trong các mối quan hệ thân mật. Sự việc này có thể diễn ra ở nơi làm việc, môi trường giáo dục hoặc do người lạ mặt thực hiện tại nơi công cộng. Để biết thông tin về tấn công tình dục và bạo lực tình dục, vui lòng liên hệ:

Liên Minh Thúc Đẩy Sự Tôn Trọng Pennsylvania (Pennsylvania Coalition to Advance Respect, PCAR), https://pcar.org 1-888-772-7227 (ở PA)

PA CareerLink® - Thông Tin Quan Trọng

PA CareerLink® là chương trình của Sở Lao Động và Công Nghiệp Pennsylvania nhằm giúp người lao động có việc làm. Nhân viên của Sở Lao Động và Công Nghiệp nắm rõ tình hình thị trường lao động hiện tại và có thể cung cấp cho quý vị thông tin cũng như nguồn lực để hỗ trợ quý vị tìm kiếm việc làm.

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

Xem Xét Phúc Lợi: Chúng tôi phải xem xét khả năng quý vị hội đủ điều kiện nhận tiền mặt, chăm sóc sức khỏe và/hoặc các phúc lợi của Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP).

Ngừng nhận thông báo bằng văn bản! Quý vị có muốn nhận thông báo trực tuyến không? Truy cập **www.compass.dhs.pa.gov** và đăng ký tài khoản MyCOMPASS của quý vị.

VUI LÒNG VIẾT HOA TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN

Thông báo quan trọng cho người nhận: Chúng tôi cần thu thập thông tin về quý vị.

1. Vui lòng viết in hoa rõ ràng. Cố gắng điền càng nhiều thông tin càng tốt. Thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này rất cần thiết để xác định tính đủ điều kiện tiếp tục của quý vị.
2. **Vui lòng xem lại bất kỳ thông tin nào có trên biểu mẫu này. Nếu bất kỳ thông tin có sẵn nào không chính xác hoặc đã thay đổi, hãy gạch bỏ thông tin đó và cung cấp thông tin cập nhật. Vui lòng xem lại tất cả các câu hỏi không có câu trả lời đã ghi và cung cấp câu trả lời trừ khi hướng dẫn cho biết rằng quý vị có thể chọn không trả lời.**
3. Nếu quý vị cần trợ giúp, quý vị có thể nhờ người khác giúp, nhận trợ giúp từ văn phòng hỗ trợ của quận hoặc quý vị có thể gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-395-8930. Người dùng TTY/TDD cần gọi 711.
4. **Ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu Xem Xét Phúc Lợi ở trang 1 và trên phần Hiểu về Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị.**
5. Mang biểu mẫu đến văn phòng hỗ trợ quận vào ngày và thời gian của cuộc phỏng vấn theo lịch. Nếu quý vị sắp phỏng vấn qua điện thoại hoặc nếu không bắt buộc phải phỏng vấn, hãy gửi biểu mẫu cùng với bất kỳ xác minh nào được yêu cầu cho nhân viên phụ trách hồ sơ.
6. Quý vị có thể đăng ký lại trực tuyến tại: **www.compass.dhs.pa.gov**.

Quý vị ưu tiên sử dụng ngôn ngữ nào? ¿Qué idioma prefiere usted? ☐ Tiếng Anh/Inglés ☐ Tiếng Tây Ban Nha/Español ☐ Khác/Otro (ghi rõ/especifique) _____

Quý vị có cần thông dịch viên không? ¿Necesita un intérprete? ☐ Có/Sí ☐ Không

Nếu có, ngôn ngữ nào? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

Thông Tin về Quý Vị

Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị: Chúng tôi cần thu thập một số thông tin về quý vị. **Vui lòng xem lại bất kỳ thông tin nào được ghi bên dưới. Nếu thông tin này không chính xác, vui lòng gạch bỏ và viết thông tin chính xác**

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):		
Địa chỉ nhà riêng (bao gồm đường, số căn hộ, thành phố, tiểu bang & mã BƯU CHÍNH + 4):		
Số điện thoại:	Khu học chánh của trường học:	Thị trấn/phân khu/đô thị:

Ký Vào Đây

Khi ký tên, điều đó có nghĩa là quý vị đang nộp đơn đăng ký phúc lợi. Điều đó cũng có nghĩa là quý vị cho phép văn phòng hỗ trợ của quận sử dụng thông tin trong đơn đăng ký này để quyết định xem quý vị có đủ điều kiện nhận những phúc lợi này hay không.

X _____ _____

Chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện cho quý vị — Ngày

Vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới nếu quý vị chưa có phúc lợi chăm sóc sức khỏe và muốn đăng ký bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho bản thân và các thành viên trong gia đình của quý vị:

☐ **Có, tôi muốn đăng ký bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.**

Nếu quý vị đánh dấu có, vui lòng liệt kê các thành viên trong hộ gia đình mà quý vị muốn đăng ký, bao gồm cả bản thân:

KHÔNG HOÀN THÀNH - CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG HỖ TRỢ CỦA QUẬN

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM / PM

AUTHORIZED	NOT AUTHORIZED

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

Đánh dấu vào ô nếu quý vị quan tâm đến bất kỳ dịch vụ nào khác sau đây:

- ☐ Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI)
- ☐ Phòng Khám Sức Khỏe cho Trẻ Nhỏ
- ☐ Các dịch vụ về Khuyết Tật Trí Tuệ
- ☐ Tiêm chủng (các mũi tiêm)
- ☐ LIHEAP (Trợ cấp năng lượng)
- ☐ Các dịch vụ dành cho cựu chiến binh
- ☐ WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Nhỏ)
- ☐ Ngân hàng thực phẩm
- ☐ Các bữa ăn ở trường (miễn phí hoặc giảm giá)
- ☐ Chăm sóc trẻ em
- ☐ Đường dây hỗ trợ (dịch vụ điện thoại giảm giá)
- ☐ Trợ cấp nhà ở
- ☐ Chăm sóc dài hạn (chăm sóc tại nhà dưỡng lão)
- ☐ Các dịch vụ hỗ trợ trẻ em
- ☐ Bắt Đầu Sớm (dành cho trẻ từ 3-6 tuổi)
- ☐ Kế hoạch hóa gia đình/kiểm soát sinh đẻ
- ☐ Việc làm và đào tạo
- ☐ Phục hồi chức năng
- ☐ Các dịch vụ về nhà ở và dựa trên cộng đồng (các dịch vụ cho người miễn trừ)
- ☐ Trợ cấp đặc biệt cho việc làm hoặc đào tạo (chẳng hạn như các công cụ)
- ☐ Khác: _____

Cung Cấp Thông Tin về Thành Viên Trong Gia Đình của Quý Vị:

Chúng tôi cần thu thập thông tin về tất cả những thành viên sống tại địa chỉ của quý vị, ngay cả khi họ không nộp đơn đăng ký phúc lợi. **Đối với những người đăng ký chăm sóc sức khỏe, hãy chắc chắn bao gồm bất kỳ người nào có tên trong tờ khai thuế thu nhập liên bang, ngay cả khi họ không sống cùng quý vị. Lưu ý:** Quý vị không cần phải khai thuế để nhận các phúc lợi. **Vui lòng xem lại bất kỳ thông tin nào được ghi bên dưới. Nếu thông tin này không chính xác, vui lòng gạch bỏ và viết vào thông tin chính xác.**

Thành viên 1

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):		Quý vị có đang nộp đơn cho bản thân không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Quý vị có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	
Quý vị có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Quý vị có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang đăng ký cho bản thân. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

- ☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, quý vị có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
- ☐ Có ☐ Không ▶ Nếu quý vị dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của quý vị khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu quý vị muốn được xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ quý vị. Quý vị có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?
- ☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, quý vị có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi quý vị sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ quý vị hoặc người khác không? **Nếu có,** quý vị có địa chỉ nào khác (ngoài nơi quý vị sống) mà quý vị muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Quý vị có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:	Quý vị có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có,** điền vào loại giấy tờ và số ID:	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
	Quý vị có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Quý vị có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 2

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):			Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:		Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

- ☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
- ☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?
- ☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:	Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
	Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 3

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):	Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 4

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):	Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 5

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):	Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có — **Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID. Loại giấy tờ: Số ID giấy tờ:

Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên 6

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):

Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không

Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, lớp mấy?

Tên của trường học:

Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có — **Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID. Loại giấy tờ: Số ID giấy tờ:

Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên 7

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):

Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không

Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, lớp mấy?

Tên của trường học:

Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có — **Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID. Loại giấy tờ: Số ID giấy tờ:

Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên 8

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):

Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không

Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, lớp mấy?

Tên của trường học:

Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 9

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):	Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Thành viên 10

Tên (bao gồm tên, tên đệm viết tắt, họ, tên hậu tố-Jr./Sr./v.v.):	Quý vị có đang nộp đơn cho thành viên này không? ☐ Có ☐ Không	Số An Sinh Xã Hội:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? ☐ Có ☐ Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang đi học không? ☐ Có ☐ Không	**Nếu có,** lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? ☐ Có ☐ Không

Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Không có quan hệ ☐ Khác _____

Trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn cho thành viên này. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho bảo hiểm chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?

☐ Có ☐ Không ▶ Nếu thành viên này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của họ khi quyết định về chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu họ muốn được xem xét cho bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần đánh giá thu nhập hộ gia đình của họ, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ. Thành viên này có muốn chỉ được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG xem xét bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế đầy đủ không?

☐ Có ☐ Không ▶ Bất kể tuổi tác, thành viên này có sợ rằng thông tin có thể nhận được ở nơi họ sống về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác cho vợ/chồng, cha mẹ họ hoặc người khác không? **Nếu có,** họ có địa chỉ nào khác (ngoài nơi sống) mà họ muốn nhận thông tin về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình không?

Thành viên này có phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu thành viên này không phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Thành viên này có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có	**Nếu có**, điền vào loại giấy tờ và số ID.	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
Thành viên này có người bảo lãnh không? ☐ Có ☐ Không		Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không	

Các Câu Hỏi Khác

Có thành viên nào đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, ai đang mang thai?:	Ngày dự sinh?	Thành viên đó đang mang thai bao nhiêu em bé?
Có thành viên nào bị khuyết tật, ốm nặng hoặc cần được chăm sóc y tế không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, thành viên nào?	Tình trạng khuyết tật là gì?	
Có thành viên nào tham gia chương trình chăm sóc thay thế kể từ lúc 18 tuổi trở lên không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, thành viên nào?	Tại tiểu bang nào?	

Có ai thanh toán cho dịch vụ giữ trẻ hoặc chăm sóc người lớn bị khuyết tật để họ có thể đi làm, đi học hoặc đào tạo không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?	Số tiền hàng tháng: $	Ai nhận được dịch vụ chăm sóc?
Có ai thanh toán phí đi lại để đi làm không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?	Số tiền hàng tháng: $	Quý vị đi lại bằng phương tiện gì (xe buýt, tàu hỏa, ô tô, tàu điện ngầm)?

Nếu quý vị sử dụng ô tô:

Quý vị đi bao nhiêu dặm tính cả hai chiều để đi làm?	Số dặm:	Quý vị đi làm bao nhiêu ngày mỗi tuần?	Số ngày:	Khoản thanh toán chi phí hàng tháng cho ô tô của quý vị là bao nhiêu?	Số tiền hàng tháng: $

Thông Tin Về Thuế

Hoàn thành phần này nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký chăm sóc sức khỏe. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

Có thành viên nào định nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang cho **NĂM TIẾP THEO** không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **có**, hãy hoàn thành bảng dưới đây.

Liệt kê từng thành viên sẽ khai thuế. Nếu nộp chung một tờ khai thuế, hãy bao gồm người vợ/chồng trong cùng một hàng.
Lưu ý: Chỉ một người khai thuế được kê khai người phụ thuộc. Đối với những người nộp chung một tờ khai thuế, quý vị chỉ cần liệt kê những người phụ thuộc cho người khai thuế mà sẽ ký vào biểu mẫu thuế.

Liệt kê tên của từng thành viên dự định nộp tờ khai thuế	Thành viên này có nộp tờ khai thuế chung với vợ/chồng không? Có/không	Nếu có, liệt kê tên của vợ/chồng	Thành viên này có kê khai người phụ thuộc không? Có/không	Nếu có, hãy liệt kê (các) tên của (những) người phụ thuộc

Có ai được kê khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của thành viên nào đó không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** hoàn thành bảng bên dưới.

Liệt kê người phụ thuộc hoặc người khai thuế sẽ kê khai người phụ thuộc đó.
Lưu ý: Quý vị không cần điền vào bảng này nếu người sẽ được kê khai đã được liệt kê là người phụ thuộc ở trên.

Tên người phụ thuộc	Tên người nộp tờ khai thuế	Mối quan hệ với người nộp tờ khai thuế

Khấu Trừ Thuế

Hoàn thành phần này nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký chăm sóc sức khỏe. Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

Nếu bất kỳ ai thanh toán cho một số chi phí có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, việc cho chúng tôi biết về những thứ đó có thể giúp cho chi phí bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thấp hơn một chút.

Lưu ý: Nếu tự kinh doanh, không bao gồm chi phí mà quý vị sẽ liệt kê là chi phí trên biểu mẫu thuế Bảng C của mình (ví dụ: chi phí ô tô và xe tải, khấu hao, lương nhân viên và các khoản phúc lợi phụ, v.v.).

Có thành viên nào có chi phí từ: (✓ Đánh dấu **có**)	Có	Đây là chi phí của ai?	Tần suất thanh toán chi phí? (Một lần, hàng tháng, hàng quý, hai lần một năm, hàng năm)	Thanh toán bao nhiêu?
Khấu trừ lãi của khoản vay cho học sinh/sinh viên				
Khấu trừ bảo hiểm y tế đối với người tự kinh doanh				
Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh				
Khấu trừ tài khoản tiết kiệm sức khỏe				
Khác (vui lòng ghi rõ)				

Nguồn lực (còn được gọi là “tài sản”)

Quý vị không cần trả lời những câu hỏi này nếu quý vị chỉ đăng ký nhận trợ cấp SNAP hoặc nếu quý vị đang nộp đơn xin hỗ trợ chăm sóc sức khỏe và thuộc vào một trong những trường hợp ngoại lệ sau: đang mang thai; là trẻ em dưới 21 tuổi; có con phụ thuộc dưới 21 tuổi sống cùng; không bị khuyết tật và dưới 65 tuổi.

Liệt kê tất cả nguồn lực của quý vị như tiền mặt, phương tiện, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản ngân hàng, bất động sản, bảo hiểm nhân thọ, v.v. **Vui lòng xem lại thông tin đã được in dưới đây. Nếu thông tin này không chính xác, vui lòng gạch bỏ và viết lại thông tin chính xác.**

Tên Chủ Sở Hữu	Nguồn Lực	Giá Trị Hiện Tại ($)	Tên Ngân Hàng/Số Tài Khoản Ngân Hàng	Tỷ Lệ Sở Hữu	Nhận Xét

Các Câu Hỏi Khác Về Nguồn Lực

Phần này dành cho những cá nhân đang nhận Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), bao gồm cả Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) và vợ/chồng của họ. Nếu quý vị không nhận được dịch vụ LTSS hoặc HCBS, vui lòng bỏ qua phần này.

Trong vòng 12 tháng qua, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có thanh lý, tặng, bán hoặc chuyển nhượng bất kỳ tài sản nào như: nhà ở, đất đai, tài sản cá nhân, hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, niên kim, tài khoản ngân hàng, chứng chỉ tiền gửi, cổ phiếu, IRA, trái phiếu, tài sản thuộc quỹ tín thác hoặc quyền hưởng thu nhập không?
☐ Có ☐ Không

Trong vòng 12 tháng qua, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có chuyển nhượng bất kỳ tài sản nào vào quỹ tín thác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu trả lời là có cho một trong hai câu hỏi, vui lòng giải thích hoàn cảnh (đính kèm thêm giấy tờ nếu cần):

_____

_____

_____

Loại nguồn lực:	Giá trị thị trường tại thời điểm chuyển nhượng: $	Ngày chuyển nhượng hoặc đóng tài khoản:
Loại nguồn lực:	Giá trị thị trường tại thời điểm chuyển nhượng: $	Ngày chuyển nhượng hoặc đóng tài khoản:

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã nhận hoặc có dự kiến sẽ nhận bất kỳ khoản thu nhập/tài sản/tiền bồi thường/khoản tiền đóng một lần/tiền thừa kế nào không? ☐ Có ☐ Không

Nếu trả lời là có cho một trong hai câu hỏi, vui lòng giải thích hoàn cảnh (đính kèm thêm giấy tờ nếu cần): _____

_____

_____	Số tiền: $	Ngày dự kiến:

Thu Nhập

Liệt kê tất cả các khoản thu nhập như tiền lương, tự kinh doanh, lương hưu, phúc lợi An Sinh Xã Hội, Trợ Cấp Thất Nghiệp, Bồi Thường Cho Người Lao Động, hỗ trợ, cờ bạc/xổ số, v.v. **Vui lòng xem lại bất kỳ thông tin nào được ghi dưới đây.**

Nếu thông tin này không chính xác, vui lòng gạch bỏ và viết vào thông tin chính xác.

Đây là khoản thu nhập của ai?	**Loại Thu Nhập**	**Nguồn Thu Nhập**	**Tần suất** (Hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, hàng năm)	**Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần:**	**Tổng Số Tiền?** (số tiền thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)	**Ghi Chú**

Khấu Trừ Trước Thuế

Liệt kê bất kỳ khoản khấu trừ trước thuế nào được lấy từ tổng thu nhập, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế/nha khoa/nhãn khoa/nhân thọ, 401(k) hoặc đóng góp vào tài khoản hưu trí, đóng góp vào Tài Khoản Tiết Kiệm Gia Đình (FSA) hoặc Tài Khoản Tiết Kiệm Sức Khỏe (HSA).

Tên	Khoản khấu trừ	Số Tiền Hàng Tháng

Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

Quý vị có đang đăng ký cho thành viên nào có bảo hiểm y tế không? ☐ Có ☐ Không
Quý vị có đang đăng ký cho thành viên nào có bảo hiểm y tế trong 90 ngày qua không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị có (hoặc đã có trong 90 ngày qua) nhiều hơn một loại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, vui lòng điền vào ô cho từng hợp đồng bảo hiểm.
Lưu ý: Nếu có nhiều hợp đồng, quý vị sẽ cần tạo bản sao của các trang và đính kèm những bản sao đó.

Loại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe ☐ Bảo hiểm của chủ lao động ☐ Bảo hiểm Medicare ☐ TRICARE* ☐ Peace Corps ☐ Kế Hoạch Cá Nhân ☐ Khác _____

	Liệt kê những thành viên được (hoặc đã được) bảo hiểm:	
Tên chủ hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên công ty bảo hiểm:	Tên:	Họ:
Số hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên/số nhóm:	Tên:	Họ:

Những mục đang (hoặc đã) được bảo hiểm? ☐ Chăm sóc tại bệnh viện ☐ Chi phí đơn thuốc ☐ Chăm sóc mắt ☐ Thăm khám với bác sĩ ☐ Nha khoa

Đây có phải (hoặc đã) là chương trình phúc lợi có giới hạn (như chính sách về tai nạn ở trường học) không? ☐ Có ☐ Không

Bảo hiểm này bắt đầu từ khi nào?

Bảo hiểm này đã dừng lại (hoặc sẽ dừng lại) khi nào? (Để trống nếu quý vị vẫn được bảo hiểm)

Có phải bảo hiểm sức khỏe này đã (hoặc sẽ) chấm dứt trong trường hợp chủ sở hữu hợp đồng bị mất việc làm (sa thải, chấm dứt hợp đồng lao động, bỏ việc) hay thay đổi công việc không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **có**, ai bị mất bảo hiểm?

Có (hoặc sẽ có) bất kỳ trẻ em nào bị mất bảo hiểm sức khỏe vì chủ lao động ngừng cung cấp bảo hiểm không? ☐ Có ☐ Không

*Không đánh dấu nếu quý vị được chăm sóc trực tiếp hoặc đang trong Thời Gian Làm Việc.

Bảo Hiểm Sức Khỏe Từ Chủ Lao Động Của Quý Vị

Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ đăng ký SNAP.

Có thành viên nào mà quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế được cung cấp bảo hiểm sức khỏe từ nơi làm việc không? ☐ Có ☐ Không Đánh dấu **có** ngay cả khi là bảo hiểm từ công việc của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc vợ/chồng.

Nếu có, hãy hoàn thành phần này và điền càng nhiều thông tin càng tốt trong Phụ Lục A: Bảo Hiểm Sức Khỏe Từ (các) Công Việc.

Đây có phải là kế hoạch phúc lợi dành cho nhân viên tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

Đây có phải là bảo hiểm COBRA không? ☐ Có ☐ Không

Đây có phải là chương trình bảo hiểm sức khỏe hưu trí không? ☐ Có ☐ Không

Nếu được cung cấp bảo hiểm sức khỏe từ công việc của mình, quý vị có (hoặc sẽ) phải trả tiền cho bảo hiểm không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có (hoặc sẽ) phải trả tiền bảo hiểm cho (các) con của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Chi phí bảo hiểm dành cho gia đình thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động là bao nhiêu?

Chi phí bảo hiểm cho (các) con của quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động là bao nhiêu?

Chi phí

Phần này dành cho những người đăng ký SNAP.

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

▶ Bất cứ lúc nào, quý vị có thể báo cáo các khoản chi phí của hộ gia đình cho chúng tôi và chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp cho chúng tôi bằng chứng về các khoản chi phí đó.

Có thành viên nào trong gia đình thanh toán tiền cấp dưỡng nuôi con cho một người không sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, đó có phải là lệnh của tòa án không? ☐ Có ☐ Không	Có thành viên nào trong gia đình nhận trợ cấp nhà ở không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, loại trợ cấp nào? _____ Nếu có, quý vị có nhận được trợ cấp cho dịch vụ tiện ích không? ☐ Có ☐ Không
Chi phí thực phẩm có bao gồm trong tiền thuê nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không	Có ai bên ngoài hộ gia đình thanh toán bất kỳ khoản chi phí nào của quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, đó là chi phí gì? _____ Thanh toán bao nhiêu? _____ Tần suất thanh toán? _____ Cho ai? _____
Quý vị có trả thanh toán cho chi phí sưởi ấm không? ☐ Có ☐ Không	Quý vị có thanh toán chi phí điều hòa không khí trung tâm hoặc để chạy (các) máy điều hòa không khí trong phòng không? ☐ Có ☐ Không

Đánh dấu bất kỳ khoản chi phí nào được thanh toán hàng tháng bởi quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình. Vui lòng đánh dấu ngay cả khi quý vị chỉ thanh toán một phần hóa đơn.

☐ Điện thoại ☐ Nước ☐ Rác ☐ Lắp đặt tiện ích ☐ Điện

☐ Dầu, than, gỗ, dầu hỏa ☐ Thoát nước ☐ Khí đốt ☐ Propan ☐ Khác _____

Nếu có bất kỳ chi phí nào trong số này, quý vị phải thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?

Tiền thuê nhà: $ _____ Chi phí chung cư: $ _____

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

Chi phí y tế

Phần này dành cho những người đăng ký SNAP.

Quý vị có thể nhận được nhiều phúc lợi SNAP hơn nếu có thành viên trong gia đình trên 60 tuổi hoặc bị khuyết tật và quý vị có thể đưa ra bằng chứng về các khoản chi phí y tế.

Đánh dấu bất kỳ chi phí y tế nào mà quý vị hoặc thành viên trong gia đình thanh toán:

☐ Hóa đơn nha khoa	☐ Bất kỳ chi phí nào để đến các cuộc hẹn y tế, điều trị y tế hoặc lấy đơn thuốc. Đó có thể là các chi phí như xe taxi và phương tiện giao thông công cộng.
☐ Hóa đơn bác sĩ	
☐ Hóa đơn bệnh viện	☐ Trợ lý y tế (những người trong nhà giúp điều trị y tế).
☐ Phí bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm Medicare	☐ Các đồ dùng liên quan đến sức khỏe (chẳng hạn như kính, máy trợ thính, tã lót cho người lớn).
☐ Thiết bị y tế	☐ Thuốc theo toa
☐ Khác:	

▶ **Việc không báo cáo hoặc xác minh bất kỳ khoản chi phí nào được liệt kê ở trên sẽ được coi là lời tuyên bố của hộ gia đình rằng quý vị không muốn nhận khoản khấu trừ cho chi phí không được báo cáo.**

Thân Nhân Vắng Mặt

Phần này dành cho những người nộp đơn đăng ký nhận tiền mặt.

Nếu bất kỳ ai đăng ký cho trẻ em có cha mẹ không sống trong nhà của quý vị **hoặc** nếu bất kỳ ai đăng ký có vợ/chồng không sống cùng nhà với quý vị, vui lòng trả lời những câu hỏi này để chúng tôi có thể cố gắng hỗ trợ. Quý vị không cần điền vào phần này nếu việc cung cấp các thông tin hoặc tìm kiếm sự hỗ trợ sẽ khiến quý vị hoặc các thành viên trong gia đình có nguy cơ bị bạo lực gia đình hoặc khiến việc thoát khỏi bạo lực gia đình trở nên khó khăn hơn hoặc nếu con quý vị được sinh ra do bị cưỡng hiếp, loạn luân hoặc nếu quý vị đang cân nhắc việc nhận con nuôi.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi cung cấp thông tin này hoặc tìm kiếm sự hỗ trợ do bạo lực gia đình, hiếp dâm, loạn luân hoặc do quý vị đang cân nhắc việc nhận con nuôi, hãy đánh dấu vào ô này: ☐

Tên người có thân nhân vắng mặt:	Tên thân nhân vắng mặt:	Thân nhân vắng mặt là:
		☐ Cha mẹ ☐ Vợ/chồng
Tên người có thân nhân vắng mặt:	**Tên thân nhân vắng mặt:**	**Thân nhân vắng mặt là:**
		☐ Cha mẹ ☐ Vợ/chồng
Tên người có thân nhân vắng mặt:	**Tên thân nhân vắng mặt:**	**Thân nhân vắng mặt là:**
		☐ Cha mẹ ☐ Vợ/chồng

▶ Nếu đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, quý vị phải ghi tên cha mẹ của bất kỳ trẻ vị thành niên nào và giúp Bộ Phận Quan Hệ Gia Đình (DRS) thu thập hỗ trợ bằng cách cung cấp thông tin 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 cho việc không trợ giúp, bất kỳ khoản hỗ trợ tiền mặt nào mà quý vị được phê duyệt sẽ bị giảm ít nhất 25%.

Nếu được phê duyệt hỗ trợ tiền mặt, quý vị phải trao cho Sở và DRS quyền thu tiền mặt cho quý vị và những thành viên khác mà quý vị đang nộp đơn đăng ký. Luật quy định rằng các quyền hỗ trợ sẽ được trao cho tiểu bang nếu quý vị chấp nhận trợ cấp tiền mặt.

Nếu hỗ trợ được thanh toán cho trẻ nhận trợ cấp tiền mặt, gia đình có thể nhận được một số hỗ trợ ngoài khoản trợ cấp tiền mặt.

Điều Tra Lý Lịch Tư Pháp

Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này nếu chỉ nộp đơn đăng ký chăm sóc sức khỏe.

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau về bản thân và bất kỳ thành viên nào khác mà quý vị đang nộp đơn đăng ký:

Có thành viên nào có giấy triệu tập hoặc lệnh trình diện với tư cách là bị cáo tại phiên tòa hình sự không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào còn nợ tiền phạt, án phí hoặc bồi thường hay không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào có kế hoạch thanh toán tiền phạt và các chi phí không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào bị quản thúc hoặc tại ngoại có điều kiện không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào bị quản thúc hoặc tại ngoại có điều kiện mà <u>không</u> tuân thủ không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào bị buộc tội gian lận trợ cấp hay không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào đang trốn tránh thi hành án không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào bắt buộc phải đăng ký là tội phạm tình dục bị kết án không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?
Có thành viên nào được yêu cầu đăng ký là tội phạm tình dục bị kết án mà <u>không</u> tuân thủ các yêu cầu đăng ký của họ không?	☐ Có ☐ Không	Nếu **có**, thành viên nào?

Đăng Ký Cử Tri (Không bắt buộc): Phần này chỉ dành cho Công Dân Hoa Kỳ

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống vào ngay hôm nay hay không? ☐ Có ☐ Không

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU VÀO CẢ 2 Ô, QUÝ VỊ ĐƯỢC CHO LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.

Để đăng ký, quý vị phải:
1) Đủ 18 tuổi vào cuộc bầu cử tiếp theo;
2) Là công dân Hoa Kỳ ít nhất 1 tháng TRƯỚC CUỘC BẦU CỬ TIẾP THEO;
3) Cư trú tại Pennsylvania và khu vực bỏ phiếu ít nhất 30 ngày trước cuộc bầu cử tiếp theo.

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

Nếu quý vị muốn giúp điền vào biểu mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hay chấp nhận giúp đỡ là ở bản thân quý vị. Quý vị có thể điền vào biểu mẫu một cách riêng tư. Vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ của quận nếu quý vị muốn được giúp đỡ.

Nếu tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng phái chính trị của quý vị hoặc ưu tiên chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Tổng Thư Ký Khối Thịnh Vượng Chung, Bộ Ngoại Giao PA, Harrisburg, PA 17120. (Số điện thoại miễn phí 1-877-VOTESPA.)

NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG HỖ TRỢ QUẬN SẼ ĐIỀN VÀO Ô NÀY DỰA TRÊN PHẢN HỒI Ở TRÊN CỦA QUÝ VỊ

☐ Given to Client __/__/__ ☐ Sent to voter registration __/__/__ ☐ Mailed to Client __/__/__

☐ Declined, not interested __/__/__ ☐ Not a U.S. citizen __/__/__ ☐ Declined, already registered __/__/__

Quyền và Trách Nhiệm của Quý vị Đọc về các quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, giới tính, tuổi tác và trong một số trường hợp theo tôn giáo hoặc quan điểm chính trị.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc hành vi trả đũa/trả thù do trước đây đã tham gia các hoạt động liên quan đến dân quyền trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA thực hiện hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần phương tiện giao tiếp thay thế để tiếp nhận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, khó nghe hoặc gặp khó khăn về phát âm có thể liên hệ với USDA thông qua dịch vụ chuyển tiếp Liên bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, quý vị hãy điền vào Biểu Mẫu Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử của USDA, (AD-3027), có thể tìm thấy 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 đến USDA và cung cấp trong thư tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu. Để yêu cầu bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy liên hệ số (866) 632-9992. Quý vị vui lòng gửi biểu mẫu hoặc thư đã điền đầy đủ nội dung đến USDA bằng cách:

(1) Gửi thư đến: U.S. Department of Agriculture (Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Văn Phòng Trợ Lý Bộ Trưởng về Quyền Công Dân)
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) số fax: (202) 690-7442; hoặc

(3) email: program.intake@usda.gov.

Để biết thêm thông tin về các vấn đề liên quan đến Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị nên liên hệ với Đường dây nóng SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, cũng hỗ trợ tiếng Tây Ban Nha, hoặc gọi đến các số điện thoại Thông tin/Đường dây nóng của Tiểu bang (nhấp vào liên kết để xem danh sách số điện thoại đường dây nóng của từng tiểu bang); có thể tìm thấy trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang thông qua Sở Y Tế và Dịch vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), 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 đến số (202) 619-0403 (thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là một đơn vị cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Thông tin của quý vị sẽ chỉ được sử dụng để quyết định quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình nào. Khi được yêu cầu, văn phòng hỗ trợ của quận (CAO) phải cung cấp cho các quan chức thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc quản thúc vì tội hình sự hoặc vi phạm án treo hoặc tạm tha. Bất kỳ người nào cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc và quy định của sở này sẽ bị coi là phạm tội nhẹ và khi bị kết án sẽ bị phạt tiền không quá một trăm đô la (100$), hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai hình phạt trên (theo 62 P.S. Mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rõ các khoản trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt trợ cấp, chúng tôi sẽ gửi quý vị văn bản giải thích lý do. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với trợ cấp Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo để yêu cầu một phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần tại Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một cuộc họp với cơ quan trước khi phiên điều trần diễn ra. Nếu đơn kháng cáo của quý vị liên quan đến việc trợ cấp SNAP khẩn cấp, quý vị có quyền được gặp họp với người giám sát trong vòng hai ngày làm việc. Tại phiên điều trần, quý vị có thể tự đại diện cho mình, hoặc nhờ người khác đại diện, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân.

QUYỀN YÊU CẦU LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc Trợ Cấp Y Tế, pháp luật yêu cầu quý vị phải hợp tác trong việc xác lập mối quan hệ huyết thống và yêu cầu cấp dưỡng. Quý vị có thể được miễn trừ khỏi các yêu cầu này nếu chứng minh được rằng việc đó có thể gây nguy hiểm cho quý vị và/hoặc con cái của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Nếu không được chấp thuận miễn trừ lý do chính đáng, quý vị sẽ phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng các yêu cầu báo cáo định kỳ sáu tháng một lần trừ khi quý vị được chấp thuận có lý do chính đáng.

QUYỀN ĐƯỢC CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN BẢO HIỂM TÍN DỤNG

Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm có loại trừ điều trị cho tình trạng bệnh đã có trước đó, thì thời gian quý vị đã được hưởng Trợ Cấp Y Tế có thể được tính để ghi nhận cho khoảng thời gian bảo hiểm đó. Điều này có thể giúp quý vị được chấp thuận bảo hiểm. Hãy liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải hỗ trợ chứng minh thông tin mà quý vị cung cấp. Yêu cầu hưởng trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp một số giấy tờ chứng minh nhất định. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ chứng minh, quý vị nên yêu cầu CAO hỗ trợ quý vị thu thập giấy tờ. Nếu quý vị được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra liên hệ, quý vị phải hợp tác chặt chẽ với những người đó hoặc các điều tra viên. Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc miễn trừ tại nhà và cộng đồng, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan, quý vị có thể phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Nếu quý vị đang xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký một thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các khoản trợ cấp tiền mặt, Trợ Cấp Y Tế và/hoặc trợ cấp SNAP, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người mà quý vị đang xin trợ cấp. Nếu chưa có SSN, quý vị phải làm thủ tục xin cấp. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không được nhận trợ cấp. Đối với các khoản trợ cấp tiền mặt và Trợ Cấp Y Tế, chúng tôi có thể yêu cầu SSN của bất kỳ ai mà thu nhập hoặc nguồn lực của họ có thể ảnh hưởng đến điều kiện nhận trợ cấp hoặc số tiền trợ cấp. SSN đã cung cấp sẽ được sử dụng để xác minh danh tính, đối chiếu dữ liệu thu nhập và nguồn lực trên máy tính, đồng thời ngăn chặn việc hưởng trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Người không phải công dân chỉ xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp thì không cần cung cấp SSN.

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS MỘT CÁCH HỢP PHÁP

Khi quý vị đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ được sử dụng cho người đủ điều kiện và chỉ có hiệu lực trong thời gian quy định. Quý vị chỉ được sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng. Các loại thay đổi cần phải báo cáo bao gồm việc có người rời đi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, có người có công việc mới, có người mất việc, sinh con, các nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, và tiền thắng xổ số và cờ bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị và các thông báo quý vị nhận được sẽ bao gồm nội dung chi tiết dựa trên các chương trình và quyền lợi mà quý vị đủ điều kiện hưởng. Việc không báo cáo những thay đổi cần thiết theo hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến việc mất quyền lợi, bị xử phạt hoặc bị truy tố dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp, qua điện thoại, qua fax, qua thư từ hoặc qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, theo số 1-215-560-7226 vào bất kỳ lúc nào.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT VỀ QUYỀN 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, được cho phép theo Đạo Luật Thực Phẩm Và Dinh Dưỡng năm 2008, đã được sửa đổi, 7 U.S.C. 2011-2036d. Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định xem hộ gia đình của quý vị có đủ điều kiện hoặc tiếp tục đủ điều kiện tham gia Chương Trình SNAP hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này thông qua các chương trình đối soát máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và phục vụ công tác quản lý chương trình.

(ii) Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang khác để kiểm tra chính thức, và cho các quan chức thực thi pháp luật nhằm mục đích bắt giữ những người đang lẩn trốn pháp luật.

(iii) Nếu có phát sinh yêu cầu trợ cấp SNAP đối với hộ gia đình của quý vị, thông tin trên đơn này, bao gồm tất cả SSN, có thể được chuyển cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang, cũng như các công ty thu hồi nợ tư nhân, để tiến hành các biện pháp thu hồi nợ.

(iv) Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm cả SSN của mỗi thành viên trong hộ gia đình, là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp SSN sẽ dẫn đến từ chối trợ cấp SNAP đối với mỗi cá nhân không cung cấp SSN. Bất kỳ SSN nào đã cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cùng cách thức áp dụng với SSN của các thành viên đủ điều kiện trong hộ gia đình.

Các hành vi bị nghiêm cấm và các hình thức phạt Đọc để hiểu về trách nhiệm của quý vị:

NẾU HÀNH VI NÀY XẢY RA MÀ KHÔNG CÓ LÝ DO HỢP LỆ			THÌ HÌNH THỨC PHẠT CÓ THỂ LÀ NHƯ SAU
TẤT CẢ CÁC PHÚC LỢI **SNAP** **TIỀN MẶT** **HỖ TRỢ Y TẾ**	Sử dụng Thẻ Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT) và Thẻ PA ACCESS sai mục đích.		**Phạt tiền, tù giam, hoặc cả hai hình thức này.**
	Không thông báo về các thay đổi theo yêu cầu.		**Cắt hoặc ngưng cấp phúc lợi.**
	Cố tình cung cấp thông tin giả, thiếu chính xác hoặc thiếu hoàn chỉnh, hoặc không thông báo về các thay đổi.		**Phạt tiền, tước quyền hưởng phúc lợi và/hoặc tống giam vì tội Lừa Đảo Phúc Lợi Xã Hội, tước quyền kháng cáo xin điều giải về các thủ tục hành chính.** **Không đủ điều kiện nhận trợ cấp tiền mặt:** • **Lần đầu - 6 tháng.** • **Lần thứ hai - 12 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.** **Không đủ điều kiện tham gia chương trình SNAP:** • **Lần đầu - 12 tháng.** • **Lần thứ hai - 24 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.**
	Mua bán, trao đổi hoặc nỗ lực để mua bán, trao đổi hoặc sử dụng Thẻ ACCESS với người khác.		**Không đủ điều kiện:** • **Tất cả các bản án của tòa - 12 tháng.**
SNAP	Cố tình sử dụng sai mục đích các phúc lợi chương trình SNAP, ví dụ như mua bán, trao đổi Thẻ EBT hoặc các phúc lợi chương trình SNAP; chuyển đổi các phúc lợi; hoặc lột bỏ bao gói sản phẩm mua bằng phúc lợi chương trình SNAP để đổi lấy tiền - hoặc mua đồ không thuộc phạm vi chương trình SNAP, ví dụ như đồ uống có cồn hay thuốc lá - hoặc sử dụng phúc lợi chương trình SNAP để trả tiền lương thực đã được nhận hoặc lương thực trả dần.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - 12 tháng.** • **Lần thứ hai - 24 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.** • **Lần đầu bị tòa tuyên phạt trên $500 - vĩnh viễn.**
	Sử dụng phúc lợi chương trình SNAP để mua một sản phẩm với ý định kiếm tiền hoặc bất kỳ ý định nào khác ngoài việc nhận trợ cấp lương thực theo quy định của chương trình bằng cách bán lại sản phẩm lấy tiền hoặc đổi lấy sản phẩm khác ngoài thực phẩm theo quy định.		
	Cố tình mua lại các sản phẩm vốn được mua bằng phúc lợi chương trình SNAP để kiếm tiền hoặc nhằm bất kỳ mục đích nào khác ngoài việc nhận trợ cấp lương thực theo quy định của chương trình.		
	Sử dụng/nhận các phúc lợi chương trình SNAP để mua ma túy hoặc các chất cấm.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - 24 tháng.** • **Lần thứ hai - vĩnh viễn.**
	Sử dụng/nhận các phúc lợi chương trình SNAP để mua bán súng, đạn dược, hoặc chất nổ.		**Lần đầu - vĩnh viễn không đủ điều kiện.**
	Bị kết tội mua bán hoặc trao đổi phúc lợi chương trình SNAP với tổng giá trị từ $500 trở lên.		**Vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia.**
	Nói dối về danh tính hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều hơn một phúc lợi chương trình SNAP.		**Không đủ điều kiện tham gia trong 10 năm.**
	Lẩn trốn để tránh bị khởi tố, quản thúc hoặc giam giữ vì phạm tội nghiêm trọng - hoặc lẩn trốn vì vi phạm trong thời gian thử thách hoặc quản thúc.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi tuân thủ quy định của pháp luật.**
TIỀN MẶT	Không tuân thủ thực hiện án phạt của tòa, bao gồm cả các khoản phạt tiền, vì phạm các tội nghiêm trọng hoặc không nghiêm trọng.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi thực hiện án phạt.**
	Nói dối về nơi cư trú để nhận tiền trợ cấp tại hai bang hoặc hơn.		**Không đủ điều kiện tham gia trong 10 năm.**
	Lẩn trốn để tránh bị khởi tố, quản thúc hoặc giam giữ vì phạm trọng tội hoặc có ý định phạm trọng tội; không xuất trình với tư cách bị cáo tại phiên tòa hình sự khi được tòa triệu tập hoặc ban hành trát bắt giữ do do vi phạm lỗi nhỏ, tội nghiêm trọng hoặc không nghiêm trọng; lẩn trốn vì vi phạm trong thời gian thử thách hoặc quản thúc; hoặc quý vị đang có trát có hiệu lực của tòa án.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi tuân thủ quy định của pháp luật.**
Nếu quý vị bị kết luận là lừa đảo hoặc vi phạm các quy định trên:			• **Mức phạt có giá trị lên tới $250,000 đối với chương trình SNAP và lên tới $15,000 đối với các vi phạm về tiền mặt;** • **Phạt tù tối đa 20 năm đối với vi phạm chương trình SNAP và tối đa 7 năm đối với các vi phạm về tiền mặt; và/hoặc** • **Hoàn trả các phúc lợi đã nhận.** • **Bị tước các phúc lợi trong khoảng thời gian theo quy định của chương trình như nêu trên.**
QUY ĐỊNH VỀ CÔNG VIỆC SNAP	Các thành viên trong gia đình từ trên 15 tuổi đến 60 tuổi, khỏe mạnh về mặt thể chất lẫn tâm thần, sẽ không được miễn trừ hoặc nếu không có lý do chính đáng.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - tối thiểu một tháng và cho đến khi thực hiện yêu cầu.** • **Lần thứ hai - tối thiểu 3 tháng và cho đến khi thực hiến đúng theo yêu cầu.** • **Lần thứ ba hoặc hơn - tối thiểu 6 tháng cho mỗi lần vi phạm và cho đến khi thực hiện đúng theo yêu cầu.**
	Từ chối: • Nhận công việc. • Thông báo cho CAO về tình trạng làm việc và các công việc hiện có.	Thực hiện các hành động sau một cách có chủ ý: • Bỏ việc. • Giảm giờ làm việc xuống dưới 30 giờ/tuần (trừ phi có một công việc khác đã đáp ứng đủ yêu cầu).	
QUY ĐỊNH VỀ CÔNG VIỆC TRẢ BẰNG TIỀN MẶT	Cố tình không tuân thủ theo các yêu cầu về công việc trả bằng tiền mặt như nêu trong Thỏa Thuận Về Trách Nhiệm Chung (AMR):		**Không đủ điều kiện:** • **Vi phạm lần đầu – Quý vị sẽ không đủ điều kiện trong tối thiểu 30 ngày hoặc cho đến khi việc không tuân thủ chấm dứt, tùy theo thời gian nào lâu hơn.** • **Vi phạm lần thứ hai – Quý vị sẽ không đủ điều kiện trong tối thiểu 60 ngày hoặc cho đến khi việc không tuân thủ chấm dứt, tùy theo thời gian nào dài hơn.** • **Vi phạm lần thứ ba – Quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện.** **Nếu lý do xử phạt xảy ra trong vòng 24 tháng đầu tiên kể từ khi nhận được trợ cấp tiền mặt, dù liên tục hay gián đoạn, thì việc xử phạt chỉ áp dụng cho cá nhân đó.** **Nếu lý do xử phạt xảy ra sau 24 tháng kể từ khi nhận được trợ cấp tiền mặt, dù liên tục hay gián đoạn, thì việc xử phạt sẽ áp dụng cho cả gia đình.**

Hiểu Các Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi ký vào biểu mẫu này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania sẽ nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có sẵn thông qua IEVS và các tổ chức khác sẽ được yêu cầu, sử dụng và có thể được xác minh thông qua người liên hệ của bên liên quan khi cơ quan Tiểu Bang tìm thấy các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện cũng như mức phúc lợi của hộ gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi cho phép các tổ chức tài chính tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc các phương tiện khác, tất cả thông tin tài chính mà tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định của Sở nhằm mục đích xác định và xác minh nguồn trợ giúp (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại điều kiện được hưởng Trợ Cấp 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 được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tình trạng đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi bằng cách thông báo bằng văn bản cho Sở, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi sự cho phép này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình tôi không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo sai sự thật, che giấu hoặc không thừa nhận những thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng trợ cấp của tôi, tôi có thể bị yêu cầu hoàn trả trợ cấp và có thể bị truy tố cũng như bị tước quyền nhận một số trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện được ủy quyền bằng cách điền vào phần Người Đại Diện Được Ủy Quyền và nộp kèm theo đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian dối nào được đưa ra trong đơn đăng ký này, ngay cả khi đơn đăng ký được nộp bởi người khác thay mặt tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ cá nhân nào được hưởng lợi từ việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, mà có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng của tôi, sẽ phải hoàn trả các khoản trợ cấp đã được cấp sai.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc hoặc được ai đó đọc cho tôi nghe và tôi hiểu rõ các thông tin này.
- Tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc các bên được ủy quyền của Sở có thể liên hệ với tôi qua email và tin nhắn để được hỗ trợ xử lý đơn đăng ký hoặc yêu cầu phản hồi về quy trình nộp đơn. Nếu tôi không muốn nhận email hoặc tin nhắn, tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh vẫn sẽ xử lý đơn của tôi.
- Tôi hiểu rằng thông tin được nhập vào đơn đăng ký này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để quản lý các quyền lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế nhằm mục đích xác định tư cách đủ điều kiện của tôi.
- Tôi hiểu rằng các thay đổi mà tôi cần báo cáo phải được thực hiện trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau tháng xảy ra thay đổi hoặc, đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn và Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng, trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi.
- Tôi hiểu rằng hộ gia đình tôi có thể mất trợ cấp SNAP nếu một thành viên trong gia đình nhận được tiền thắng xổ số hoặc cờ bạc bằng hoặc lớn hơn giới hạn nguồn lực được phép nhận trợ cấp SNAP dành cho hộ gia đình có người cao tuổi hoặc người khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về các quyền lợi. Nếu quyền lợi bị từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày (90 ngày đối với trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm)) kể từ ngày nhận được thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi phụ thuộc vào xác minh từ phía chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của mình hoặc đăng ký để lấy số này nếu chưa có. Những số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tôi phải sử dụng thẻ Chuyển Quyền Lợi Điện Tử (EBT) hoặc thẻ ACCESS của Pennsylvania chỉ trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ EBT hoặc thẻ ACCESS của Pennsylvania cho người đủ điều kiện cũng như chỉ nhận các quyền lợi cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng Khoản Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PA ACCESS của mình để thực hiện giao dịch EBT tại cửa hàng rượu, sòng bạc (casino, cơ sở trò chơi) hoặc các địa điểm giải trí dành cho người lớn.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, thông tin này có thể được sử dụng để kiểm tra các thông tin trong đơn đăng ký này. Việc cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ có thể giúp tôi tối đa hóa quyền lợi và rút ngắn thời gian nhận trợ cấp.
- Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận giấy chứng nhận thời gian tham gia bảo hiểm y tế hợp lệ để xác nhận phạm vi bảo hiểm y tế của mình. Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế Trợ Cấp Y Tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu tôi tham gia một chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm có điều khoản về tình trạng bệnh mà tôi đã có trước đó, tôi có thể được tính thời gian đã nhận Trợ Cấp Y Tế trước đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được tham gia gói Trợ Cấp Y Tế toàn diện nhất mà tôi có thể nhận. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải tham gia một chương trình bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế có thể miễn chi phí hoặc chi phí thấp dành cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm y tế cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Trợ Cấp Y Tế mà tôi không đủ điều kiện, do nhầm lẫn, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả cho Sở tất cả các khoản phí hàng tháng đã thanh toán thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện cho nhiều hơn một loại Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được xếp vào loại Trợ Cấp Y Tế có lợi nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn loại Trợ Cấp Y Tế mà mình nhận được và tôi có thể yêu cầu chuyển sang loại trợ cấp khác nếu tôi đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế với khoản phí bảo hiểm hàng tháng.
- Nếu tôi nhận được trợ cấp tiền mặt, tôi sẽ hợp tác với các yêu cầu của chương trình thi hành trợ cấp nuôi con theo chỉ đạo của Sở. Tôi trao cho Sở và Bộ Phận Quan Hệ Gia Đình quyền theo dõi và thu hồi tiền mặt và/hoặc hỗ trợ y tế cho tôi và những người khác mà tôi đang xin trợ cấp.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu của gia đình, tôi sẽ nhận được mức trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm) tối đa cho phép. Việc không báo cáo hoặc không cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu gia đình sẽ được coi là tuyên bố của tôi rằng tôi không muốn nhận khoản khấu trừ cho các khoản chi phí chưa được báo cáo hoặc chưa được chứng minh. (Cơ quan ban hành: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Cục Dịch Vụ Thực Phẩm và Dinh Dưỡng, Khu vực Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chính 6-99, ban hành ngày 4 tháng 1 năm 1999).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tính các khoản chi tiêu sinh hoạt tại thời điểm báo cáo và có quyền cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu đó bất cứ lúc nào trong thời gian được hưởng trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ quận (CAO) hỗ trợ trong việc thu thập bằng chứng về các khoản chi phí và CAO có thể liên hệ với những người khác để xác nhận xem tôi có gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng cho bất cứ vấn đề nào không.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, họ có thể đủ điều kiện nhận CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế thông qua Sở, họ có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn chăm sóc sức khỏe tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Pennsylvania (Pennie). Trong trường hợp này, tôi ủy quyền cho Sở chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- **Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới:** Để thuận tiện hơn cho việc xác định tư cách đủ điều kiện của tôi trong những năm tới, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Pennsylvania (Pennie) sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ tờ khai thuế. Pennie sẽ gửi cho tôi một thông báo, cho phép tôi thực hiện các thay đổi và tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tư cách đủ điều kiện của tôi cho kỳ tiếp theo: (Chọn một):

- ☐ 5 năm (số năm tối đa cho phép)
- ☐ 4 năm
- ☐ 3 năm
- ☐ 2 năm
- ☐ 1 năm
- ☐ Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế của tôi để gia hạn bảo hiểm.

Ký Tên Tại Đây:

X

Chữ Ký của Người Nộp Đơn hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

QUAN TRỌNG: Nếu hộ gia đình của quý vị đủ điều kiện nhận SNAP/LIHEAP, quý vị có thể nhận được mẫu chấp thuận theo Luồng Nhanh qua đường bưu điện, cho phép quý vị và các thành viên trong hộ gia đình được tự động đăng ký vào chương trình Trợ Cấp Y tế.

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

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG HỖ TRỢ QUẬN

Tôi đã giải thích cho người nộp đơn về các quyền và trách nhiệm của họ.

Chữ Ký của CAO

Ngày

VUI LÒNG KÝ TÊN VÀ GHI NGÀY VÀO ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY, ĐỒNG THỜI ĐÍNH KÈM CÁC TÀI LIỆU CẦN THIẾT

Phụ Lục A

Bảo Hiểm Sức Khỏe từ (các) Công Việc

Hãy cho chúng tôi biết về công việc cung cấp bảo hiểm. Quý vị KHÔNG cần trả lời những câu hỏi này trừ khi có thành viên trong hộ gia đình đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ công việc. **Quý vị không cần phải hoàn thành phụ lục này nếu chỉ đăng ký SNAP.**

Viết tên và số An Sinh Xã Hội của quý vị trong phần Thông Tin Nhân Viên. Quý vị có thể cần yêu cầu chủ lao động giúp hoàn thành phần Thông Tin Về Chủ Lao Động. Nếu không kịp nhận được thông tin này từ chủ lao động hoặc cảm thấy việc hoàn thành thông tin này sẽ làm chậm quá trình bắt đầu đơn đăng ký, quý vị có thể gửi đơn đăng ký của mình mà không có Phụ Lục A.

Đính kèm bản sao của trang này đối với mỗi công việc cung cấp bảo hiểm.

THÔNG TIN NHÂN VIÊN

Tên nhân viên (tên, tên đệm, họ):	Số An Sinh Xã Hội:

Thông Tin Về Chủ Lao Động

Tên chủ lao động:		Mã số định danh của Chủ Lao Động (EIN)
Địa chỉ của chủ lao động (bao gồm đường, số nhà, thành phố, tiểu bang & mã BƯU CHÍNH +4):		Số điện thoại của chủ lao động: ( )
Chúng tôi có thể liên hệ với ai về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên làm công việc này? ▶	Số điện thoại (nếu khác với số trên): ( )	Địa chỉ email:

Nhân viên hiện có đủ điều kiện để được chủ lao động hỗ trợ đóng bảo hiểm chưa, hay sẽ đủ điều kiện trong vòng 3 tháng tới?

☐ **Có** (tiếp tục) Nếu hiện tại nhân viên không đủ điều kiện, kể cả do thời gian chờ đợi hoặc thử việc, khi nào nhân viên đủ điều kiện nhận bảo hiểm? _____

☐ **Không** (DỪNG và trả lại biểu mẫu này cho nhân viên)

Hãy cho chúng tôi biết về **chương trình bảo hiểm sức khỏe** do **chủ lao động này cung cấp.**

Chủ lao động có cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe bao gồm cả vợ/chồng hoặc (những) người phụ thuộc của nhân viên không? ☐ Có. Thành viên nào: ☐ Vợ/Chồng ☐ (Những) người phụ thuộc ☐ Không (chuyển sang câu hỏi tiếp theo)

Chủ lao động có cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không?* ☐ Có (chuyển sang câu hỏi tiếp theo) ☐ Không (DỪNG và trả lại biểu mẫu cho nhân viên)

Đối với chương trình có chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* được cung cấp **chỉ cho nhân viên** (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình): Nếu chủ lao động có các chương trình chăm sóc sức khỏe, cung cấp phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu họ được giảm giá tối đa cho bất kỳ chương trình cai nghiện thuốc lá nào và không nhận được bất kỳ khoản giảm giá nào khác dựa trên các chương trình chăm sóc sức khỏe.

Nhân viên phải chi trả bao nhiêu cho gói bảo hiểm này? $ _____

Tần suất thanh toán? ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng Tháng ☐ Hàng Quý ☐ Hàng năm

Nếu chương trình của quý vị sắp kết thúc và quý vị biết rằng các chương trình bảo hiểm sức khỏe được cung cấp sẽ thay đổi, chuyển sang câu hỏi tiếp theo. Nếu quý vị không biết, DỪNG và trả lại biểu mẫu cho nhân viên.

Chủ lao động sẽ thực hiện thay đổi gì cho năm kế hoạch mới?

☐ Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

☐ Chủ lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm cho chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải phản ánh chiết khấu cho các chương trình chăm sóc sức khỏe. Xem câu hỏi ở trên.)

Nhân viên phải trả bao nhiêu phí bảo hiểm cho chương trình bảo hiểm này? $_____

Tần suất thanh toán? ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

Ngày thay đổi: (tháng/ngày/năm) _____

*Chương trình bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động tài trợ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu phần chia sẻ của chương trình trong tổng chi phí phúc lợi được phép mà chương trình bao trả không ít hơn 60% chi phí đó (Mục 36B(C)(2)(C)(ii) của Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986).

Pennsylvania
Department of Human Services

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Pennsylvania (DHS) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. DHS không loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, tín ngưỡng, tôn giáo, tổ tiên, giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới tính hoặc khuynh hướng tính dục.

DHS CUNG CẤP:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để liên lạc một cách hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, 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:
  - Thông dịch viên có trình độ
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với văn phòng hỗ trợ của quận tại địa phương.

Nếu quý vị tin rằng DHS đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể gửi 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, Dịch Vụ Chuyển Tiếp PA 711, fax - (717) 772-4366 hoặc email - RA-PWBEOAO@pa.gov. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Bộ Phận Cơ Hội Bình Đẳng sẽ sẵn sàng trợ giúp.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền, bằng phương thức điện tử thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Văn Phòng Dân Quyền, có sẵn tại https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby .jsf hoặc qua thư, điện thoại tại:

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)

Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Quyền và Trách Nhiệm của Quý vị Đọc về các quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ
Tổ chức này nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, giới tính, tuổi tác và trong một số trường hợp theo tôn giáo hoặc quan điểm chính trị.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc hành vi trả đũa/trả thù do trước đây đã tham gia các hoạt động liên quan đến dân quyền trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA thực hiện hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần phương tiện giao tiếp thay thế để tiếp nhận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, khó nghe hoặc gặp khó khăn về phát âm có thể liên hệ với USDA thông qua dịch vụ chuyển tiếp Liên bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, quý vị hãy điền vào Biểu Mẫu Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử của USDA, (AD-3027), có thể tìm thấy 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 đến USDA và cung cấp trong thư tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu. Để yêu cầu bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy liên hệ số (866) 632-9992. Quý vị vui lòng gửi biểu mẫu hoặc thư đã điền đầy đủ nội dung đến USDA bằng cách:

(1) Gửi thư đến: U.S. Department of Agriculture (Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Văn Phòng Trợ Lý Bộ Trưởng về Quyền Công Dân)
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) số fax: (202) 690-7442; hoặc

(3) email: program.intake@usda.gov.

Để biết thêm thông tin về các vấn đề liên quan đến Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị nên liên hệ với Đường Dây Nóng SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, cũng hỗ trợ tiếng Tây Ban Nha, hoặc gọi đến các số điện thoại Thông Tin/Đường Dây Nóng của Tiểu Bang (nhấp vào liên kết để xem danh sách số điện thoại đường dây nóng của từng tiểu bang); có thể tìm thấy trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang thông qua Sở Y Tế và Dịch vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), 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 đến số (202) 619-0403 (thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là một đơn vị cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT
Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Thông tin cầu quý vị sẽ chỉ được sử dụng để quyết định quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình nào. Khi được yêu cầu, văn phòng hỗ trợ của quận (CAO) phải cung cấp cho các quan chức thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc quản thúc vì tội hình sự hoặc vi phạm án treo hoặc tạm tha. Bất kỳ người nào cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc và quy định của sở này sẽ bị coi là phạm tội nhẹ và khi bị kết án sẽ bị phạt tiền không quá một trăm đô la (100$), hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai hình phạt trên (theo 62 P.S. Mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN
Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rõ các khoản trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt trợ cấp, chúng tôi sẽ gửi quý vị văn bản giải thích lý do. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với trợ cấp Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo để yêu cầu một phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO
Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần tại Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một cuộc họp với cơ quan trước khi phiên điều trần diễn ra. Nếu đơn kháng cáo của quý vị liên quan đến việc trợ cấp SNAP khẩn cấp quý vị có quyền được gặp họp với người giám sát trong vòng hai ngày làm việc. Tại phiên điều trần, quý vị có thể tự đại diện cho mình, hoặc nhờ người khác đại diện, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân.

QUYỀN YÊU CẦU LÝ DO CHÍNH ĐÁNG
Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc Trợ Cấp Y Tế, pháp luật yêu cầu quý vị phải hợp tác trong việc xác lập mối quan hệ huyết thống và yêu cầu cấp dưỡng. Quý vị có thể được miễn trừ khỏi các yêu cầu này nếu chứng minh được rằng việc đó có thể gây nguy hiểm cho quý vị và/hoặc con cái của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Nếu không được chấp thuận miễn trừ lý do chính đáng, quý vị sẽ phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng các yêu cầu báo cáo định kỳ sáu tháng một lần trừ khi quý vị được chấp thuận có lý do chính đáng.

QUYỀN ĐƯỢC CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN BẢO HIỂM TÍN DỤNG
Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm có loại trừ điều trị cho tình trạng bệnh mà quý vị đã có trước đó, thì thời gian quý vị đã được hưởng trợ cấp MA có thể được tính để ghi nhận cho khoảng thời gian bảo hiểm đó. Điều này có thể giúp quý vị được chấp thuận bảo hiểm. Hãy liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN
Quý vị phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải hỗ trợ chứng minh thông tin mà quý vị cung cấp. Yêu cầu hưởng trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp một số giấy tờ chứng minh nhất định. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ chứng minh, quý vị nên yêu cầu CAO hỗ trợ quý vị thu thập bằng chứng. Nếu quý vị được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra liên hệ, quý vị phải hợp tác chặt chẽ với những người đó hoặc các điều tra viên. Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc miễn trừ tại nhà và cộng đồng, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn nào liên quan, quý vị có thể phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Nếu quý vị đang xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký một thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI
Đối với các khoản trợ cấp tiền mặt, Trợ Cấp Y Tế và/hoặc trợ cấp SNAP, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người mà quý vị đang xin trợ cấp. Nếu chưa có SSN, quý vị phải làm thủ tục xin cấp. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không được nhận trợ cấp. Đối với các khoản trợ cấp tiền mặt và Trợ Cấp Y Tế, chúng tôi có thể yêu cầu SSN của bất kỳ ai mà thu nhập hoặc nguồn lực của họ có thể ảnh hưởng đến điều kiện nhận trợ cấp hoặc số tiền trợ cấp. SSN đã cung cấp sẽ được sử dụng để xác minh danh tính, đối chiếu dữ liệu thu nhập và nguồn lực trên máy tính, đồng thời ngăn chặn việc hưởng trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Người không phải công dân chỉ xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp thì không cần cung cấp SSN.

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS MỘT CÁCH HỢP PHÁP
Khi quý vị đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ được sử dụng cho người đủ điều kiện và chỉ có hiệu lực trong thời gian quy định. Quý vị chỉ được sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI
Nếu quý vị đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng. Các loại thay đổi cần phải báo cáo bao gồm việc có người rời đi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, có người có công việc mới, có người mất việc, sinh con, các nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, và tiền thắng xổ số và cờ bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị và các thông báo quý vị nhận được sẽ bao gồm nội dung chi tiết dựa trên các chương trình và quyền lợi mà quý vị đủ điều kiện hưởng. Việc không báo cáo những thay đổi cần thiết theo hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến việc mất quyền lợi, bị xử phạt hoặc bị truy tố dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp, qua điện thoại, qua fax, qua thư từ hoặc qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, theo số 1-215-560-7226 vào bất kỳ lúc nào.

TUYÊN BỐ THEO ĐẠO LUẬT VỀ QUYỀN 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, được cho phép theo Đạo Luật Thực Phẩm Và Dinh Dưỡng năm 2008, đã được sửa đổi, 7 U.S.C. 2011-2036d. Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định xem hộ gia đình của quý vị có đủ điều kiện hoặc tiếp tục đủ điều kiện tham gia Chương Trình SNAP hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này thông qua các chương trình đối soát máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và phục vụ công tác quản lý chương trình.

(ii) Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang khác để kiểm tra chính thức, và cho các quan chức thực thi pháp luật nhằm mục đích bắt giữ những người đang lẩn trốn pháp luật.

(iii) Nếu có phát sinh yêu cầu trợ cấp SNAP đối với hộ gia đình của quý vị, thông tin trên đơn này, bao gồm tất cả SSN, có thể được chuyển cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các công ty thu hồi nợ tư nhân, để tiến hành các biện pháp thu hồi nợ.

(iv) Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm cả SSN của mỗi thành viên trong hộ gia đình, là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp SSN sẽ dẫn đến từ chối trợ cấp SNAP đối với mỗi cá nhân không cung cấp SSN. Bất kỳ SSN nào đã cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cùng cách thức áp dụng với SSN của các thành viên đủ điều kiện trong hộ gia đình.

Các hành vi bị nghiêm cấm và các hình thức phạt Đọc để hiểu về trách nhiệm của quý vị:

NẾU HÀNH VI NÀY XẢY RA MÀ KHÔNG CÓ LÝ DO HỢP LỆ			THÌ HÌNH THỨC PHẠT LÀ NHƯ SAU
TẤT CẢ CÁC PHÚC LỢI **SNAP** **TIỀN MẶT** **HỖ TRỢ Y TẾ**	Sử dụng Thẻ Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT) và Thẻ PA ACCESS sai mục đích.		**Phạt tiền, tù giam, hoặc cả hai hình thức này.**
	Không thông báo về các thay đổi theo yêu cầu.		**Cắt hoặc ngưng cấp phúc lợi.**
	Cố tình cung cấp thông tin giả, thiếu chính xác hoặc thiếu hoàn chỉnh, hoặc không thông báo về các thay đổi.		**Phạt tiền, tước quyền hưởng phúc lợi và/hoặc tống giam vì tội Lừa Đảo Phúc Lợi Xã Hội, tước quyền kháng cáo xin điều giải về các thủ tục hành chính.** **Không đủ điều kiện nhận trợ cấp tiền mặt:** • **Lần đầu - 6 tháng.** • **Lần thứ hai - 12 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.** **Không đủ điều kiện tham gia chương trình SNAP:** • **Lần đầu - 12 tháng.** • **Lần thứ hai - 24 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.**
	Mua bán, trao đổi hoặc nỗ lực để mua bán, trao đổi hoặc sử dụng Thẻ ACCESS với người khác.		**Không đủ điều kiện:** • **Tất cả các bản án của tòa - 12 tháng.**
SNAP	Cố tình sử dụng sai mục đích các phúc lợi chương trình SNAP, ví dụ như mua bán, trao đổi Thẻ EBT hoặc các phúc lợi chương trình SNAP; chuyển đổi các phúc lợi; hoặc lột bỏ bao gói sản phẩm mua bằng phúc lợi chương trình SNAP để đổi lấy tiền - hoặc mua đồ không thuộc phạm vi chương trình SNAP, ví dụ như đồ uống có cồn hay thuốc lá - hoặc sử dụng phúc lợi chương trình SNAP để trả tiền lương thực đã được nhận hoặc lương thực trả dần.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - 12 tháng.** • **Lần thứ hai - 24 tháng.** • **Lần thứ ba - vĩnh viễn.** • **Lần đầu bị tòa tuyên phạt trên $500 - vĩnh viễn.**
	Sử dụng phúc lợi chương trình SNAP để mua một sản phẩm với ý định kiếm tiền hoặc bất kỳ ý định nào khác ngoài việc nhận trợ cấp lương thực theo quy định của chương trình bằng cách bán lại sản phẩm lấy tiền hoặc đổi lấy sản phẩm khác ngoài thực phẩm theo quy định.		
	Cố tình mua lại các sản phẩm vốn được mua bằng phúc lợi chương trình SNAP để kiếm tiền hoặc nhằm bất kỳ mục đích nào khác ngoài việc nhận trợ cấp lương thực theo quy định của chương trình.		
	Sử dụng/nhận các phúc lợi chương trình SNAP để mua ma túy hoặc các chất cấm.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - 24 tháng.** • **Lần thứ hai - vĩnh viễn.**
	Sử dụng/nhận các phúc lợi chương trình SNAP để mua bán súng, đạn dược, hoặc chất nổ.		**Lần đầu - vĩnh viễn không đủ điều kiện.**
	Bị kết tội mua bán hoặc trao đổi phúc lợi chương trình SNAP với tổng giá trị từ $500 trở lên.		**Vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia.**
	Nói dối về danh tính hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều hơn một phúc lợi chương trình SNAP.		**Không đủ điều kiện tham gia trong 10 năm.**
	Lẩn trốn để tránh bị khởi tố, quản thúc hoặc giam giữ vì phạm tội nghiêm trọng - hoặc lẩn trốn vì vi phạm trong thời gian thử thách hoặc quản thúc.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi tuân thủ quy định của pháp luật.**
TIỀN MẶT	Không tuân thủ thực hiện án phạt của tòa, bao gồm cả các khoản phạt tiền, vi phạm các tội nghiêm trọng hoặc không nghiêm trọng.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi thực hiện án phạt.**
	Nói dối về nơi cư trú để nhận tiền trợ cấp tại hai bang hoặc hơn.		**Không đủ điều kiện tham gia trong 10 năm.**
	Lẩn trốn để tránh bị khởi tố, quản thúc hoặc giam giữ vì phạm trọng tội hoặc có ý định phạm trọng tội; không xuất trình với tư cách bị cáo tại phiên tòa hình sự khi được tòa triệu tập hoặc ban hành trát bắt giữ do do vi phạm lỗi nhỏ, tội nghiêm trọng hoặc không nghiêm trọng; lẩn trốn vì vi phạm trong thời gian thử thách hoặc quản thúc; hoặc quý vị đang có trát có hiệu lực của tòa án.		**Không đủ điều kiện tham gia đến khi tuân thủ quy định của pháp luật.**
Nếu quý vị bị kết luận là lừa đảo hoặc vi phạm các quy định trên:			• **Mức phạt có giá trị lên tới $250,000 đối với chương trình SNAP và lên tới $15,000 đối với các vi phạm về tiền mặt;** • **Phạt tù tối đa 20 năm đối với vi phạm chương trình SNAP và tối đa 7 năm đối với các vi phạm về tiền mặt; và/hoặc** • **Hoàn trả các phúc lợi đã nhận.** • **Bị tước các phúc lợi trong khoảng thời gian theo quy định của chương trình như nêu trên.**
QUY ĐỊNH VỀ CÔNG VIỆC SNAP	Các thành viên trong gia đình từ trên 15 tuổi đến 60 tuổi, khỏe mạnh về mặt thể chất lẫn tâm thần, sẽ không được miễn trừ hoặc nếu không có lý do chính đáng.		**Không đủ điều kiện:** • **Lần đầu - tối thiểu một tháng và cho đến khi thực hiện yêu cầu.** • **Lần thứ hai - tối thiểu 3 tháng và cho đến khi thực hiến đúng theo yêu cầu.** • **Lần thứ ba hoặc hơn - tối thiểu 6 tháng cho mỗi lần vi phạm và cho đến khi thực hiện đúng theo yêu cầu.**
	Từ chối: • Nhận công việc. • Thông báo cho CAO về tình trạng làm việc và các công việc hiện có.	Thực hiện các hành động sau một cách có chủ ý: • Bỏ việc. • Giảm giờ làm việc xuống dưới 30 giờ/tuần (trừ phi có một công việc khác đã đáp ứng đủ yêu cầu).	
QUY ĐỊNH VỀ CÔNG VIỆC TRẢ BẰNG TIỀN MẶT	Cố tình không tuân thủ theo các yêu cầu như nêu trong Thỏa Thuận Về Trách Nhiệm Chung (AMR):		**Không đủ điều kiện:** • **Vi phạm lần đầu – Quý vị sẽ không đủ điều kiện trong tối thiểu 30 ngày hoặc cho đến khi việc không tuân thủ chấm dứt, tùy theo thời gian nào lâu hơn.** • **Vi phạm lần thứ hai – Quý vị sẽ không đủ điều kiện trong tối thiểu 60 ngày hoặc cho đến khi việc không tuân thủ chấm dứt, tùy theo thời gian nào dài hơn.** • **Vi phạm lần thứ ba – Quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện.** **Nếu lý do xử phạt xảy ra trong vòng 24 tháng đầu tiên kể từ khi nhận được trợ cấp tiền mặt, dù liên tục hay gián đoạn, thì việc xử phạt chỉ áp dụng cho cá nhân đó.** **Nếu lý do xử phạt xảy ra sau 24 tháng kể từ khi nhận được trợ cấp tiền mặt, dù liên tục hay gián đoạn, thì việc xử phạt sẽ áp dụng cho cả gia đình.**

VOLUNTARY

Hiểu Về Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi ký vào biểu mẫu này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania sẽ nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có sẵn thông qua IEVS và các tổ chức khác sẽ được yêu cầu, sử dụng và có thể được xác minh thông qua người liên hệ của bên liên quan khi cơ quan Tiểu Bang tìm thấy các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tư cách đủ điều kiện cũng như mức phúc lợi của hộ gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi cho phép các tổ chức tài chính tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc các phương tiện khác, tất cả thông tin tài chính mà tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định của Sở nhằm mục đích xác định và xác minh nguồn trợ giúp (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại điều kiện được hưởng Trợ Cấp 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 được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tình trạng đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi bằng cách thông báo bằng văn bản cho Sở, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi sự cho phép này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình tôi không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo sai sự thật, che giấu hoặc không thừa nhận những thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng trợ cấp của tôi, tôi có thể bị yêu cầu hoàn trả trợ cấp và có thể bị truy tố cũng như bị tước quyền nhận một số trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện được ủy quyền bằng cách điền vào phần Người Đại Diện Được Ủy Quyền và nộp kèm theo đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian dối nào được đưa ra trong đơn đăng ký này, ngay cả khi đơn đăng ký được nộp bởi người khác thay mặt tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ cá nhân nào được hưởng lợi từ việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, mà có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng của tôi, sẽ phải hoàn trả các khoản trợ cấp đã được cấp sai.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc hoặc được ai đó đọc cho tôi nghe và tôi hiểu rõ các thông tin này.
- Tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc người được ủy quyền có thể liên hệ với tôi qua các phương thức bao gồm email và tin nhắn văn bản để hỗ trợ xử lý đơn đăng ký của tôi hoặc yêu cầu phản hồi về quy trình đăng ký. Nếu tôi không muốn nhận email hoặc tin nhắn, tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh vẫn sẽ xử lý đơn đăng ký của tôi.
- Tôi hiểu rằng thông tin được nhập vào đơn đăng ký này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để quản lý các quyền lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế nhằm mục đích xác định tư cách đủ điều kiện của tôi.
- Tôi hiểu rằng các thay đổi mà tôi cần báo cáo phải được thực hiện trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau tháng xảy ra thay đổi hoặc, đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn và Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng, trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi.
- Tôi hiểu rằng hộ gia đình tôi có thể mất trợ cấp SNAP nếu một thành viên trong gia đình nhận được tiền thắng xổ số hoặc cờ bạc bằng hoặc lớn hơn giới hạn nguồn lực được phép nhận trợ cấp SNAP dành cho hộ gia đình có người cao tuổi hoặc người khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về các quyền lợi. Nếu quyền lợi bị từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày (90 ngày đối với trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm)) kể từ ngày nhận được thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi phụ thuộc vào xác minh từ phía chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của mình hoặc đăng ký để lấy số này nếu chưa có. Số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tôi phải sử dụng thẻ Chuyển Quyền Lợi Điện Tử (EBT) hoặc thẻ ACCESS của Pennsylvania chỉ trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ EBT hoặc thẻ ACCESS của Pennsylvania cho người đủ điều kiện cũng như chỉ nhận các quyền lợi cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng Khoản Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PA ACCESS của mình để thực hiện giao dịch EBT tại cửa hàng rượu, sòng bạc (casino, cơ sở trò chơi) hoặc các địa điểm giải trí dành cho người lớn.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, thông tin này có thể được sử dụng để kiểm tra các thông tin trong đơn đăng ký này. Việc cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ có thể giúp tôi tối đa hóa quyền lợi và rút ngắn thời gian nhận trợ cấp.
- Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận giấy chứng nhận thời gian tham gia bảo hiểm y tế hợp lệ để xác nhận phạm vi bảo hiểm y tế của mình. Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế Trợ Cấp Y Tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu tôi tham gia một chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm có điều khoản về tình trạng bệnh mà tôi đã có trước đó, tôi có thể được tính thời gian đã nhận Trợ Cấp Y Tế trước đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được tham gia gói Trợ Cấp Y Tế toàn diện nhất mà tôi có thể nhận. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải tham gia một chương trình bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế có thể miễn chi phí hoặc chi phí thấp dành cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm y tế cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Trợ Cấp Y Tế mà tôi không đủ điều kiện, do nhầm lẫn, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả cho Sở tất cả các khoản phí hàng tháng đã thanh toán thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện cho nhiều hơn một loại Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được xếp vào loại Trợ Cấp Y Tế có lợi nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn loại Trợ Cấp Y Tế mà mình nhận được và tôi có thể yêu cầu chuyển sang loại trợ cấp khác nếu tôi đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế với khoản phí bảo hiểm hàng tháng.
- Nếu tôi nhận được trợ cấp tiền mặt, tôi sẽ hợp tác với các yêu cầu của chương trình thi hành trợ cấp nuôi con theo chỉ đạo của Sở. Tôi trao cho Sở và Bộ Phận Quan Hệ Gia Đình quyền theo dõi và thu hồi tiền mặt và/hoặc hỗ trợ y tế cho tôi và những người khác mà tôi đang xin trợ cấp.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu của gia đình, tôi sẽ nhận được mức trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm) tối đa cho phép. Việc không báo cáo hoặc không cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu gia đình sẽ được coi là tuyên bố của tôi rằng tôi không muốn được khấu trừ cho các khoản chi phí không được báo cáo hoặc không được chứng minh. (Cơ quan ban hành: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Cục Dịch Vụ Thực Phẩm và Dinh Dưỡng, Khu vực Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chính 6-99, ban hành ngày 4 tháng 1 năm 1999).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tính các khoản chi tiêu sinh hoạt tại thời điểm báo cáo và có quyền cung cấp bằng chứng về các khoản chi tiêu đó bất cứ lúc nào trong thời gian được hưởng trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm).
- Tôi hiểu rằng tội có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ quận (CAO) hỗ trợ trong việc thu thập bằng chứng về các khoản chi phí và CAO có thể liên hệ với những người khác để xác nhận nếu tôi gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng cho bất cứ vấn đề nào.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả những người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, họ có thể đủ điều kiện nhận CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế thông qua Sở, họ có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn chăm sóc sức khỏe tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Pennsylvania (Pennie). Trong trường hợp này, tôi ủy quyền cho Sở chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- **Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới:** Để thuận tiện hơn cho việc xác định tư cách đủ điều kiện của tôi trong những năm tới, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Pennsylvania (Pennie) sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ tờ khai thuế. Pennie sẽ gửi cho tôi một thông báo, cho phép tôi thực hiện các thay đổi và tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tư cách đủ điều kiện của tôi cho kỳ tiếp theo: (Chọn một):

- ☐ 5 năm (số năm tối đa cho phép)
- ☐ 4 năm
- ☐ 3 năm
- ☐ 2 năm
- ☐ 1 năm
- ☐ Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế của tôi để gia hạn bảo hiểm.

KITACO FAMILY

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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانا. 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)

Pennsylvania
Department of Human Services