



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.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទង ការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

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 فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Quý vị có thể gia hạn trực tuyến tại www.compass.state.pa.us

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**.

Sự An Toàn của Gia Đình: Thông tin về Phúc Lợi của Quý Vị và Bạo Lực Gia Đình.

Bạo lực gia đình xảy ra khi ai đó trong cuộc sống gây tổn thương đến quý vị. Có thể là hành vi ngược đãi về mặt thể chất, tình dục hoặc tình cảm. Bao gồm:

- Gây tổn thương thể chất cho quý vị hoặc con quý vị
- Đe dọa hoặc cố gắng gây tổn thương cho quý vị, con quý vị hoặc tài sản của quý vị
- Ép buộc quý vị quan hệ tình dục
- Lạm dụng tình dục con của quý vị
- Kiểm soát nơi quý vị đến và những người quý vị gặp gỡ
- Không cho phép quý vị hoặc con quý vị nhận đồ ăn, quần áo hoặc chăm sóc y tế
- Ngăn cản quý vị đi làm hoặc đi học
- Theo dõi hoặc rình rập quý vị

Nếu quý vị đang hoặc đã từng là nạn nhân của bạo lực gia đình hoặc có nguy cơ bị bạo lực thêm nữa, nhân viên phụ trách hồ sơ có thể miễn cho quý vị các yêu cầu về hỗ trợ tiền mặt nếu bạo lực gia đình khiến quý vị không thể đáp ứng theo yêu cầu. Đôi khi mọi người không thể đáp ứng các yêu cầu phúc lợi một cách an toàn vì họ sợ rằng họ hoặc con của họ sẽ bị ngược đãi nếu làm như vậy. Bao gồm:

- Hỗ trợ hợp tác
- Giới hạn thời gian
- Công việc (ĐI LÀM LẠI)
- Các yêu cầu liên quan đến phụ huynh trong độ tuổi thanh thiếu niên sống ở nhà
- Các yêu cầu khác tùy theo từng trường hợp
- Xác minh

Nếu quý vị cần được miễn các yêu cầu phúc lợi vì bạo lực gia đình, hãy nói với nhân viên phụ trách hồ sơ.

Nếu quý vị hoặc con quý vị đang hoặc đã từng là nạn nhân của bạo lực gia đình hoặc có nguy cơ bị bạo lực thêm nữa, nhân viên phụ trách hồ sơ có thể:

- **Nói chuyện** với quý vị nếu có nhu cầu. Quý vị có thể yêu cầu cuộc trò chuyện riêng. Nhân viên phụ trách hồ sơ và nhân viên khác sẽ giữ bí mật thông tin cá nhân của quý vị. Tuy nhiên, luật quy định rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh phải báo cáo hành vi ngược đãi trẻ em cho Cơ Quan Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên.
- **Giúp** quý vị tìm các chương trình địa phương nơi quý vị có thể nhận **tư vấn, lập kế hoạch an toàn, nơi trú ẩn, dịch vụ pháp lý** và các trợ giúp khác.
- **Giúp** quý vị hiểu các quy tắc đăng ký hỗ trợ tiền mặt và cách các quy tắc ảnh hưởng đến quý vị nếu đăng ký. Một số yêu cầu TANF có thể được miễn dựa trên trường hợp bạo lực gia đình.

Để biết thêm thông tin về can thiệp khủng hoảng, tư vấn, đồng hành với cảnh sát, cơ sở y tế và tòa án, nơi trú ẩn khẩn cấp tạm thời, các chương trình giáo dục và phòng ngừa, hãy gọi:


Liên Minh Phòng Chống Bạo Lực Gia Đình Pennsylvania
1-800-932-4632 (tại PA) 303-839-1852 (Quốc gia)

PA CareerLink® - Thông Tin Quan Trọng

PA CareerLink® là chương trình của Sở Lao Động và Công Nghiệp Pennsylvania nhằm giúp người tìm việc tìm được việc làm. Nhân viên Sở Lao Động và Công Nghiệp biết về các điều kiện thị trường lao động hiện tại và có thể cung cấp cho quý vị thông tin, nguồn lực hỗ trợ để giúp tìm kiếm việc làm.

Quý vị cần 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.state.pa.us 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.

- 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.
- 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.**
- 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.
- 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.**
- 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.
- Quý vị có thể đăng ký lại trực tuyến tại: www.compass.state.pa.us.

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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) | <input type="checkbox"/> Phòng Khám Sức Khỏe cho Trẻ Nhỏ | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ về Khuyết Tật Trí Tuệ |
| <input type="checkbox"/> Tiêm chủng (các mũi tiêm) | <input type="checkbox"/> LIHEAP (Trợ cấp năng lượng) | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ dành cho cựu chiến binh |
| <input type="checkbox"/> WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Nhỏ) | <input type="checkbox"/> Ngân hàng thực phẩm | <input type="checkbox"/> Các bữa ăn ở trường (miễn phí hoặc giảm giá) |
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc trẻ em | <input type="checkbox"/> Đường dây hỗ trợ (dịch vụ điện thoại giảm giá) | <input type="checkbox"/> Trợ cấp nhà ở |
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc dài hạn (chăm sóc tại nhà dưỡng lão) | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ hỗ trợ trẻ em | <input type="checkbox"/> Bắt Đầu Sớm (dành cho trẻ từ 3-6 tuổi) |
| <input type="checkbox"/> Kế hoạch hóa gia đình/kiểm soát sinh đẻ | <input type="checkbox"/> Việc làm và đào tạo | <input type="checkbox"/> Phục hồi chức năng |
| <input type="checkbox"/> Các dịch vụ về nhà ở và dựa trên cộng đồng (các dịch vụ cho người miễn trừ) | <input type="checkbox"/> Trợ cấp đặc biệt cho việc làm hoặc đào tạo (chẳng hạn như các công cụ) | |
| <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quý vị có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, lớp mấy?	Tên của trường học:	Quý vị có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ 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 Hồ 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, điền vào loại giấy tờ và số ID:	Loại giấy tờ:	Số ID giấy tờ:
	Quý vị có người bảo lãnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ 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 Hồ 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ 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 Hồ 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ 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 Hồ 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ 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 Hồ 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hồ 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?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ Trợ Y Tế đầy đủ không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu không đủ điều kiện nhận bảo hiểm Hồ 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?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 Hồ 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 Hồ Trợ Y Tế đầy đủ không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ <input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:	
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ <input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:	
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Thành viên này có thẻ PA Access/EBT không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống cùng quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Thành viên này có đang đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , lớp mấy?	Tên của trường học:	Thành viên này có phải là học sinh/sinh viên toàn thời gian? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Mối quan hệ giữa thành viên này và quý vị? <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không có quan hệ <input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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, tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thành viên này có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

Các Câu Hỏi Khác

Có thành viên nào đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 gọi là "tài sản")

Quý vị không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu chỉ nộp đơn đăng ký phúc lợi SNAP hoặc nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký chăm sóc sức khỏe và gặp một trong những trường hợp ngoại lệ sau: đang mang thai; có con dưới 21 tuổi; có con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi sống với quý vị; quý vị không bị khuyết tật và dưới 65 tuổi.

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

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

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? (Đề 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có thành viên nào trong gia đình nhận trợ cấp nhà ở không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu có, đó có phải là lệnh của tòa án không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, loại trợ cấp nào? _____
	Nếu có, quý vị có nhận được trợ cấp cho dịch vụ tiện ích không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Chi phí thực phẩm có bao gồm trong tiền thuê nhà của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có ai bên ngoài hộ gia đình thanh toán bất kỳ khoản chi phí nào của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Nước <input type="checkbox"/> Rác <input type="checkbox"/> Lắp đặt tiện ích <input type="checkbox"/> Điện	
<input type="checkbox"/> Dầu, than, gỗ, dầu hỏa <input type="checkbox"/> Thoát nước <input type="checkbox"/> Khí đốt <input type="checkbox"/> Propan <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Hóa đơn nha khoa	<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Hóa đơn bác sĩ	
<input type="checkbox"/> Hóa đơn bệnh viện	<input type="checkbox"/> Trợ lý y tế (những người trong nhà giúp điều trị y tế).
<input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm Medicare	<input type="checkbox"/> Các đồ dùng liên quan đến sức khỏe (chẳng hạn như kính, máy trợ thính, tã lót cho người lớn).
<input type="checkbox"/> Thiết bị y tế	<input type="checkbox"/> Thuốc theo toa
<input type="checkbox"/> 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:
		<input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/chồng

Tên người có thân nhân vắng mặt:	Tên thân nhân vắng mặt:	Thân nhân vắng mặt là:
		<input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/chồng

Tên người có thân nhân vắng mặt:	Tên thân nhân vắng mặt:	Thân nhân vắng mặt là:
		<input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào còn nợ tiền phạt, án phí hoặc bồi thường hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào có kế hoạch thanh toán tiền phạt và các chi phí không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào bị quản thúc hoặc tại ngoại có điều kiện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào bị quản thúc hoặc tại ngoại có điều kiện mà không tuân thủ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào bị buộc tội gian lận trợ cấp hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào đang trốn tránh thi hành án không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào bắt buộc phải đăng ký là tội phạm tình dục bị kết án không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, thành viên nào?
Có thành viên nào được yêu cầu đăng ký là tội phạm tình dục bị kết án mà không tuân thủ các yêu cầu đăng ký của họ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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:

- Đủ 18 tuổi vào cuộc bầu cử tiếp theo;
- Là công dân Hoa Kỳ ít nhất 1 tháng TRƯỚC CUỘC BẦU CỬ TIẾP THEO;
- 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 đăng phái chính trị của quý vị hoặc ưu tiên chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Tổng Thư Ký Khó Thiện 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		
<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

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 phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, độ tuổi, giới tính và trong một số trường hợp là 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, độ tuổi, quan điểm chính trị hoặc trả đũa, trả thù đối với hoạt động dân quyền trước đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Để được chia sẻ thông tin về chương trình qua các phương thức liên lạc thay thế (ví dụ như chữ nổi Braille, bản in với cỡ chữ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.), người khuyết tật cần liên hệ với Cơ Quan (Tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Người điếc, người khiếm thính hoặc người khuyết tật về ngôn ngữ 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 không phải là tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại đối với các hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, vui lòng hoàn thành Mẫu Khiếu Nại về Hành Vi Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình USDA (AD-3027) được đăng tải trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tại các văn phòng của USDA, hoặc gửi thư khiếu nại đến USDA, trong đó cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu như trong biểu mẫu. Để được cung cấp bản sao của mẫu khiếu nại, vui lòng liên hệ (866) 632-9992. Gửi mẫu hoặc thư khiếu nại với đầy đủ thông tin của quý vị tới USDA bằng cách:

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

Đối với bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến các vấn đề của Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), mọi người cần liên hệ với Số Đường Dây Nóng SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, cũng có bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi đến Số Đường Dây Nóng/Thông Tin của Tiểu Bang (nhấp vào liên kết để biết danh sách các số điện thoại đường dây nóng của Tiểu Bang); tìm trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử liên quan đến chương trình nhận trợ cấp tài chính của Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi thư đến: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi tới số (202) 619-0403 (cuộc gọi thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Đây là tổ chức cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ giữ bảo mật thông tin của quý vị. Các thông tin sẽ chỉ được sử dụng để quyết định những chương trình mà quý vị có thể hội đủ điều kiện. Văn phòng hỗ trợ của quận (CAO), khi được yêu cầu, phải cung cấp cho các quan chức thi hành luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang chạy trốn để tránh bị truy tố, tạm giam hoặc giam giữ do phạm trọng tội, vi phạm quân chế hoặc tại ngoại có điều kiện. Bất kỳ người nào cố ý vi phạm các quy tắc và quy định của Sở sẽ phạm tội nhẹ và sau khi bị kết án sẽ phải nộp phạt, không quá một trăm đô la (\$100) hoặc bị phạt tù không quá 6 tháng, hoặc chịu cả hai hình phạt (62 P.S. mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích các phúc lợi. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, đình chỉ hoặc ngừng các phúc lợi, chúng tôi sẽ giải thích lý do bằng văn bản cho quý vị. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với các phúc lợi của Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo qua thư để yêu cầu phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng, không chính xác hoặc nếu DHS không hành động theo đơn đăng ký phúc lợi của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu tổ chức cuộc họp với cơ quan trước phiên điều trần. Nếu kháng cáo của quý vị liên quan đến các phúc lợi SNAP khẩn cấp, quý vị có quyền tổ chức cuộc họp này với giám sát viên trong vòng 2 ngày làm việc. Tại phiên điều trần, quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc người khác, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân có thể đại diện cho quý vị.

QUYỀN KHIẾU NẠI VỚI LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc phúc lợi Hỗ Trợ Y Tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác với việc thiết lập quan hệ cha con và tìm kiếm sự hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn trừ đáp ứng những yêu cầu này nếu chứng minh được điều đó có thể gây nguy hiểm cho bản thân và/hoặc con của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi có lý do chính đáng được miễn trừ, 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 về báo cáo sáu tháng một lần trừ khi có lý do chính đáng.

QUYỀN CÓ GIẤY CHỨNG NHẬN BẢO HIỂM KHẢ TÍN

Luật Liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế dựa trên tình trạng bệnh tật tồn tại trước đó. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm mà loại trừ tình trạng bệnh mà quý vị đã mắc phải, quý vị có thể được bảo hiểm khả tín cho thời gian nhận được bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế. Điều này có thể giúp quý vị có được bảo hiểm. Liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh những thông tin mà quý vị cung cấp. Các phúc lợi có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp bằng chứng nhất định. Nếu không thể cung cấp bằng chứng, quý vị cần yêu cầu CAO giúp lấy bằng chứng. Nếu DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra Tiểu Bang liên hệ, quý vị phải hoàn toàn hợp tác với những nhân viên hoặc điều tra viên đó. Nếu quý vị trên 55 tuổi và hiện được hưởng phúc lợi chương trình Hỗ Trợ Y Tế để chi trả các dịch vụ điều dưỡng, dịch vụ chăm sóc tại gia và tại công đồng hay bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hoặc dịch vụ thuốc kê đơn nào khác, quý vị có thể phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản chứng thực của mình. Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các phúc lợi tiền mặt, Hỗ Trợ Y Tế và/hoặc SNAP, quý vị phải cung cấp số SSN của từng thành viên mà quý vị nộp đơn đăng ký. Nếu không có SSN, quý vị phải đăng ký. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không thể nhận các phúc lợi. Đối với các phúc lợi tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu số SSN của bất kỳ ai có thu nhập hoặc nguồn lực có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc số tiền phúc lợi. Số SSN của quý vị sẽ được sử dụng để định danh, đối sánh trên máy tính nhằm xác minh thu nhập và nguồn lực, đồng thời để ngăn chặn trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Một người không phải là công dân chỉ đăng ký Hỗ Trợ Y Tế khẩn cấp không bắt buộc phải cung cấp SSN. (42 Bộ Luật Hoa Kỳ 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS THEO ĐÚNG PHÁP LUẬT

Khi đủ điều kiện nhận các phúc lợi, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ có thể được sử dụng cho cá nhân đủ điều kiện và chỉ dùng trong thời gian đủ điều kiện. Quý vị chỉ có thể sử dụng thẻ cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO NHỮNG THAY ĐỔI

Nếu đủ điều kiện nhận các phúc lợi, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi trong hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng. Các loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm những thành viên rời đi hoặc chuyển đến nhà, địa chỉ mới, công việc mới của ai đó, nếu thành viên nào đó mất việc làm, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, trúng xổ số và thắng cờ bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ bao gồm các thông tin chi tiết cụ thể dựa trên các chương trình và phúc lợi mà quý vị đủ điều kiện nhận. Việc không báo cáo những thay đổi bắt buộc trong hướng dẫn chương trình có thể dẫn đến mất phúc lợi, bị phạt hoặc bị buộc tội dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể trực tiếp báo cáo những thay đổi cho CAO, qua điện thoại, fax, thư hoặc thông qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo những thay đổi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-395-8930 hoặc đối với Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất kỳ lúc nào.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

(i) Việc thu thập những thông tin này, bao gồm cả số An Sinh Xã Hội (SSN) của mỗi thành viên trong gia đình, được cho phép theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, như đã sửa đổi, 7 USC 2011-2036d. Thông tin 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 những thông tin này thông qua các chương trình đối sánh trên máy tính. Những thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và để quản lý chương trình.

(ii) Những thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang khác để kiểm tra chính thức, cũng như cho các quan chức thi hành luật nhằm mục đích bắt giữ những người trốn tránh pháp luật.

(iii) Nếu phát sinh khiếu nại SNAP đối với hộ gia đình của quý vị, thông tin trong đơn đăng ký này, bao gồm tất cả các SSN, có thể được chuyển đến các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các cơ quan thu thập khiếu nại về quyền riêng tư, để thực hiện hành động thu thập khiếu nại.

(iv) Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm SSN của từng thành viên trong hộ gia đình là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, không cung cấp số SSN sẽ dẫn đến việc mỗi cá nhân không cung cấp số SSN sẽ bị từ chối nhận phúc lợi SNAP. Bất kỳ SSN nào được cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách tương tự như SSN của các thành viên trong hộ gia đình đủ điều kiện.

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 tổng 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: <ul style="list-style-type: none"> Lần đầu - 6 tháng. Lần thứ hai - 12 tháng. Lần thứ ba - vĩnh viễn. Không đủ điều kiện tham gia chương trình SNAP: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 kiểm 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 kiểm 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: <ul style="list-style-type: none"> 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.
Lấn trộm 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.
	Lấn trộm 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:		<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 hiện 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: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 Về Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký vào biểu mẫu này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Tính Đủ Điều Kiện Về Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, báo cáo người tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang, liên bang để xác minh thông tin 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 liên hệ 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 cách ký tên vào đơn này, tôi cho phép bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ, thông qua phương thức điện tử hoặc bất kỳ phương thức nào khác, bất kỳ và tất cả các thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc cơ quan, nhà thầu được chỉ định của Sở vì mục đích xác định và xác minh các nguồn lực (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và tái xác định khả năng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đóng tài khoản và các thông tin liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận 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 Hỗ Trợ 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 Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp sai hoặc cố tình giấu các thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền hưởng trợ cấp, tôi có thể phải hoàn trả các khoản trợ cấp đã nhận cũng như bị cấm nhận các khoản trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một người đại diện được ủy quyền bằng cách hoàn thành mục Người đại diện được ủy quyền và nộp cùng đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ lời khai không đúng sự thật nào khi hoàn thiện đơn đăng ký này, ngay cả trong trường hợp một người khác thay mặt tôi nộp đơn.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào được giàu lên nhờ chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, sẽ ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của tôi đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Gia và Tại Cộng Đồng, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả những phúc lợi đã cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, tôi đã đọc hoặc một người khác đã đọc cho tôi và tôi hiểu các nội dung này.
- Tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc những nhân viên được chỉ định của Sở có thể liên hệ với tôi qua các phương thức bao gồm email và tin nhắn văn bản để giúp xử lý đơn đăng ký của tôi hoặc phản hồi yêu cầu về quy trình đăng ký. Nếu tôi không nhận email hoặc tin nhắn văn bản, tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh sẽ vận xử lý đơn đăng ký của tôi.
- Tôi hiểu rằng các thông tin điền vào đơn đăng ký này sẽ được giữ kín và chỉ được sử dụng cho mục đích quản lý các phúc lợi. Tôi đồng ý với việc công bố thông tin cá nhân, tài chính và sức khỏe nhằm phục vụ cho việc xác minh điều kiện hưởng trợ cấp.
- Tôi hiểu rằng nếu có bất kỳ thay đổi nào mà bắt buộc phải báo cáo, phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng sau tháng thay đổi hoặc, đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Gia và Tại Cộng Đồng là trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi.
- Tôi hiểu rằng hộ gia đình của tôi có thể mất các phúc lợi SNAP nếu một thành viên trong hộ gia đình nhận được tiền trúng xổ số hoặc thắng cờ bạc bằng hoặc nhiều hơn giới hạn nguồn phúc lợi SNAP dành cho hộ gia đình có người già hoặc người khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích các phúc lợi. Nếu các phúc lợi bị từ chối, tạm hoãn hoặc ngừng thực hiện thì lý do cũng sẽ được giải thích trong văn bản thông báo.
- Tôi hiểu rằng tôi có thời hạn là 30 ngày (90 ngày đối với các phúc lợi trong chương trình SNAP (Phiếu thực phẩm) kể từ ngày được thông báo để yêu cầu điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định đối với đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu việc xác minh sẽ cần thông tin từ người sử dụng lao động, các nguồn phát sinh thu nhập và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số An sinh xã hội hoặc tôi phải đăng ký nhận số An sinh xã hội nếu chưa có. Mã số này sẽ được sử dụng để kiểm tra thông tin nếu trong đơn đăng ký.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ được sử dụng Thẻ Chuyển phúc lợi điện tử (Electronic Benefit Transfer - EBT) hoặc Thẻ PA ACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện tham gia chương trình. Tôi chỉ được sử dụng Thẻ EBT hoặc Thẻ PA ACCESS cho người đủ điều kiện tham gia và chỉ nhận những phúc lợi cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng các khoản tiền Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PA ACCESS của mình để thực hiện các giao dịch EBT tại các cửa hàng

bán đồ uống có cồn, casino (các sòng bài hoặc các cơ sở có trò chơi giải trí), hoặc các địa điểm giải trí cho người lớn.

- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số An sinh xã hội cho bất kỳ ai không nộp đơn đăng ký xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An sinh xã hội của họ thì mã số đó có thể được dùng để kiểm tra thông tin nếu trong đơn này.
- Tôi chứng thực tất cả các thông tin được nêu là sự thật và sẽ chịu các hình phạt nếu khai man.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được cấp giấy chứng nhận bảo hiểm khả tín (creditable coverage) để xác nhận tình trạng bảo hiểm y tế của tôi. Luật Liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế dựa trên tình trạng bệnh tật có sẵn. Nếu tôi ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm có điều khoản về tình trạng bệnh tật có sẵn thì thời gian tôi đã được nhận Hỗ Trợ Y Tế cũng sẽ được ghi nhận.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế, tôi sẽ được xếp vào gói phúc lợi Hỗ Trợ Y Tế toàn diện nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe có thể là miễn phí hoặc với chi phí thấp cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm sức khỏe cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Hỗ Trợ 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.
- Nếu tôi nhận phúc lợi bằng tiền mặt, tôi sẽ thực hiện theo các yêu cầu của chương trình thực hiện trợ giúp trẻ em theo hướng dẫn của Sở. Tôi ủy quyền cho Sở và Bộ Phận Quan Hệ Gia Đình quyền truy thu khoản tiền mặt và/hoặc các hỗ trợ khác cho tôi và những người mà tôi đăng ký theo đơn này.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các chi phí sinh hoạt gia đình, tôi sẽ được nhận khoản phúc lợi tối đa theo chương trình SNAP (phiếu thực phẩm). Việc không thể báo cáo hoặc cung cấp đầy đủ bằng chứng về các chi phí sinh hoạt gia đình sẽ được hiểu là tôi không muốn nhận khoản giảm trừ cho chi phí không được báo cáo hoặc không được chứng minh đó. (Nguồn: Cục Thực Phẩm và Dinh Dưỡng thuộc Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Khu Vực Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chính số 6-99 ban hành ngày 4 tháng 1 năm 1999).
- Tôi hiểu rằng chi phí hộ gia đình sẽ được ghi nhận tại thời điểm báo cáo, và tôi có thể cung cấp bằng chứng về các chi phí đó vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian xác minh điều kiện hưởng trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ của quận (CAO) hỗ trợ để thu thập bằng chứng về các chi phí và CAO có thể liên lạc các bên liên quan để xác nhận thông tin nếu tôi gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng.
- Tôi hiểu rằng một số hoặc tất cả người nộp đơn đăng ký nếu không đủ điều kiện để được nhận Hỗ Trợ Y Tế thì vẫn có thể đủ điều kiện tham gia chương trình CHIP.
- Tôi hiểu rằng một số hoặc tất cả người nộp đơn đăng ký nếu không đủ điều kiện để được nhận Hỗ Trợ Y Tế thông qua Sở thì vẫn có thể đủ điều kiện được nhận các phúc lợi liên bang và/hoặc có thể xem xét các lựa chọn chăm sóc sức khỏe cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe (Pennie) của Pennsylvania. Trong trường hợp đó, tôi ủy quyền cho Sở Dịch vụ Nhân sinh chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong các năm tiếp theo:** Để dễ dàng hơn cho việc xác định tính đủ điều kiện được nhận trợ giúp để trả bảo hiểm sức khỏe trong những năm tiếp theo, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe (Pennie) của Pennsylvania sử dụng các thông tin về thu nhập, bao gồm thông tin hoàn thuế của tôi. Pennie sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thay đổi thông tin, và tôi có thể ngừng tham gia chương trình tại bất kỳ thời điểm nào.

Có, tự động gia hạn tính đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi cho tiếp theo: (Chọn một):

5 năm (số năm tối đa được phép)

4 năm

3 năm

2 năm

1 năm

Không sử dụng thông tin của tôi từ tờ khai thuế để gia hạn bảo hiểm.

Ký Vào Đây:

X

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

Ngày

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nếu hộ gia đình của quý vị đủ điều kiện nhận SNAP/LIHEAP, quý vị có thể nhận được biểu mẫu chấp thuận Ghi Danh Nhanh qua thư để có thể cho phép quý vị và các thành viên trong hộ gia đình tự động ghi danh nhận Hỗ Trợ Y Tế.

Tên của Đại Diện Được Ủy Quyền	Địa chỉ của Đại Diện Được Ủy Quyền	Số Điện Thoại

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG HỖ TRỢ CỦA QUẬN

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

Chữ ký của CAO

Ngày


ĐẢM BẢO KÝ, GHI NGÀY VÀO ĐƠN NÀY VÀ BAO GỒM CÁC GIẤY TỜ BẮT BUỘC

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? <input type="checkbox"/> 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? _____ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có. Thành viên nào: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Những) người phụ thuộc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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?*	<input type="checkbox"/> Có (chuyển sang câu hỏi tiếp theo) <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng Tháng <input type="checkbox"/> Hàng Quý <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe. <input type="checkbox"/> Chủ lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi 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? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> 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 phức 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

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, độ tuổi, giới tính và trong một số trường hợp là 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, độ tuổi, quan điểm chính trị hoặc trả đũa, trả thù đối với hoạt động dân quyền được đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Đề được chia sẻ thông tin về chương trình qua các phương thức liên lạc thay thế (ví dụ như chữ nổi Braille, bản in với cỡ chữ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.), người khuyết tật cần liên hệ với Cơ Quan (Tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin phúc lợi. Người điếc, người khiếm thính hoặc người khuyết tật về ngôn ngữ 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 không phải là tiếng Anh.

Đề nộp đơn khiếu nại đối với các hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, vui lòng hoàn thành Mẫu Khiếu Nại về Hành Vi Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình USDA (AD-3027) được đăng tải trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tải các văn phòng của USDA, hoặc gửi thư khiếu nại đến USDA, trong đó cung cấp tất cả thông tin theo yêu cầu như trong biểu mẫu. Đề được cung cấp bản sao của mẫu khiếu nại, vui lòng liên hệ (866) 632-9992. Gửi mẫu hoặc thư khiếu nại với đầy đủ thông tin của quý vị tới USDA bằng cách:

- (1) gửi thư: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ
Văn Phòng Thứ Trưởng về Vấn Đề Dân Quyền
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) số fax: (202) 690-7442; hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Đối với bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến các vấn đề của Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), mọi người cần liên hệ với Số Đường Dây Nóng SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, cũng có bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi đến Số Đường Dây Nóng/Thông Tin của Tiểu Bang (nhấp vào liên kết để biết danh sách các số điện thoại đường dây nóng của Tiểu Bang); tìm trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Đề nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử liên quan đến chương trình nhận trợ cấp tài chính của Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi thư đến: Giám Đốc HHS, Văn Phòng Dân Quyền, Phòng 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi tới số (202) 619-0403 (cuộc gọi thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Đây là tổ chức cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ giữ bảo mật thông tin của quý vị. Các thông tin sẽ chỉ được sử dụng để quyết định những chương trình mà quý vị có thể hội đủ điều kiện. Văn phòng hỗ trợ của quận (CAO), khi được yêu cầu, phải cung cấp cho các quan chức thi hành luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang chạy trốn để tránh bị truy tố, tạm giam hoặc giam giữ do phạm trọng tội, vi phạm quản chế hoặc tại ngoại có điều kiện. Bất kỳ người nào có ý vi phạm các quy tắc và quy định của bộ sẽ phạm tội nhẹ và sau khi bị kết án sẽ phải nộp phạt, không quá một trăm (\$100) đô la hoặc bị phạt tù, không quá 6 tháng, hoặc chịu cả hai hình phạt (62 P.S. mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích các phúc lợi. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, đình chỉ hoặc ngừng các phúc lợi, chúng tôi sẽ giải thích lý do bằng văn bản cho quý vị. Quý vị có 30 ngày (90 ngày đối với các phúc lợi của Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)) kể từ ngày gửi thông báo qua thư để yêu cầu phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng, không chính xác hoặc nếu DHS không hành động theo đơn đăng ký phúc lợi của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu tổ chức cuộc họp với cơ quan trước phiên điều trần. Nếu kháng cáo của quý vị liên quan đến các phúc lợi SNAP khẩn cấp, quý vị có quyền tổ chức cuộc họp này với giám sát viên trong vòng 2 ngày làm việc. Tại phiên điều trần, quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc người khác, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân có thể đại diện cho quý vị.

QUYỀN KHIẾU NẠI VỚI LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc phúc lợi Hỗ Trợ Y Tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác với việc thiết lập quan hệ cha con và tìm kiếm sự hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn trừ đáp ứng những yêu cầu này nếu chứng minh được điều đó có thể gây nguy hiểm cho bản thân và/hoặc con của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi có lý do chính đáng được miễn trừ, 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 về báo cáo sáu tháng một lần trừ khi có lý do chính đáng.

QUYỀN CÓ GIẤY CHỨNG NHẬN BẢO HIỂM KHẢ TÍN

Luật Liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế dựa trên tình trạng bệnh tật tồn tại trước đó. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm mà loại trừ tình trạng bệnh mà quý vị đã mắc phải, quý vị

có thể được bảo hiểm khả tín cho thời gian nhận được bảo hiểm MA. Điều này có thể giúp quý vị có được bảo hiểm. Liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh những thông tin mà quý vị cung cấp. Các phúc lợi có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp bằng chứng nhất định. Nếu không thể cung cấp bằng chứng, quý vị cần yêu cầu CAO giúp lấy bằng chứng. Nếu DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra Tiểu Bang liên hệ, quý vị phải hoàn toàn hợp tác với những nhân viên hoặc điều tra viên đó. Nếu quý vị trên 55 tuổi và hiện được hưởng phúc lợi chương trình Hỗ Trợ Y Tế để chi trả các dịch vụ điều dưỡng, dịch vụ chăm sóc tại gia và tại cộng đồng hay bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hoặc dịch vụ thuốc kê đơn nào khác, quý vị có thể phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này trừ tài sản chứng thực của mình. Nếu đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các phúc lợi tiền mặt, Hỗ Trợ Y Tế và/hoặc SNAP, quý vị phải cung cấp số SSN của từng thành viên mà quý vị nộp đơn đăng ký. Nếu không có SSN, quý vị phải đăng ký. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không thể nhận các phúc lợi. Đối với các phúc lợi tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu số SSN của bất kỳ ai có thu nhập hoặc nguồn lực có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc số tiền phúc lợi. Số SSN của quý vị sẽ được sử dụng để định danh, đối sánh trên máy tính nhằm xác minh thu nhập và nguồn lực, đồng thời để ngăn chặn trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Một người không phải là công dân chỉ đăng ký Hỗ Trợ Y Tế khẩn cấp không bắt buộc phải cung cấp SSN. (42 Bộ Luật Hoa Kỳ 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS THEO ĐÚNG PHÁP LUẬT

Khi đủ điều kiện nhận các phúc lợi, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ có thể được sử dụng cho cá nhân đủ điều kiện và chỉ dùng trong thời gian đủ điều kiện. Quý vị chỉ có thể sử dụng thẻ cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO NHỮNG THAY ĐỔI

Nếu đủ điều kiện nhận các phúc lợi, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi trong hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng. Các loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm những thành viên rời đi hoặc chuyển đến nhà, địa chỉ mới, công việc mới của ai đó, nếu thành viên nào đó mất việc làm, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, trùng sổ số và thặng cò bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ bao gồm các thông tin chi tiết cụ thể dựa trên các chương trình và phúc lợi mà quý vị đủ điều kiện nhận. Việc không báo cáo những thay đổi bắt buộc trong hướng dẫn chương trình có thể dẫn đến mất phúc lợi, bị phạt hoặc bị buộc tội dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể trực tiếp báo cáo những thay đổi cho CAO, qua điện thoại, fax, thư hoặc thông qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo những thay đổi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-395-8930 hoặc đối với Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất kỳ lúc nào.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

(i) Việc thu thập những thông tin này, bao gồm cả số An Sinh Xã Hội (SSN) của mỗi thành viên trong gia đình, được cho phép theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, như đã sửa đổi, 7 USC 2011-2036d. Thông tin 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 những thông tin này thông qua các chương trình đối sánh trên máy tính. Những thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và để quản lý chương trình.

(ii) Những thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang khác để kiểm tra chính thức, cũng như cho các quan chức thi hành luật nhằm mục đích bắt giữ những người trốn tránh pháp luật.

(iii) Nếu phát sinh khiếu nại SNAP đối với hộ gia đình của quý vị, thông tin trong đơn đăng ký này, bao gồm tất cả các SSN, có thể được chuyển đến các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các cơ quan thu thập khiếu nại về quyền riêng tư, để thực hiện hành động thu thập khiếu nại.

(iv) Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm SSN của từng thành viên trong hộ gia đình là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, không cung cấp số SSN sẽ dẫn đến việc mỗi cá nhân không cung cấp số SSN sẽ bị từ chối nhận phúc lợi SNAP. Bất kỳ SSN nào được cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách tương tự như SSN của các thành viên trong hộ gia đình đủ điều kiện.

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

NEU HANH VI NAY XAY RA MA KHONG CO LY DO HOP LE		THI HINH THUC PHAT LA NHU SAU
TAT CA CAC PHUC LOI SNAP TIEN MAT HO TRU Y TE	Sử dụng Thẻ Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT) và Thẻ PAACCESS sai mục đích.	Phạt tiền, tù giam, hoặc cả hai hình thức này.
	Không thông báo về các thay đổi theo yêu cầu.	Cất 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 tổng giam vi 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 kiểm 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 kiểm 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.
TIEN MAT	Lấn trộm 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.
	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.
	Lấn trộm 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 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:		<ul style="list-style-type: none"> 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 DINH VE CONG VIET 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 hiện 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.
	<p>Từ chối:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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:	
QUY DINH VE CONG VIET TRA BANG TIEN MAT		<p>Không đủ điều kiện:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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.</p>

Hiểu Về Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký vào biểu mẫu này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Tình Đủ Điều Kiện Về Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, bảo cáo người tiêu dùng và các cơ quan tiêu bang, liên bang để xác minh thông tin 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 liên hệ bên liên quan khi cơ quan Tiêu 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 cách ký tên vào đơn này, tôi cho phép bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ, thông qua phương thức điện tử hoặc bất kỳ phương thức nào khác, bất kỳ và tất cả các thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc cơ quan, nhà thầu được chỉ định của Sở vì mục đích xác định và xác minh các nguồn lực (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và tái xác định khả năng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đồng 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 Hỗ Trợ 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 quyết định nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi từ chối sự cho phép này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình tôi không đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp sai hoặc cố tình giấu các thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền hưởng trợ cấp, tôi có thể phải hoàn trả các khoản trợ cấp đã nhận cũng như bị cấm nhận các khoản trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một người đại diện được ủy quyền bằng cách hoàn thành mục Người đại diện được ủy quyền và nộp cùng đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ lời khai không đúng sự thật nào khi hoàn thiện đơn đăng ký này, ngay cả trong trường hợp một người khác thay mặt tôi nộp đơn.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào được giàu lên nhờ chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, sẽ ảnh hưởng đến tình đủ điều kiện của tôi đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Gia và Tại Cộng Đồng, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả những phúc lợi đã cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, tôi đã đọc hoặc một người khác đã đọc cho tôi và tôi hiểu các nội dung này.
- Tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc những nhân viên được chỉ định của Sở có thể liên hệ với tôi qua các phương thức bao gồm email và tin nhắn văn bản để giúp xử lý đơn đăng ký của tôi hoặc phân hồi yêu cầu về quy trình đăng ký. Nếu tôi không muốn nhận, email hoặc tin nhắn văn bản, tôi hiểu rằng Sở Dịch Vụ Nhân Sinh vẫn sẽ xử lý đơn đăng ký của tôi.
- Tôi hiểu rằng các thông tin điền vào đơn đăng ký này sẽ được giữ kín và chỉ được sử dụng cho mục đích quản lý các phúc lợi. Tôi đồng ý với việc công bố thông tin cá nhân, tài chính và sức khỏe nhằm phục vụ cho việc xác minh điều kiện hưởng trợ cấp.
- Tôi hiểu rằng nếu có bất kỳ thay đổi nào mà bắt buộc phải báo cáo, phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng sau tháng thay đổi hoặc, đối với Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn hoặc Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Gia và Tại Cộng Đồng là trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi.
- Tôi hiểu rằng hộ gia đình của tôi có thể mất các phúc lợi SNAP nếu một thành viên trong hộ gia đình nhận được tiền trúng xổ số hoặc thắng cờ bạc bằng hoặc nhiều hơn giới hạn nguồn phúc lợi SNAP dành cho hộ gia đình có người già hoặc người khuyết tật.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích các phúc lợi. Nếu các phúc lợi bị từ chối, tạm hoãn hoặc ngừng thực hiện thì lý do cũng sẽ được giải thích trong văn bản thông báo.
- Tôi hiểu rằng tôi có thời hạn là 30 ngày (90 ngày đối với các phúc lợi trong chương trình SNAP (Phiếu thực phẩm) kể từ ngày được thông báo để yêu cầu điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định đối với đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu việc xác minh sẽ cần thông tin từ người sử dụng lao động, các nguồn phát sinh thu nhập và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn đăng ký phải cung cấp số An sinh xã hội hoặc tôi phải đăng ký nhận số An sinh xã hội nếu chưa có. Mã số này sẽ được sử dụng để kiểm tra thông tin nếu trong đơn đăng ký.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ được sử dụng Thẻ Chuyển phúc lợi điện tử (Electronic Benefit Transfer - EBT) hoặc Thẻ PAACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện tham gia chương trình. Tôi chỉ được sử dụng Thẻ EBT hoặc Thẻ PAACCESS cho người đủ điều kiện tham gia và chỉ nhận những phúc lợi cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không được sử dụng các khoản tiền Trợ Cấp Tiền Mặt được cấp qua thẻ PAACCESS của mình để thực hiện các giao dịch EBT tại các cửa hàng bán đồ uống có cồn, casino (các sòng bài hoặc các cơ sở có trò chơi giải trí), hoặc các địa điểm giải trí cho người lớn.
- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số An sinh xã hội cho bất kỳ ai không nộp đơn đăng ký xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An sinh xã hội của họ thì mã số đó có thể được dùng để kiểm tra thông tin nếu trong đơn này.
- Tôi chứng thực tất cả các thông tin được nêu là sự thật và sẽ chịu các hình phạt nếu khai man.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm khả tín (creditable coverage) để xác nhận tình trạng bảo hiểm y tế của tôi. Luật Liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm Hỗ Trợ Y Tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế dựa trên tình trạng bệnh tật có sẵn. Nếu tôi đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm có điều khoản về tình trạng bệnh tật có sẵn thì thời gian tôi đã được nhận Hỗ Trợ Y Tế cũng sẽ được ghi nhận.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Y Tế, tôi sẽ được xếp vào gói phúc lợi Hỗ Trợ Y Tế toàn diện nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe có thể là miễn phí hoặc với chi phí thấp cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm sức khỏe cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Hỗ Trợ 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.
- Nếu tôi nhận phúc lợi bằng tiền mặt, tôi sẽ thực hiện theo các yêu cầu của chương trình thực hiện trợ giúp trẻ em theo hướng dẫn của Sở. Tôi ủy quyền cho Sở và Bộ Phân Quan Hệ Gia Đình quyền truy thu khoản tiền mặt và/hoặc các hỗ trợ khác cho tôi và những người mà tôi đăng ký theo đơn này.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi báo cáo hoặc cung cấp bằng chứng về các chi phí sinh hoạt gia đình, tôi sẽ được nhận khoản phúc lợi tôi đa theo chương trình SNAP (phiếu thực phẩm). Việc không thể báo hoặc cung cấp đầy đủ bằng chứng về các chi phí sinh hoạt gia đình sẽ được báo là tôi không muốn nhận khoản giảm trừ chi phí không được báo cáo hoặc không được chứng minh đó. (Nguồn: Cục Thực Phẩm và Dinh Dưỡng thuộc Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, Khu Vực Trung Đại Tây Dương, Thông Báo Hành Chính số 6-99 ban hành ngày 4 tháng 1 năm 1999).
- Tôi hiểu rằng chi phí hộ gia đình sẽ được ghi nhận tại thời điểm báo cáo, và tôi có thể cung cấp bằng chứng về các chi phí đó vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian xác minh điều kiện hưởng trợ cấp SNAP (phiếu thực phẩm).
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ của quận (CAO) hỗ trợ để thu thập bằng chứng về các chi phí và CAO có thể liên lạc các bên liên quan để xác nhận thông tin nếu tôi gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng.
- Tôi hiểu rằng một số hoặc tất cả người nộp đơn đăng ký nếu không đủ điều kiện để được nhận Hỗ Trợ Y Tế thì vẫn có thể đủ điều kiện tham gia chương trình CHIP.
- Tôi hiểu rằng một số hoặc tất cả người nộp đơn đăng ký nếu không đủ điều kiện để được nhận Hỗ Trợ Y Tế thông qua Sở thì vẫn có thể đủ điều kiện được nhận các phúc lợi liên bang và/hoặc có thể xem xét các lựa chọn chăm sóc sức khỏe có nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe (Pennie) của Pennsylvania. Trong trường hợp đó, tôi ủy quyền cho Sở Dịch vụ Nhân sinh chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong các năm tiếp theo:** Để dễ dàng hơn cho việc xác định tình đủ điều kiện được nhận trợ giúp để trả bảo hiểm sức khỏe trong những năm tiếp theo, tôi đồng ý cho phép Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe (Pennie) của Pennsylvania sử dụng các thông tin về thu nhập, bao gồm thông tin hoàn thuế của tôi. Pennie sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thay đổi thông tin, và tôi có thể ngừng tham gia chương trình tại bất kỳ thời điểm nào.

Có, tự động gia hạn tình đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi cho tiếp theo: (Chọn một):

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

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).

ಗ್ರಾಹಕರು: ಇತರ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತನಾಡುವವರು, ಭಾಷಾ ಸಹಾಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಶುಲ್ಕವಿಲ್ಲದೆ ಪಡೆಯಲು 1-800-692-7462 (TTY: 711) ಕ್ಕೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. 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 বলাতে 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