

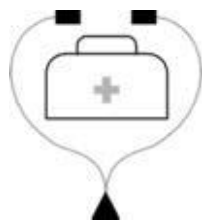
Mẫu này được sử dụng cho ba chương trình đầu tiên được liệt kê bên dưới. Nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có thể cho quý vị biết cách đăng ký.

## Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)



SNAP giúp các hộ gia đình có thu nhập thấp mua thực phẩm họ cần để có sức khỏe tốt.

## Hỗ trợ y tế



Hỗ trợ Y tế (MA) là một chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe toàn diện dành cho các gia đình và cá nhân cung cấp khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhiều cư dân có thu nhập thấp của tiểu bang. Các cá nhân có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ tùy thuộc vào thu nhập và các yếu tố khác.

Chương trình Sức khỏe của trẻ em Maryland (MCHP) cung cấp các phúc lợi sức khỏe đầy đủ cho trẻ em đến 19 tuổi và phụ nữ mang thai ở bất kỳ độ tuổi nào đáp ứng được các nguyên tắc về thu nhập. Nhân viên phụ trách của quý vị có thể thảo luận với quý vị về các nguyên tắc thu nhập.

## Hỗ trợ tiền mặt



Hỗ trợ tiền mặt tạm thời (TCA) cung cấp sự hỗ trợ tiền mặt cho các gia đình nghèo có trẻ em khi thu nhập và nguồn lực của gia đình không đáp ứng được nhu cầu của họ. Những người đăng ký và nhận TCA tham gia vào các hoạt động công việc.

Hỗ trợ khẩn cấp cho gia đình có trẻ em (EAFC) cung cấp sự hỗ trợ tiền mặt cho các gia đình đang gặp khủng hoảng, chẳng hạn như bị trục xuất hoặc các trường hợp khẩn cấp khác.

Chương trình hỗ trợ người khuyết tật tạm thời (TDAP) cung cấp sự hỗ trợ tiền mặt cho người trưởng thành bị khuyết tật không thể làm việc.

## Dịch vụ chăm sóc trẻ em



Chương trình mua dịch vụ chăm sóc trẻ em (POC) giúp các gia đình đủ điều kiện thanh toán dịch vụ chăm sóc trẻ em thông qua phiếu mua hàng. Phiếu thường có thể được sử dụng để mua dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ trung tâm hoặc nhà chăm sóc trẻ em được cấp phép nào. Phiếu cũng có thể được sử dụng để thanh toán cho các thành viên gia đình đã được phê duyệt, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em. Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn xin hỗ trợ này.

## Hỗ trợ năng lượng



Văn phòng Chương trình năng lượng gia đình (OHEP) giúp các gia đình thanh toán hóa đơn tiện ích, giảm thiểu khủng hoảng do sưởi ấm và làm cho chi phí năng lượng phải chăng hơn thông qua chương trình Hỗ trợ năng lượng Maryland và Chương trình dịch vụ điện toàn cầu. Người quản lý hồ sơ của quý vị sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn xin hỗ trợ này.

Phần này chỉ dành cho văn phòng					
lo i	AU#	Trạng thái	Màn hình Hệ thống thông tin quản lý cơ hội việc làm	Trường hợp cần được chỉ định lại	
				Từ:	Người kiểm tra sự minh bạch:
				Đến:	Người sàng lọc:

**Thông tin chung**

**VỀ SNAP**

Quý vị có quyền nộp đơn đăng ký SNAP ngay lập tức bằng cách điền tên, địa chỉ và ký tên vào mặt trước của Mẫu yêu cầu hỗ trợ này.

Nếu quý vị đủ điều kiện, chúng tôi sẽ cung cấp các khoản trợ cấp kể từ ngày chúng tôi nhận được biểu mẫu đã ký.

Quý vị có thể nhận SNAP ngay lập tức nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi bằng chứng về danh tính của quý vị và bằng chứng về việc một trong những điều sau đây áp dụng với quý vị:

- Tiền thuê nhà hoặc thế chấp hàng tháng và các tiện ích của hộ gia đình quý vị nhiều hơn thu nhập và nguồn lực của hộ gia đình quý vị.
- Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị dưới 150 đô la và các nguồn lực của quý vị, chẳng hạn như séc hoặc tài khoản tiết kiệm, là 100 đô la hoặc ít hơn.
- Hộ gia đình của quý vị là hộ gia đình nhập cư hoặc công nhân nông trại mùa vụ.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận SNAP ngay lập tức, chúng tôi sẽ xử lý đơn đăng ký của quý vị trong vòng 7 ngày kể từ ngày quý vị ký vào biểu mẫu này.

**Đừng hoàn thành các câu hỏi sau. Phần này chỉ dành cho văn phòng.**

**SNAP cấp tốc**

Những người đăng ký đáp ứng các tiêu chuẩn cấp tốc dưới đây đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP trong vòng 7 ngày. Các hộ gia đình phải hoàn thành và ký vào Yêu cầu hỗ trợ và cung cấp bằng chứng về danh tính trước khi quý vị phê duyệt các khoản trợ cấp.

- Có phải tổng thu nhập hộ gia đình trong tháng này, trước khi khấu trừ, ít hơn 150 đô la, và hộ gia đình có tiền mặt/tiết kiệm là 100 đô la hoặc ít hơn?**  Có  Không
  - Số tiền thuê nhà hoặc thế chấp hàng tháng của hộ gia đình      đô la \_\_\_\_\_
  - Tiêu chuẩn tiện ích phù hợp      đô la \_\_\_\_\_      Tổng đô la \_\_\_\_\_
  - Thu nhập hàng tháng ước tính      đô la \_\_\_\_\_
  - Tiền mặt/tiết kiệm hộ gia đình cho tất cả các thành viên      đô la \_\_\_\_\_      Tổng đô la \_\_\_\_\_
- Tổng chi phí tạm trú có vượt quá thu nhập và nguồn lực hàng tháng không?**  Có  Không
- Các thành viên hộ gia đình là lao động di cư hoặc lao động thời vụ nghèo có tiền mặt và tiền tiết kiệm nhiều hoặc ít hơn 100 đô la?**  Có  Không
- Nếu câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào từ 1-3 là có, thì đây là khẩn cấp. Đủ điều kiện khẩn cấp?**  Có  Không

Tôi xác nhận rằng tôi đã sàng lọc người nộp đơn này để nhận SNAP cấp tốc, xác minh danh tính của người nộp đơn và xác định rằng hộ gia đình là  không  có khả năng đủ điều kiện để ban hành khẩn cấp vào thời điểm này.

Chữ ký của người sàng lọc

Ngày

**Bước 1: Hãy nói cho chúng tôi biết về quý vị**

Để yêu cầu hỗ trợ, hãy hoàn thành phần này và ký tên của quý vị. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhanh hơn nếu quý vị điền vào toàn bộ biểu mẫu.

Tên đầy đủ (họ, tên, viết tắt tên đệm)		Địa chỉ email	
Địa chỉ nhà (số và phố)	Thành phố	Bang	Mã bưu chính
Địa chỉ gửi thư (số và phố hoặc hòm thư)	Thành phố	Bang	Mã bưu chính
Số điện thoại nhà công việc	Số điện thoại	Số điện thoại di động	

Chữ ký của quý vị	Ngày hôm nay
-------------------	--------------

**Đại diện được ủy quyền:**

Quý vị có thể chọn một người để đại diện cho quý vị. Nếu quý vị chọn ai đó giúp quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi thông tin sau về người đó và kiểm tra xem quý vị muốn người này làm gì.

Tên (họ, tên, tên đệm)	Mối quan hệ	Số điện thoại	
Số nhà, Phố	Thành phố	Bang	Mã bưu chính

Kiểm tra những gì quý vị muốn người đại diện làm:

Hoàn thành cuộc phỏng vấn cho quý vị   
  Sử dụng Thẻ độc lập (Thẻ EBT) của quý vị (tiền mặt)   
  Nhận tin tức dành cho quý vị  
 Ký đơn đăng ký của quý vị   
  Sử dụng ưu đãi SNAP của quý vị   
  Nhận thẻ hỗ trợ tể

**Bước 2: Hãy cho chúng tôi biết cách chúng tôi có thể giúp quý vị**

- Hiện tại quý vị cần loại hỗ trợ nào? (Đánh dấu tất cả những gì áp dụng)**

SNAP                       Hỗ trợ tiền mặt                       Hỗ trợ tể  
 Giới thiệu Dịch vụ chăm sóc trẻ em                       Giới thiệu Hỗ trợ năng lượng
- Quý vị có hóa đơn y tế nào chưa thanh toán trong 3 tháng qua không?**     Có     Không
- Quý vị có bất kỳ vấn đề nào trong số này không?**

Tất tiện ích có thức ăn                       Trục xuất hoặc tịch thu nhà                       Không  
 Không có lò sưởi                       Không có nơi để tạm trú                       Không đủ khả năng chăm sóc trẻ em  
 Khác \_\_\_\_\_
- Quý vị hoặc bất cứ ai sống với quý vị hiện đang nhận được loại hỗ trợ nào?**

Loại hỗ trợ	Người nhận hỗ trợ

5. Quý vị hoặc bất kỳ ai sống cùng quý vị có nhận được hỗ trợ từ một tiểu bang nào khác ngoài Maryland không? (nếu có, vui lòng điền vào chỗ trống bên dưới)  Có  Không

Bang nhận được	Thời gian nhận được	Loại hỗ trợ
----------------	---------------------	-------------

6. Có ai đăng ký Chương trình y tế cho trẻ em của Maryland có bảo hiểm y tế dành cho nhân viên (bảo hiểm quý vị nhận được khi đi làm) không?  Có  Không

7. Có ai đăng ký Chương trình y tế cho trẻ em của Maryland đã bỏ bảo hiểm dành cho nhân viên trong 6 tháng qua không?  Có  Không

**Bước 3: Cho chúng tôi biết về những người trong gia đình quý vị**

8. **Hãy nói cho chúng tôi biết về những người sống cùng quý vị.**  
 Điền vào chỗ trống cho tất cả những người sống với quý vị. Liệt kê tên của quý vị đầu tiên. Số an sinh xã hội và quốc tịch là tùy chọn đối với các thành viên không nộp đơn xin trợ cấp.

Bản thân quý vị		Khách hàng ID#
<b>Bản thân</b>		
Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm)	Quan hệ với quý vị	Chủng tộc <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số An sinh xã hội	Tình trạng hôn nhân
Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thành viên khác trong gia đình		Khách hàng ID#
Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm)	Quan hệ với quý vị	Chủng tộc <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số An sinh xã hội	Tình trạng hôn nhân
Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thành viên khác trong gia đình		Khách hàng ID#
Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm)	Quan hệ với quý vị	Chủng tộc <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số An sinh xã hội	Tình trạng hôn nhân
Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thành viên khác trong gia đình	Khách hàng ID#
<p>Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm) _____</p> <p>Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</p> <p>Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>Quan hệ với quý vị _____</p> <p>Số An sinh xã hội _____</p> <p>Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>Chủng tộc _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ</p> <p>Tình trạng hôn nhân _____</p> <p>Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	

Thành viên khác trong gia đình	Khách hàng ID#
<p>Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm) _____</p> <p>Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</p> <p>Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>Quan hệ với quý vị _____</p> <p>Số An sinh xã hội _____</p> <p>Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>Chủng tộc _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ</p> <p>Tình trạng hôn nhân _____</p> <p>Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	

Thành viên khác trong gia đình	Khách hàng ID#
<p>Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm) _____</p> <p>Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</p> <p>Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>Quan hệ với quý vị _____</p> <p>Số An sinh xã hội _____</p> <p>Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>Chủng tộc _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ</p> <p>Tình trạng hôn nhân _____</p> <p>Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	

Thành viên khác trong gia đình	Khách hàng ID#
<p>Tên đầy đủ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm) _____</p> <p>Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____</p> <p>Đăng ký <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>Quan hệ với quý vị _____</p> <p>Số An sinh xã hội _____</p> <p>Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>Chủng tộc _____ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ</p> <p>Tình trạng hôn nhân _____</p> <p>Hoa Kỳ Công dân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	

**9. Có ai trong hộ gia đình của quý vị mang thai không?**

Tên đầy đủ (họ, tên, viết tắt tên đệm) \_\_\_\_\_ Ngày đến hạn dự kiến \_\_\_\_\_

**10. Liệt kê bất kỳ phụ huynh của trẻ mà vắng mặt trong hộ gia đình của quý vị.**

*Phụ huynh của một đứa trẻ không sống với quý vị là phụ huynh vắng mặt. Ngoài ra, liệt kê bạn đời của quý vị nếu người ấy không sống với quý vị. Viết những gì quý vị biết về người đó.*

Tên (họ, tên, tên đệm)	Ngày sinh	Địa chỉ	Số An sinh xã hội #	ID# Khách hàng

**Bước 4: Hãy nói cho chúng tôi biết về thu nhập của quý vị**

**11. Trong phần này, hãy cho chúng tôi biết về tất cả số tiền mà các thành viên trong gia đình quý vị nhận được mỗi tháng, cả số tiền kiếm được và số tiền không kiếm được.**

*Chúng tôi cần thông tin này để có thể cung cấp cho quý vị lợi ích chính xác. Liệt kê tất cả thu nhập trước khi khấu trừ. Cho biết loại và số tiền thu nhập. (Các loại thu nhập bao gồm thu nhập toàn thời gian hoặc bán thời gian, tự kinh doanh, trông trẻ, công việc vặt, công việc ban ngày, tiền trả cho người thuê phòng/người ở trọ, trợ cấp an sinh xã hội, lương hưu, tiền cấp dưỡng, hỗ trợ nuôi con, hỗ trợ tiền mặt tạm thời và bất kỳ khoản thu nhập kiếm được hoặc không kiếm được nào khác.)*

Tên của người có thu nhập	Loại thu nhập	Tên và địa chỉ của người sử dụng lao động	Lượng thu nhập	Tần suất nhận được
			đô la	
			đô la	
			đô la	

**12. Nếu quý vị hiện không làm việc, công việc của quý vị kết thúc khi nào?**

\_\_\_\_\_ Tên và địa chỉ của người sử dụng lao động

\_\_\_\_\_ Ngày công việc kết thúc

\_\_\_\_\_ Lý do công việc kết thúc

\_\_\_\_\_ Ngày nhận lương cuối cùng

**Bước 5: Hãy nói cho chúng tôi biết về tài sản của quý vị**

**13. Vui lòng cho chúng tôi biết về tài sản của quý vị, bao gồm số tiền quý vị có và những thứ quý vị sở hữu.**

*Ví dụ về tài sản bao gồm tài khoản ngân hàng, chứng chỉ tiền gửi, khoản đầu tư, cổ phiếu, trái phiếu, bất động sản mà quý vị không cư trú.*

Loại tài khoản ngân hàng hoặc tài sản	Số tiền trong tài khoản hoặc giá trị tài sản	Tên của người sở hữu tài khoản/tài sản
	đô la	
	đô la	
	đô la	

**Bước 6: Hãy nói cho chúng tôi biết về chi tiêu của quý vị**

*Chỉ trả lời những câu hỏi dưới đây nếu quý vị đang nộp đơn xin Trợ cấp SNAP.*

**14. Trong phần này, hãy cho chúng tôi biết về chi phí của quý vị cho nơi quý vị sinh sống và các chi phí khác.**

Chi phí	Lượng	Tần suất?	Tên người chi trả
Tiền thuê nhà hoặc thế chấp	đô la		
Thuế và bảo hiểm	đô la		
Phí hợp tác xã hoặc phí căn hộ hoặc tiền thuê mặt bằng	đô la		
Nước, cống, rác	đô la		
Ga, điện	đô la		
Điện thoại	đô la		
Chi phí chăm sóc trẻ em hoặc người lớn (giữ trẻ)	đô la		
Chi phí y tế cho người cao tuổi hoặc người khuyết tật	đô la		
Hỗ trợ nuôi con theo nghĩa vụ pháp lý	đô la		

15. Có bao gồm lò sưởi trong tiền thuê nhà của quý vị không?  Có  Không  
 Nếu lò sưởi không được bao gồm trong tiền thuê nhà, làm thế nào để quý vị sưởi ấm nhà của quý vị?

\_\_\_\_\_ Làm thế nào để sưởi ấm nhà của quý vị?

16. Quý vị có trả tiền cho điều hòa?  Có  Không

\_\_\_\_\_ Tên của công ty tiện ích của quý vị hoặc người mà quý vị thanh toán

17. Có ai đó giúp quý vị với chi phí tạm trú của quý vị?  Có  Không

\_\_\_\_\_ Tên đầy đủ của người giúp đỡ (họ, tên, chữ cái đầu tên đệm)

18. Quý vị có chia sẻ bất kỳ chi phí tạm trú nào của quý vị được liệt kê ở trên không?  Có  Không

\_\_\_\_\_ Tên đầy đủ của người chia sẻ chi phí nơi tạm trú (họ, tên, tên viết tắt)  Phần mà quý vị chi

19. Quý vị có sống trong nhà ở công cộng, nhà ở theo Mục 8 hoặc nhà ở theo Mục 515 của Cơ quan Quản lý gia đình nông dân (FMHA) không?  Có  Không

20. Quý vị có nhận được Hỗ trợ năng lượng (Trợ giúp của nhà nước về hóa đơn điện hoặc sưởi ấm) tại địa chỉ hiện tại của quý vị trong vòng 12 tháng qua không?  Có  Không

**BẢN TỜ KHAI CỦA HỘ GIA ĐÌNH** – Hoàn thành nếu quý vị đang đăng ký Chương trình hỗ trợ tiền mặt tạm thời hoặc Hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung

1. Có ai trong gia đình quý vị bị kết án về:
  - a. Một trọng tội trộm cắp vào hoặc sau ngày 22 tháng 8 năm 1996?  
 (*Trộm cắp - Một kẻ tổ chức, giám sát, cấp vốn hoặc quản lý đóng vai trò đồng phạm trong âm mưu sản xuất, phân phối, pha chế, vận chuyển hoặc đưa vào tiểu bang một chất nguy hiểm bị kiểm soát*).  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
  - b. Một trọng tội buôn bán ma túy số lượng lớn vào hoặc sau ngày 22 tháng 8 năm 1996?  
 (*Đại lý số lượng lớn - Một cá nhân sản xuất, phân phối, cấp phát hoặc sở hữu một lượng nhất định chất nguy hiểm được kiểm soát*).  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
2. Có ai trong gia đình quý vị bị kết án sau ngày 7 tháng 2 năm 2014 về lạm dụng tình dục nghiêm trọng, giết người, bóc lột tình dục và lạm dụng trẻ em khác, tấn công tình dục như được định nghĩa trong Đạo luật bạo hành đối với phụ nữ năm 1994, hoặc luật tương tự của tiểu bang, và cũng là không tuân thủ các điều khoản của bản án của họ?  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
3. Có ai trong gia đình quý vị hiện đang vi phạm chế độ tạm tha hoặc quản chế hoặc chạy trốn khỏi cảnh sát hoặc tòa án không?  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
4. Có ai trong hộ gia đình của quý vị đã bị kết án kể từ ngày 22 tháng 8 năm 1996, tại tòa án liên bang hoặc tiểu bang vì đã không nói sự thật về nơi họ sống hoặc danh tính của họ để nhận trợ cấp SNAP hoặc hỗ trợ tiền mặt từ nhiều nơi trong cùng một tháng không?  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
5. Tòa án có kết án bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị vì buôn bán hoặc buôn lậu trợ cấp SNAP từ 500 đô la trở lên không?  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_
6. Có ai trong hộ gia đình của quý vị đang nhận trợ cấp dưới danh tính khác hoặc với tư cách là thành viên của một hộ gia đình khác hoặc ở tiểu bang khác không?  
 CÓ  KHÔNG Nếu có, là ai? \_\_\_\_\_

## Quyền của khách hàng

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách về quyền công dân của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), USDA, các cơ quan, văn phòng và nhân viên của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ và các tổ chức tham gia hoặc quản lý các chương trình của USDA đều bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm cả nhận dạng giới tính và khuynh hướng tình dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc hành vi trả đũa hoặc trả đũa đối với hoạt động dân quyền trước đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ. Các chương trình nhận hỗ trợ tài chính liên bang từ Bộ Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ (HHS), chẳng hạn như Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình nghèo khó (TANF) và các chương trình mà HHS trực tiếp điều hành cũng bị cấm phân biệt đối xử theo luật dân quyền liên bang và các quy định của HHS.

Những người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để biết thông tin về chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in lớn, băng ghi âm, ngôn ngữ ký hiệu của Mỹ), nên liên hệ với cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, nghe kém hoặc có 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 về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

USDA cung cấp hỗ trợ tài chính liên bang cho nhiều chương trình an ninh lương thực và giảm đói như Chương trình hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung (SNAP), Chương trình phân phối thực phẩm cho các khu bảo tồn của người da đỏ (FDPIR) và các chương trình khác. Để nộp đơn khiếu nại chương trình về phân biệt đối xử, hãy hoàn thành Mẫu đơn khiếu nại phân biệt đối xử trong chương trình. (AD-3027) được tìm thấy trực tuyến tại: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> và tại bất kỳ văn phòng USDA nào hoặc viết thư gửi tới USDA và cung cấp trong thư tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu. Để yêu cầu một bản sao của mẫu đơn khiếu nại, hãy gọi (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu hoặc thư đã hoàn tất của quý vị tới USDA qua đường bưu điện: Dịch vụ thực phẩm và dinh dưỡng, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; hoặc fax: (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442; hoặc gọi điện: (833) 620-1071; hoặc email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Để biết bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến SNAP, quý vị nên liên hệ với số điện thoại đường dây nóng SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, cũng bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi đến [số điện thoại đường dây nóng/thông tin của tiểu bang](https://www.usda.gov/food/assistance/snap) (nhấp vào liên kết để xem danh sách các số điện thoại đường dây nóng); được tìm thấy trực tuyến tại: [đường dây nóng của SNAP](https://www.usda.gov/food/assistance/snap).

HHS cung cấp hỗ trợ tài chính của liên bang cho nhiều chương trình nhằm nâng cao sức khỏe và hạnh phúc, bao gồm TANF, Head Start, Chương trình hỗ trợ năng lượng cho gia đình thu nhập thấp (LIHEAP) và các chương trình khác. Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, giới tính (bao gồm cả việc mang thai, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới) hoặc tôn giáo trong các chương trình hoặc hoạt động mà HHS trực tiếp điều hành hoặc mà HHS tham gia cung cấp hỗ trợ tài chính của liên bang, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn phòng Quyền công dân (OCR) cho chính mình hoặc cho người khác

Để nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử cho chính quý vị hoặc người khác liên quan đến chương trình nhận hỗ trợ tài chính liên bang thông qua HHS, hãy hoàn thành biểu mẫu trực tuyến thông qua Cổng thông tin khiếu nại của OCR tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Quý vị cũng có thể liên hệ với OCR qua thư tại: Hoạt động quản lý hồ sơ tập trung, Bộ Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; hoặc email: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Những người cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại về quyền công dân có thể gửi email cho OCR theo địa chỉ [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) hoặc gọi cho OCR theo số miễn phí 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Đối với những người bị điếc, lảng tai hoặc gặp khó khăn về phát âm, vui lòng quay số 7-1-1 để truy cập các dịch vụ chuyển tiếp viễn thông.

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.



# Yêu cầu hỗ trợ

Tôi xác nhận, theo hình phạt nếu khai man, rằng tất cả thông tin tôi cung cấp trong biểu mẫu này là đúng, chính xác và đầy đủ theo khả năng, niềm tin và kiến thức tốt nhất của tôi, bao gồm thông tin về tư cách công dân và tình trạng ngoại kiều của những người nộp đơn xin trợ cấp. Tôi ủy quyền cho bất kỳ người nào, đối tác, công ty, hiệp hội hoặc cơ quan chính phủ nào biết sự thật về tư cách hợp lệ của tôi để cung cấp thông tin đó cho Sở. Tôi cũng cho phép Bộ liên hệ với bất kỳ cá nhân, đối tác, công ty, hiệp hội hoặc cơ quan chính phủ nào đã đưa ra bằng chứng về việc tôi đủ điều kiện nhận trợ cấp.

\_\_\_\_\_  
 Chữ ký của quý vị

\_\_\_\_\_  
 Ngày hôm nay

\_\_\_\_\_  
 Chữ ký của người đại diện được ủy quyền (nếu có)

\_\_\_\_\_  
 Ngày hôm nay

**Thông tin thêm**

Nếu quý vị cần khoảng trống để viết thông tin không vừa trên trang khác, hãy thêm thông tin đó vào đây:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_