

**WISCONSIN FOODSHARE**  
**ĐĂNG KÝ**  
**(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)**

**HƯỚNG DẪN**

Cung cấp tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị để ấn định ngày bắt đầu nhận trợ cấp. Điều này được gọi là "thiết lập ngày nộp đơn của quý vị."

Quý vị có thể lựa chọn chỉ gửi thông tin trên trang này (tên, địa chỉ, chữ ký) hoặc điền vào đơn đăng ký đầy đủ.

Nếu quý vị cần nhận trợ cấp ngay lập tức, hãy điền vào phần Priority FoodShare và gửi nó cùng trang đầu tiên. Việc này có thể cho phép quý vị nhận trợ cấp thực phẩm trong vòng bảy ngày kể từ ngày nộp đơn.

Với tất cả các đơn đăng ký, quý vị phải hoàn thành cuộc phỏng vấn với cơ quan của mình qua điện thoại hoặc gặp trực tiếp. Việc hoàn thành một đơn đăng ký đầy đủ có thể giảm thời gian cần thiết để hoàn thành cuộc phỏng vấn và quy trình cấp giấy chứng nhận.

Quý vị có quyền gửi đơn đăng ký của mình bất cứ lúc nào. Đơn đăng ký của quý vị sẽ được xử lý sớm nhất có thể nhưng không quá 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký.

Nếu các phúc lợi FoodShare của quý vị bị ngừng lại trong vòng 30 ngày vừa qua thì quý vị có thể mở lại các phúc lợi FoodShare của mình. Hãy liên hệ với cơ quan phụ trách của quý vị để mở lại phúc lợi FoodShare của quý vị mà không cần hoàn thành các biểu mẫu mới.

Quý vị có thể đăng ký trực tuyến hoặc qua điện thoại! Hãy gọi đến cơ quan địa phương của quý vị hoặc đăng ký trực tuyến tại [access.wi.gov](https://www.wisconsin.gov/access). Nếu đăng ký trực tuyến, quý vị có thể hoàn thành các đơn đăng ký FoodShare và chăm sóc sức khỏe cùng một lúc.

Tên – Người nộp đơn (Tên chính, Tên đệm, Họ)

Địa chỉ Đường

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

**CHỮ KÝ** – Người nộp đơn hoặc Đại diện được Ủy quyền

Ngày Ký (mm/dd/yy)

**Đăng ký qua Thư hoặc Fax**

Nếu quý vị sống tại Quận Milwaukee:

MDPU  
6055 North 64<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53218

Hoặc fax: 888-409-1979

Nếu quý vị không sống tại Quận Milwaukee:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

Hoặc fax: 855-293-1822

Nếu quý vị là người khuyết tật và cần một định dạng hoặc bản dịch thay thế, vui lòng liên hệ với cơ quan phụ trách của quý vị. Để có số điện thoại cơ quan phụ trách của quý vị, hãy truy cập [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) hoặc gọi đến bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số 800-362-3002. Các dịch vụ dịch thuật và TTY là miễn phí.

Quý vị có thể nhờ một đại diện được ủy quyền hoàn thành và ký tên vào biểu mẫu này thay cho quý vị. Để chỉ định một đại diện được ủy quyền, hãy điền vào mẫu Chỉ định, Thay đổi hoặc Loại bỏ Đại diện được Ủy quyền: Mẫu dành cho Cá nhân, F10126A hoặc mẫu Chỉ định, Thay đổi hoặc Loại bỏ Đại diện được Ủy quyền: Mẫu dành cho Tổ chức, F10126B. Để nhận được biểu mẫu này, hãy gọi 800-362-3002, hoặc truy cập [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

## TÙY CHỌN: FOODSHARE ƯU TIÊN

Nếu quý vị cần nhận trợ giúp ngay lập tức, việc đăng ký FoodShare ưu tiên có thể giúp quý vị nhận được phúc lợi trong vòng bảy ngày kể từ ngày nộp đơn. Điền vào trang này và gửi đi cùng với trang đầu tiên hoặc phần còn lại của đơn đăng ký để xem quý vị có đủ điều kiện hay không.

Quý vị sẽ đủ điều kiện nhận các phúc lợi ưu tiên nếu bất kỳ điều nào sau đây là đúng:

- Hộ gia đình của quý vị có sẵn từ \$100 trở xuống bằng tiền mặt hoặc trong ngân hàng và sẽ có thu nhập dưới \$150 trong tháng này.
- Hộ gia đình của quý vị phải trả chi phí thuê nhà, nợ vay thế chấp nhà hoặc tiện ích cao hơn tổng thu nhập hàng tháng của quý vị (tiền mặt hoặc tiền trong tài khoản ngân hàng hiện có) cho tháng này.
- Hộ gia đình của quý vị có một người nhập cư hoặc công nhân nông trường theo thời vụ đã bị mất thu nhập.

Tên – Người nộp đơn (Tên chính, Tên đệm, Họ)

Địa chỉ Đường

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

### Xin trả lời các câu hỏi sau để được xem xét hưởng dịch vụ nhanh hơn.

Tổng thu nhập (trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác) mà hộ gia đình quý vị kỳ vọng trong tháng này là bao nhiêu? \$

Tổng tài sản hiện có của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu (ví dụ: tiền mặt, tiền trong tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm, hoặc một khoản tiền trả một lần)? \$

Tổng số tiền hộ gia đình quý vị phải trả cho nhà ở (ví dụ như tiền thuê nhà hoặc nợ vay thế chấp nhà) trong tháng này là bao nhiêu? \$

Hộ gia đình quý vị có nhận được phúc lợi Wisconsin FoodShare tháng này không?  Có  Không

Hộ gia đình của quý vị có nhận được các phúc lợi của Supplemental Nutrition Assistance Program (Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung), như là SNAP, phiếu thực phẩm, chuyển phúc lợi điện tử, ở một tiểu bang khác trong tháng này không?  Có  Không

Hiện tại quý vị có phải đang sống tại nơi ở dành cho nạn nhân bạo lực gia đình không?  Có  Không

Có ai trong hộ gia đình của quý vị là người nhập cư hoặc công nhân nông trường theo thời vụ mà gần đây đã bị mất thu nhập và không kỳ vọng nhận được nhiều hơn \$25 thu nhập trong 10 ngày tới không?  Có  Không

Nếu hộ gia đình quý vị phải trả chi phí tiện ích thì xin trả lời những câu hỏi sau.

Nếu quý vị trả tiền thuê nhà thì tiền thuê nhà có bao gồm chi phí sưởi ấm không?  Có  Không

Đánh dấu vào các ô bên cạnh bất kỳ tiện ích nào mà hộ gia đình quý vị phải trả và liệu tiện ích đó có được sử dụng để sưởi ấm nhà quý vị hay không.

Quý vị có trả tiền cho tiện ích này không?	Được dùng cho việc sưởi ấm	Quý vị có trả tiền cho tiện ích này không?	Được dùng cho việc sưởi ấm?
<input type="checkbox"/> Ga (tự nhiên)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Dầu nhiên liệu/dầu hỏa	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Điện	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Than đá	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Khí propan lỏng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Gỗ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Đánh dấu vào ô bên cạnh các tiện ích mà hộ gia đình của quý vị phải trả tiền.

Điện thoại  Nước  Cống rãnh  Thu gom rác  Phụ phí máy lạnh  Khác

## TÙY CHỌN: ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐẦY ĐỦ

### PHẦN 1 - THÔNG TIN LIÊN HỆ

Vui lòng cho chúng tôi biết cách chúng tôi có thể liên hệ với quý vị. Bao gồm mã vùng cho tất cả các số điện thoại.

Số Điện thoại	Loại Điện thoại <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Cơ quan	
Số Điện thoại khác	Số điện thoại này thuộc về ai? <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Gia đình <input type="checkbox"/> Khác	Tên của người này là gì?

Địa chỉ Email

Quý vị muốn nhận thư của mình bằng cách nào?  Gửi Bưu điện  Email - ACCESS

Quý vị có một địa chỉ gửi thư riêng khác với nơi quý vị đang sống không?

Có  Không

Nếu có, vui lòng ghi ra địa chỉ nơi quý vị nhận thư.

Địa chỉ Đường

Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
-----------	-----------	--------

Quý vị hiện là người vô gia cư?\*

Có  Không

\*Vô gia cư có nghĩa là quý vị không có một nơi ở lâu dài vào ban đêm. Điều này bao gồm việc ở tại một nơi trú ẩn, với một người bạn hoặc thành viên gia đình, hoặc không có nơi để ở.

Nếu quý vị là người vô gia cư, hãy bỏ qua câu hỏi về địa chỉ. Nếu quý vị hiện là người vô gia cư và không có địa chỉ nhận thư, thư của quý vị sẽ được chuyển đến cơ quan địa phương của quý vị.

Cách liên hệ tốt nhất và thời gian để liên hệ với quý vị là gì?

### PHẦN 2 - THÔNG TIN NGƯỜI ĐĂNG KÝ

Nếu quý vị đang điền đơn đăng ký này cho người khác, hãy trả lời các câu hỏi còn lại trong vai trò của người đó.

Pháp luật yêu cầu quý vị cung cấp Social Security Number (Số An sinh Xã hội) nếu có. Nó được sử dụng để giúp xác định tính đủ điều kiện và số tiền trợ cấp. Nếu quý vị không có Social Security Number (Số An sinh Xã hội), quý vị có thể đăng ký tại [www.ssa.gov/number-card](http://www.ssa.gov/number-card).

**Lưu ý:** Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi về sắc tộc và chủng tộc nếu quý vị không muốn. Chúng tôi hỏi những câu hỏi này để giúp cải thiện các chương trình của chúng tôi và đảm bảo rằng chúng không phân biệt đối xử dựa trên sắc tộc hoặc chủng tộc. Câu trả lời của quý vị sẽ không được sử dụng để đưa ra quyết định về tính đủ điều kiện tham gia chương trình và số tiền trợ cấp.

Social Security Number (Số An sinh Xã hội)	Ngày sinh (mm/dd/yyyy)
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn

Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dân tộc (tùy chọn) <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời
Chủng tộc: (lựa chọn) đánh dấu tất cả các ô phù hợp <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ/Bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Bản địa Hawaii/Dân đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da đen/Người Mỹ gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Khác
Ngôn ngữ chính được Sử dụng trong Gia đình của Quý vị	Quý vị muốn chữ FoodShare được in bằng ngôn ngữ nào?

### PHẦN 3 - THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH

Điền phần này cho những người sống cùng với quý vị. Nếu cần thêm chỗ, hãy viết lên một tờ giấy trắng và gửi kèm theo đơn đăng ký.

Việc cung cấp Social Security Number (Số An sinh Xã hội, SSN) là bắt buộc theo luật đối với mỗi người đang tìm kiếm các phúc lợi công cộng. Nó được sử dụng để giúp xác định tính đủ điều kiện và số tiền trợ cấp. Nếu quý vị không biết số SSN của một người nào đó sống cùng với mình, hoặc họ không có số, hãy vẫn ghi họ vào phần này.

**Lưu ý:** Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi về sắc tộc và chủng tộc nếu quý vị không muốn. Chúng tôi hỏi những câu hỏi này để giúp cải thiện các chương trình của chúng tôi và đảm bảo rằng chúng không phân biệt đối xử dựa trên sắc tộc hoặc chủng tộc. Câu trả lời của quý vị không được sử dụng để quyết định tính đủ điều kiện của chương trình và số tiền trợ cấp.

#### Người 1 (Người đăng ký)

Tên (Tên chính, Tên đệm, Họ)	Người này có muốn nhận FoodShare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (Số An sinh Xã hội)	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	
Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Dân tộc (tùy chọn) <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	
Chủng tộc: (lựa chọn) đánh dấu tất cả các ô phù hợp <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ/Bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Bản địa Hawaii/Dân đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da đen/Người Mỹ gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	<input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Khác
Quan hệ với Người nộp đơn	Quý vị có mua thức ăn và cùng ăn hầu hết các bữa của mình với người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

#### Người 2

Tên (Tên chính, Tên đệm, Họ)	Người này có muốn nhận FoodShare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (Số An sinh Xã hội)	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	

Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Dân tộc (tùy chọn) <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	
Chủng tộc (lựa chọn), đánh dấu tất cả các ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ/Bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Người Bản địa Hawaii/Dân đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Người Da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời			
Quan hệ với Người nộp đơn	Quý vị có mua thức ăn và cùng ăn hầu hết các bữa của mình với người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

**Người 3**

Tên (Tên chính, Tên đệm, Họ)		Người này có muốn nhận FoodShare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)		Social Security Number (Số An sinh Xã hội)	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	
Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Dân tộc (tùy chọn) <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	
Chủng tộc (lựa chọn), đánh dấu tất cả các ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ/Bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Người Bản địa Hawaii/Dân đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Người Da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời			
Quan hệ với Người nộp đơn	Quý vị có mua thức ăn và cùng ăn hầu hết các bữa của mình với người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

**Người 4**

Tên (Tên chính, Tên đệm, Họ)		Người này có muốn nhận FoodShare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)		Social Security Number (Số An sinh Xã hội)	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn	
Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Dân tộc (tùy chọn) <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	
Chủng tộc (lựa chọn), đánh dấu tất cả các ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ/Bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Tôi không biết <input type="checkbox"/> Người Bản địa Hawaii/Dân đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Người Da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời			
Quan hệ với Người nộp đơn	Quý vị có mua thức ăn và cùng ăn hầu hết các bữa của mình với người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

#### PHẦN 4 - THÔNG TIN SINH VIÊN

Nếu cần thêm chỗ, hãy viết lên một tờ giấy riêng.

Có ai từ 18-49 tuổi trong hộ gia đình của quý vị đang đi học sau trung học (ví dụ: cao đẳng hoặc đại học kỹ thuật) không?

Có  Không Nếu không, hãy chuyển đến Phần 5.

Các lớp học có được thực hiện ngoài chương trình giảng dạy thông thường không?

Các lớp học đặc biệt không nằm trong chương trình giảng dạy thông thường có thể bao gồm giáo dục bổ túc, giáo dục thường xuyên hoặc giáo dục cộng đồng, phát triển chuyên môn, tiếng Anh cho người nói các ngôn ngữ khác (ESOL/ESL), và phát triển lực lượng lao động.

Có  Không Nếu không, hãy chuyển đến Phần 5.

Tên trường

Sinh viên đã đăng ký:

Ít hơn một nửa thời gian

Một nửa thời gian trở lên

Toàn thời gian

Khác

Tên của Sinh viên Đang theo học tại Trường sau Trung học (Tên chính, Tên đệm, Họ)

Sinh viên này có thuộc diện không thể làm việc do khuyết tật tạm thời hoặc vĩnh viễn không?

Có  Không

Đã ghi danh vào Wisconsin Works (Việc làm Wisconsin) (W-2) hoặc chương trình khác do TANF tài trợ theo Tiêu đề IV của Social Security Act (Đạo luật An sinh Xã hội).

Có  Không

Sinh viên này có được làm việc ít nhất 20 giờ mỗi tuần không?

Có  Không

Sinh viên này có tự làm chủ không?

Có  Không

Sinh viên này có đang tham gia vào một chương trình nghiên cứu làm việc do liên bang hoặc tiểu bang tài trợ không?

Có  Không

Sinh viên này có đang làm việc trong chương trình đào tạo việc làm có trả lương không?

Có  Không

Sinh viên này có đang chăm sóc một trẻ em dưới 6 tuổi không?

Có  Không

Sinh viên này có đang chăm sóc một trẻ em từ 6-12 tuổi và không có dịch vụ giữ trẻ đầy đủ không?

Có  Không

Sinh viên này có phải là phụ huynh đơn thân chăm sóc một trẻ em dưới 12 tuổi và đang đi học toàn thời gian không?

Có  Không

Sinh viên đi học có phải do được sắp xếp thông qua Workforce Innovation and Opportunity Act (Đạo luật Cơ hội và Đổi mới Lực lượng Lao động, WIOA), Trade Act of 1974 (Đạo luật Thương mại năm 1974, TAA), W-2, FoodShare Employment and Training (Chương trình Việc làm và Đào tạo FoodShare, FSET) hay một chương trình việc làm và đào tạo khác không?

Có  Không

#### PHẦN 5 - THÔNG TIN BỔ SUNG VỀ HỘ GIA ĐÌNH

Có ai trong hộ gia đình của quý vị được Social Security Administration (Cơ quan An sinh Xã hội), Veterans Administration (Cơ quan Cựu chiến binh) hoặc Railroad Retirement Board (Ban Hưu trí Đường sắt) phát hiện là người khuyết tật hoàn toàn không?

Có  Không

Tên của (những) Người bị khuyết tật (Tên, Tên đệm, Họ)

Ngày Xác định Tình trạng Khuyết tật (mm/dd/yyyy)

Có ai trong gia đình quý vị không thể làm việc vì bệnh tật hoặc thương tích (tinh thần hoặc thể chất) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tên của (những) Người không thể làm việc (Tên, Tên đệm, Họ)	Ngày Xác định Người đó không thể làm việc (mm/dd/yyyy)	
Có ai trong gia đình quý vị đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người đang mang thai (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong hộ gia đình của quý vị là một người 18-24 tuổi đang ở trong dịch vụ chăm sóc nuôi dưỡng, người giám hộ được trợ cấp hoặc chăm sóc bởi họ hàng theo yêu cầu của tòa án khi họ bước sang tuổi 18 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người từ 18—24 tuổi mà đang ở trong Dịch vụ Chăm sóc Nuôi dưỡng, Giám hộ được Trợ cấp, hoặc Chăm sóc bởi Họ hàng theo Yêu cầu của Tòa án, khi họ bước sang tuổi 18 (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong gia đình quý vị là một cựu binh của quân đội Hoa Kỳ đã giải ngũ vì bất kỳ lý do gì không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người là Cựu chiến binh (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong gia đình của quý vị thường xuyên tham gia vào một chương trình điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích (chương trình này không bao gồm các chương trình Ẩn danh cho Người nghiện rượu hoặc Chất gây nghiện) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người đang Tham gia Điều trị (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong gia đình quý vị là người chăm sóc chính cho trẻ em dưới 6 tuổi hoặc một người khác không có khả năng tự chăm sóc (sống cùng hoặc không cùng nhà) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người đang chăm sóc (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong gia đình quý vị tham gia vào một chương trình việc làm không? Ví dụ, chương trình dành cho công nhân đã bị sa thải, Chương trình việc làm Wisconsin Works (W-2), hay TANF Bộ lạc? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		Tên của (những) Người sẽ tham gia vào một Chương trình Làm việc (Tên, Tên đệm, Họ)
Có ai trong hộ gia đình quý vị bị kết án trọng tội liên quan đến ma túy trong 5 năm qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên của Người bị Kết án trọng tội liên quan đến Ma túy (Tên, Tên đệm, Họ)	Ngày Kết án (mm/dd/yyyy)
Có ai trong hộ gia đình của quý vị đang chạy trốn khỏi trọng tội hoặc vi phạm quản chế hoặc tạm tha không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên của Người trốn trọng tội hoặc đang Vi phạm Quản chế hoặc Tạm tha (Tên, Tên đệm, Họ)	

**PHẦN 6 - TÀI SẢN**

Thông tin tài sản chỉ cần thiết nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp khẩn cấp hoặc là thành viên của hộ gia đình có người già, người mù hoặc người khuyết tật.

Liệt kê tất cả tài sản thuộc sở hữu của (những) người nộp đơn. Bao gồm các tài sản được sở hữu chung với bất kỳ ai khác. Tài sản có sẵn có nghĩa là bất kỳ tài sản nào có thể được đổi thành tiền mặt vào bất kỳ lúc nào.

Liệt kê các mục như tiền mặt, séc hoặc tài khoản tiết kiệm, thẻ ghi nợ trả trước, chứng chỉ tiền gửi (CD), quỹ tín thác, cổ phiếu, trái phiếu (không dành cho chi phí giáo dục hoặc tang lễ), lãi suất niên kim, trái phiếu tiết kiệm của Mỹ, thỏa thuận tài sản, hợp đồng chứng thư, sở hữu chung bất động sản hoặc nghỉ dưỡng, tài sản cho thuê, tài sản chung cư hoặc tài sản cá nhân được giữ cho mục đích đầu tư. Không bao gồm giá trị của đồ dùng cá nhân trong hộ gia đình.

Loại Tài sản	Tên của (các) Chủ sở hữu	Giá trị Hiện tại	Mô tả (ví dụ như tên ngân hàng hoặc tổ chức tài chính, bao gồm các loại tài sản khác ở đây)
Tiền mặt		\$	
Tài khoản Séc		\$	
Tài khoản Tiết kiệm		\$	
Loại Tài sản Khác		\$	
Loại Tài sản Khác		\$	
Loại Tài sản Khác		\$	

### PHẦN 7 - THU NHẬP VÀ TIỀN LƯƠNG VIỆC LÀM/CÔNG VIỆC

Việc ghi danh của FoodShare dựa trên tổng thu nhập của hộ gia đình (trước thuế hoặc khấu trừ). Tụ kinh doanh được nêu trong Phần 9. Nếu cần thêm chỗ, hãy viết lên một tờ giấy riêng.

Có thành viên nào trong hộ gia đình đang làm việc không?

Có  Không

Nếu có, hãy trả lời các câu hỏi sau đây cho từng thành viên trong hộ gia đình đang làm việc.

Có ai là công nhân nhập cư không?

Có  Không

#### Người 1

Tên của Người đang làm việc (Tên, Tên đệm, Họ) Ngày Bắt đầu Việc làm (mm/dd/yyyy)

Tên của Chủ lao động

Địa chỉ của Chủ lao động

Người này được trả bao lâu một lần (chọn bên dưới)?

Hàng tuần  Hai tuần một lần (Cách tuần)  Một tháng một lần  Nửa tháng (Hai lần một tháng)

Khác, cung cấp chi tiết:

Số giờ cho mỗi lần trả lương?

Tổng thu nhập (trước thuế hoặc các khoản khấu trừ) trên mỗi phiếu lương \$

Người này có được trả lương theo giờ không?

Có  Không Nếu có, người này được trả bao nhiêu mỗi giờ? \$

Người này có được trả lương không?

Có  Không Nếu có, lương của người này là bao nhiêu? \$

Người này có nhận được tiền boa hoặc tiền trợ cấp ngoài tiền lương theo giờ hoặc tiền lương của họ không?

Có  Không Nếu có, người này nhận được bao nhiêu mỗi kỳ lương? \$

#### Người 2

Tên của Người đang làm việc (Tên, Tên đệm, Họ) Ngày Bắt đầu Việc làm (mm/dd/yyyy)

Tên của Chủ lao động



Địa chỉ của Chủ lao động

Người này được trả bao lâu một lần (chọn bên dưới)?

- Hàng tuần  Hai tuần một lần (Cách tuần)  Một tháng một lần  Nửa tháng (Hai lần một tháng)  
 Khác

Số giờ cho mỗi lần trả lương?

Tổng Thu nhập (Trước thuế hoặc các khoản khấu trừ) trên mỗi Phiếu lương  
\$

Người này có được trả lương theo giờ không?

- Có  Không Nếu có, người này được trả bao nhiêu mỗi giờ? \$

Người này có được trả lương không?

- Có  Không Nếu có, lương của người này là bao nhiêu? \$

Người này có nhận được tiền boa hoặc tiền trợ cấp ngoài tiền lương theo giờ hoặc tiền lương của họ không?

- Có  Không Nếu có, người này nhận được bao nhiêu mỗi kỳ lương? \$

## PHẦN 8 – THẤT NGHIỆP

Có ai trong hộ gia đình của quý vị vừa mới nghỉ việc gần đây không?

- Có  Không Nếu có, hãy hoàn thành phần còn lại của Phần 8.

Tên của Người Thất nghiệp (Tên chính, Tên đệm, Họ)

Ngày Kết thúc Công việc (mm/dd/yyyy)

Tên và Địa chỉ của Nhà tuyển dụng

Lý do Kết thúc Công việc

- Bỏ việc  Sa thải  Buộc nghỉ việc  
 Khác: \_\_\_\_\_

Người này đã đăng ký bảo hiểm thất nghiệp chưa?

- Có  Không Nếu có, người này đã nộp đơn xin thất nghiệp khi nào  
(mm/dd/yyyy)?

## PHẦN 9 - THU NHẬP TỰ VIỆC TỰ LÀM CHỦ

Vui lòng cho chúng tôi biết về bất kỳ khoản thu nhập tự kinh doanh nào mà quý vị và/hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận được. Bao gồm thu nhập nhận được ngay cả khi người đó không khai thuế. Ví dụ về việc tự làm chủ bao gồm sở hữu một doanh nghiệp, tài sản cho thuê hoặc bất kỳ hoạt động trao đổi hàng hóa hoặc dịch vụ nào lấy tiền. Nếu cần thêm chỗ hoặc có nhiều người tự làm chủ, hãy viết lên một tờ giấy riêng.

Có ai trong hộ gia đình quý vị tự làm chủ không?

- Có  Không Nếu có, hãy hoàn thành phần còn lại của Phần 9.

Tên của Người tự kinh doanh (Tên, Tên  
đệm, Họ)

Tên Doanh nghiệp

Địa chỉ Doanh nghiệp

Loại hình Sở hữu Doanh nghiệp

- Công ty hợp danh  Công ty S  Công ty Tư nhân  Tập đoàn  Khác  Tôi không biết

Loại hình Kinh doanh (trồng trọt, chăm sóc  
ban ngày)

Ngày Bắt đầu Kinh doanh

Doanh nghiệp này đã nộp thuế chưa?  Có  Không

Nếu có, doanh nghiệp đã nộp thuế vào năm thuế nào?

Doanh nghiệp có thay đổi đáng kể về thu nhập hoặc chi phí kể từ lần nộp thuế gần đây nhất không?  
 Có  Không  Tôi không biết

Trung bình, doanh nghiệp này tạo ra bao nhiêu thu nhập mỗi tháng? Vui lòng cung cấp cho chúng tôi thu nhập nhận được trước khi chi phí được tính. \$

Trung bình, tổng chi phí mà doanh nghiệp này có mỗi tháng là bao nhiêu?  
\$

Trung bình mỗi tháng người này làm việc cho doanh nghiệp này bao nhiêu giờ?

### PHẦN 10 - THU NHẬP BẰNG HIỆN VẬT HOẶC TÌNH NGUYỆN, THU NHẬP KHÁC

Vui lòng cho chúng tôi biết về bất kỳ hiện vật nào (nhận hàng hóa, dịch vụ hoặc thực phẩm để đổi lấy công việc) hoặc công việc tình nguyện mà bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có làm. Nếu cần thêm chỗ, hãy viết lên một tờ giấy riêng.

Tên của Cá nhân hoặc Tổ chức Cung cấp Hàng hóa, Dịch vụ hoặc Thực phẩm để đổi lấy Công việc hoặc Dịch vụ

Địa chỉ Đường		Số Điện thoại
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

Điều gì được thực hiện để đổi lấy hàng hóa, dịch vụ hoặc thực phẩm?

Bao nhiêu giờ mỗi tháng?	Ngày Bắt đầu
--------------------------	--------------

Tên của Cá nhân hoặc Tổ chức

Địa chỉ Đường		Số Điện thoại
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

Quý vị tình nguyện bao nhiêu giờ mỗi tháng?	Ngày Bắt đầu
---	--------------

### PHẦN 11 - THU NHẬP KHÁC

Nếu cần thêm chỗ, hãy viết lên một tờ giấy riêng.

Có ai trong hộ gia đình quý vị nhận được thu nhập khác không?  
 Có  Không Nếu có, hãy hoàn thành phần bên dưới cho từng loại thu nhập.

Loại Thu nhập	Quý vị có được nhận không?	Tên Người nhận Thu nhập này	Tổng (Trước Thuế hoặc Khấu trừ) Số tiền Hàng tháng
Social Security (An sinh Xã hội)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Supplemental Security Income (Thu nhập An sinh Bổ sung) (SSI)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Tiền cấp dưỡng/Trợ cấp Nuôi con	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$

Trợ cấp Người lao động/Thất nghiệp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Chi trả Khuyết tật/Ôm đau	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Lãi suất/Cổ tức	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Trợ cấp Cựu chiến binh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Thanh toán Chăm sóc Nuôi dưỡng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Thanh toán Chăm sóc Thân nhân	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$
Khác: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$

## PHẦN 12 - CHI PHÍ

**Chăm sóc Phụ thuộc:** Có ai trong hộ gia đình quý vị trả tiền chăm sóc trẻ em hoặc người lớn để họ có thể làm việc, tìm việc làm, đi học hoặc được đào tạo không?

Có  Không

Tên của Người trả tiền cho Dịch vụ Chăm sóc Trẻ em hoặc Người lớn (Tên, Tên đệm, Họ)	Ai được trả tiền để cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em hoặc người lớn này? (Tên, Tên đệm, Họ)	Tên của Trẻ em hoặc Người lớn được Chăm sóc (Tên, Tên đệm, Họ)
Số lượng \$	Bao lâu thì khoản này được thanh toán một lần (chọn bên dưới)? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần (Cách tuần) <input type="checkbox"/> Mỗi tháng một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng (Hai lần mỗi tháng) <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ:	

**Trợ cấp Nuôi con:** Có ai trong hộ gia đình quý vị bị tòa án yêu cầu trả tiền trợ cấp nuôi con không?

Có  Không

Tên của Người trả tiền Cấp dưỡng cho Trẻ (Tên, Tên đệm, Họ)	Tên của Người nhận tiền (Tên, Tên đệm, Họ)	Tên của Trẻ mà Khoản hỗ trợ Sẽ được Thanh toán (Tên, Tên đệm, Họ)
Số lượng \$	Bao lâu thì khoản này được thanh toán một lần (chọn bên dưới)? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần (Cách tuần) <input type="checkbox"/> Mỗi tháng một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng (Hai lần mỗi tháng) <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ:	

**Chi phí Y tế:** Có thành viên nào trong hộ gia đình là người già, người mù hoặc đã được xác định là bị khuyết tật phải trả chi phí y tế tự túc không? Xem các khoản khấu trừ chi phí y tế và cách chúng ảnh hưởng đến cuốn sách nhỏ về Phúc lợi FoodShare để biết các ví dụ hoặc [P-03315B](http://P-03315B) tại [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b).

Có  Không

Tên của Người có Chi phí Y tế (Tên, Tên đệm, Họ)	Những loại chi phí y tế là gì?	Số lượng
	<input type="checkbox"/> Đơn thuốc	\$
	<input type="checkbox"/> Hóa đơn Y tế	\$
	<input type="checkbox"/> Đồng thanh toán	\$
	<input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm	\$
	<input type="checkbox"/> Khác	\$
	<input type="checkbox"/> Khác	\$

Bao lâu thì khoản này được thanh toán một lần (chọn bên dưới)?

- Hàng tuần  Hai tuần một lần (Cách tuần)  Mỗi tháng một lần  Nửa tháng (Hai lần mỗi tháng)  
 Khác, vui lòng nêu rõ:

**Chi phí Nơi ở:** Có ai trong hộ gia đình phải trả chi phí nơi ở (tiền thuê nhà, thế chấp, thuế bất động sản) không?

- Có  Không

Tên của Người có Chi phí Nhà ở (Tên, Tên đệm, Họ)

Chi phí Hàng tháng  
\$

Chi phí để làm gì?

- Tiền thuê nhà/Lô đất  Thế chấp  Thuế Bất động sản  Bảo hiểm Chủ sở hữu nhà  
 Thanh toán khoản vay mua nhà di động  
 Thuế hoặc Định giá Đặc biệt cho những mục như Vĩa hè hoặc Sửa chữa Đường phố

**Chi phí Tiện ích:**

Có ai trong hộ gia đình chi trả tiền điện nước không?

- Có  Không

Nếu đi thuê, tiền thuê có bao gồm tiền sưởi không?

- Có  Không

Đánh dấu vào (các) ô bên cạnh các tiện ích mà hộ gia đình quý vị phải trả và liệu tiện ích đó có được sử dụng để sưởi ấm nhà quý vị không.

Quý vị có trả tiền cho tiện ích này không?

Được dùng cho việc sưởi ấm

Ga (Tự nhiên)

- Có  Không

- Có  Không

Điện

- Có  Không

- Có  Không

Khí propan lỏng

- Có  Không

- Có  Không

Dầu nhiên liệu/dầu hỏa

- Có  Không

- Có  Không

Than đá

- Có  Không

- Có  Không

Gỗ

- Có  Không

- Có  Không

Đánh dấu vào ô bên cạnh các tiện ích mà hộ gia đình của quý vị phải trả tiền.

- Điện thoại  Nước  Cống rãnh  Thu gom rác  Phụ phí máy lạnh  Khác: \_\_\_\_\_

Quý vị có nhận được hỗ trợ về nhà ở (Mục 8 hoặc nhà ở công cộng được trợ cấp khác) không?

- Có  Không

Quý vị có nhận được hỗ trợ năng lượng (WHEAP, LIHEAP, thời tiết hóa, hoặc hỗ trợ năng lượng khác từ một tiểu bang khác) không?

- Có  Không

## WISCONSIN FOODSHARE THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Đơn này là dành cho FoodShare và không phải là đơn xin Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Wisconsin Shares (trợ cấp chăm sóc trẻ em), hoặc Wisconsin Works (Việc làm Wisconsin) (W-2). Các chương trình này giúp thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe hoặc giữ trẻ hoặc tìm việc làm. Quý vị có thể nộp đơn xin BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid và Wisconsin Shares trực tuyến tại trang [access.wi.gov](https://access.wi.gov) cùng lúc quý vị nộp đơn xin FoodShare. Quý vị phải liên lạc với cơ quan phụ trách của mình để nộp đơn xin W-2.

FoodShare là một phúc lợi có nghĩa là nó hỗ trợ những người có thu nhập thấp và gặp khó khăn trong việc mua thực phẩm được trợ giúp hàng tháng để trang trải cuộc sống. Quý vị không cần phải nộp đơn xin W-2 hoặc các chương trình khác để có thể nhận được các phúc lợi FoodShare. Một hộ gia đình thường bao gồm những người sống cùng nhau và chia sẻ thức ăn. Mức phúc lợi FoodShare mà một hộ gia đình nhận được là dựa trên quy mô, chi phí và thu nhập của hộ gia đình. Các phúc lợi FoodShare được cấp qua thẻ Wisconsin QUEST, được sử dụng giống như thẻ ghi nợ tại các cửa hàng tạp hóa hoặc chợ nông sản có chấp nhận FoodShare.

## YÊU CẦU BÁO CÁO

Quý vị được yêu cầu báo cáo nếu tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình vượt quá 130% federal poverty level (mức nghèo của liên bang) cho quy mô hộ gia đình của quý vị.

Quý vị được yêu cầu báo cáo đã nhận được bất kỳ giải thưởng thắng xổ số hoặc cờ bạc đáng kể trong một trò chơi, đặt cược hoặc vé số trước thuế hoặc các khoản khấu trừ.

Quý vị hoặc ai đó trong hộ gia đình của quý vị có thể cần phải đáp ứng yêu cầu công việc của FoodShare vào một thời điểm nào đó trong thời gian chứng nhận của quý vị để tiếp tục nhận được các quyền lợi của FoodShare. Để đáp ứng yêu cầu công việc, quý vị phải làm việc hoặc tham gia vào một chương trình làm việc ít nhất 80 giờ một tháng. Nếu số giờ làm việc của quý vị dưới 80 giờ mỗi tháng, quý vị phải báo cáo điều này.

## VỚI TƯ CÁCH THÀNH VIÊN CỦA FOODSHARE, QUÝ VỊ CÓ CÁC QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ

Các quyền của quý vị bao gồm:

- Quyền được thông báo về tình trạng ghi danh của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn.
- Quyền nhận trợ cấp trong vòng bảy ngày nếu quý vị đủ điều kiện để được giúp đỡ ngay lập tức.
- Quý vị không bị phân biệt đối xử vì là người cao tuổi hoặc vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, niềm tin chính trị hoặc sự trả thù/trả thù cho hoạt động dân quyền trước đây.

Quý vị có nghĩa vụ:

- Trả lời đầy đủ và trung thực tất cả các câu hỏi trong đơn và ký tên để xác nhận, chấp nhận chịu hình phạt nếu khai man, rằng tất cả các câu trả lời của quý vị là đúng và chính xác. Điều này bao gồm thông tin liên quan đến quốc tịch và tình trạng nhập cư của các thành viên nộp đơn xin trợ cấp.
- Cung cấp bằng chứng về tất cả thông tin cần thiết để xác định tính đủ điều kiện.
- Báo cáo những thay đổi cần thiết trong khung thời gian được cho phép trong thư gửi cho quý vị.
- Không bán, trao đổi hoặc cho tặng các phúc lợi.
- Chỉ sử dụng phúc lợi FoodShare để mua các mặt hàng được phép.

Những người vi phạm các quy tắc của FoodShare có thể bị loại khỏi chương trình, bị phạt tiền, bỏ tù hoặc nhận cả ba hình phạt. Để biết thêm thông tin về quyền và nghĩa vụ của quý vị, hãy truy cập [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b).

## THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Quý vị có quyền nhận được thông báo bằng văn bản từ cơ quan phụ trách của mình trước khi có bất kỳ hành động nào nhằm chấm dứt hoặc giảm các phúc lợi FoodShare của quý vị. Đối với hầu hết các hành động, quý vị sẽ nhận được thư ít nhất 10 ngày trước khi hành động được thực hiện.

## ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG

Quý vị có quyền được điều trần công bằng nếu không đồng ý với bất kỳ hành động nào của cơ quan phụ trách. Quý vị có thể yêu cầu một buổi điều trần công bằng thông qua lời nói bằng cách gọi điện đến số 608-266-7709. Quý vị cũng có thể gửi mẫu Yêu cầu Điều trần Công bằng hoặc thư yêu cầu điều trần qua fax đến số 608-264-9885 hoặc qua đường bưu điện đến:

Department of Administration  
Division of Hearing and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

Yêu cầu của quý vị phải được nhận trong vòng **90 ngày** kể từ ngày cơ quan quy định có hiệu lực đối với các phúc lợi FoodShare của quý vị **hoặc**, nếu quý vị không đồng ý với mức phúc lợi FoodShare của mình, bất kỳ lúc nào trong khi quý vị đang nhận trợ cấp. Quý vị có thể tải xuống mẫu Yêu cầu Điều trần Công bằng tại trang [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm), hoặc gọi cho cơ quan được liệt kê trong thư gửi cho quý vị để yêu cầu một buổi điều trần.

Trong hầu hết các trường hợp, nếu Division of Hearings and Appeals (Ban Điều trần và Kháng cáo) nhận được yêu cầu điều trần công bằng của quý vị trước ngày hành động có hiệu lực thì phúc lợi FoodShare của quý vị sẽ không dừng lại hoặc bị giảm đi. Quý vị có thể yêu cầu tiếp tục các phúc lợi của mình, ít nhất là cho đến khi có quyết định về kháng cáo của quý vị. Trong thời gian này, nếu một thay đổi không liên quan khác xảy ra thì các phúc lợi FoodShare của quý vị có thể thay đổi. Nếu một thay đổi khác xảy ra thì quý vị sẽ nhận được một lá thư mới. Nếu quý vị không hài lòng với quyết định của phiên điều trần công bằng thì có thể kháng cáo và yêu cầu một buổi điều trần công bằng thứ hai. Nếu quyết định của phiên điều trần công bằng là chấm dứt hoặc giảm bớt các khoản phúc lợi của quý vị, quý vị có thể phải hoàn trả bất kỳ phúc lợi nào mà quý vị đã nhận được trong thời gian kháng cáo của quý vị đang chờ xử lý. Quý vị có thể yêu cầu không tiếp tục nhận các phúc lợi.

Quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc được đại diện tại phiên điều trần hay cuộc họp bởi luật sư, bạn bè hoặc bất kỳ ai khác mà quý vị chọn. Chúng tôi không thể trả tiền cho luật sư của quý vị. Tuy nhiên, quý vị có thể được cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí nếu đủ điều kiện. Để tìm hiểu thêm về trợ giúp pháp lý miễn phí, xin gọi số 888-278-0633.

Nếu quý vị hay người đại diện không xuất hiện tại phiên điều trần mà không có lý do chính đáng thì đơn kháng cáo của quý vị được coi là bị hủy bỏ và sẽ bị bác bỏ.

### **NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP, NGƯỜI BẢO VỆ HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN**

Nếu quý vị có người giám hộ hợp pháp, người bảo vệ hoặc người được ủy quyền thì người đó có thể điền và gửi mẫu này thay mặt cho quý vị. Người đó cũng cần phải nộp tài liệu về cuộc hẹn của họ cùng với biểu mẫu này.

### **THU THẬP THÔNG TIN/SỬ DỤNG SOCIAL SECURITY NUMBERS (SỐ AN SINH XÃ HỘI)/THÔNG TIN XÁC MINH CÁ NHÂN**

Việc thu thập thông tin này, bao gồm cả Social Security number (số An sinh Xã hội) của mỗi thành viên trong hộ gia đình, được cho phép theo Food and Nutrition Act of 2008 (Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng năm 2008), đã được sửa đổi, 7 U.S.C. 2011-2036. 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 SNAP hay không.

Thông tin sẽ được sử dụng để xác định xem hộ gia đình của quý vị có thể nhận hoặc tiếp tục nhận trợ cấp hay không.

Thông tin quý vị cung cấp sẽ được xác minh thông qua các chương trình đối sánh trên máy tính. 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.

Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan liên bang và tiểu bang khác để kiểm tra chính thức và cho các quan chức thực thi pháp luật với mục đích bắt giữ những người bỏ trốn để trốn tránh pháp luật.

Nếu phát sinh khiếu nại SNAP chống lại hộ gia đình quý vị thì thông tin trong đơn này, gồm cả tất cả các Social Security numbers (số An sinh Xã hội), có thể được chuyển đến các cơ quan liên bang và tiểu bang, cũng như các cơ quan thu nợ theo yêu cầu tư nhân, để thực hiện hành động thu nợ theo yêu cầu.

Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm cả Social Security numbers (số An sinh Xã hội) của mỗi thành viên trong hộ gia đình, là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp Social Security number (số An sinh Xã hội) sẽ dẫn đến việc từ chối phúc lợi SNAP cho những người không cung cấp Social Security number (số An sinh Xã hội) mà không có lý do chính đáng. Bất kỳ Social Security numbers (số An sinh Xã hội) nào được cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách tương tự như Social Security numbers (số An sinh Xã hội) của các thành viên hộ gia đình đủ điều kiện.

Social Security number (số An sinh Xã hội) của quý vị sẽ không được chia sẻ với United States Citizenship and Immigration Services (Sở Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ, USCIS).

Các phúc lợi FoodShare không được tính cho trường hợp không được chấp nhận.

## TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ

Để có thể nhận được FoodShare, quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng nhập cư đủ điều kiện với USCIS. Tình trạng nhập cư của tất cả các cá nhân đăng ký FoodShare sẽ được xác minh với USCIS qua SAVE và có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh và phúc lợi FoodShare. Tình trạng nhập cư sẽ không được USCIS xác minh đối với bất kỳ cá nhân nào không đăng ký FoodShare hoặc những người cho biết họ không có tình trạng nhập cư đủ điều kiện với USCIS. Tuy nhiên, thu nhập từ những cá nhân đó có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh hoặc phúc lợi FoodShare.

## ĐÁNH GIÁ KIỂM SOÁT CHẤT LƯỢNG

Trường hợp FoodShare của quý vị có thể được Wisconsin Department of Health Services (Bộ Dịch vụ Y tế Wisconsin) chọn ngẫu nhiên để đánh giá kiểm soát chất lượng. Đánh giá kiểm soát chất lượng FoodShare là việc xem xét trường hợp FoodShare của quý vị để đảm bảo rằng cơ quan mà ghi danh cho quý vị tham gia FoodShare đã cấp phúc lợi của quý vị một cách chính xác và tuân thủ các quy tắc do chính phủ liên bang đặt ra. Luật liên bang quy định rằng quý vị phải hợp tác với việc đánh giá kiểm soát chất lượng. Nếu quý vị không cung cấp thông tin được yêu cầu và không hợp tác với việc xem xét thì hồ sơ FoodShare của quý vị có thể bị đóng lại. Nếu điều này xảy ra thì quý vị sẽ được cho biết hồ sơ của quý vị có thể bị đóng trong bao lâu.

## QUY TẮC LÀM VIỆC CƠ BẢN DÀNH CHO CÁ NHÂN TỪ 16 TUỔI ĐẾN 59

Tất cả các ứng viên và thành viên của FoodShare từ 16 đến 59 tuổi phải tuân thủ các quy tắc làm việc cơ bản như một điều kiện để đủ điều kiện tham gia FoodShare trừ khi họ được coi là miễn trừ. Việc tuân thủ các quy tắc làm việc cơ bản bao gồm đăng ký làm việc tại thời điểm nộp đơn bằng cách cung cấp đủ thông tin về tình trạng việc làm hoặc khả năng sẵn sàng làm việc.

Quý vị được miễn trừ các quy tắc làm việc cơ bản nếu **bất kỳ** điều nào sau đây là đúng:

- Quý vị được 16 hoặc 17 tuổi và không phải là người chính trong nhóm FoodShare.
- Quý vị được 16 hoặc 17 tuổi và là người chính trong nhóm FoodShare nhưng đã ghi danh đi học hoặc tham gia chương trình việc làm và đào tạo ít nhất nửa thời gian.
- Quý vị được coi là không thích hợp cho công việc. Điều này áp dụng nếu:
  - Quý vị nhận được trợ cấp khuyết tật tạm thời hoặc vĩnh viễn từ chính phủ hoặc một nguồn tư nhân.
  - Cơ quan của quý vị cho rằng quý vị không thể làm việc được về mặt tinh thần hoặc thể chất.
  - Quý vị được xác minh là không thể làm việc theo tuyên bố từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc cán sự xã hội.
- Quý vị đã ghi danh W-2 và tuân thủ các yêu cầu công việc của W-2.
- Quý vị là người chăm sóc chính cho một trẻ em phụ thuộc dưới 6 tuổi (cho dù trẻ sống trong nhà hay ngoài nhà của quý vị). Tuy nhiên, nếu cả quý vị và một người khác đều có quyền làm cha mẹ đối với trẻ thì chỉ một trong hai người có thể được miễn các yêu cầu đăng ký làm việc với tư cách là người chăm sóc chính của trẻ đó.
- Quý vị là người chăm sóc chính cho một người khác mà không thể tự chăm sóc cho chính họ (cho dù người đó sống trong nhà hay ngoài nhà quý vị).
- Quý vị đã nộp đơn hoặc đang nhận được tiền trợ cấp thất nghiệp.
- Quý vị đang thường xuyên tham gia chương trình phục hồi hoặc điều trị tình trạng lạm dụng rượu bia hoặc chất kích thích khác.
- Quý vị đang làm việc tối thiểu 30 giờ mỗi tuần hoặc có thu nhập hàng tuần tối thiểu \$217,50.
- Quý vị đã ghi danh ít nhất nửa thời gian vào một trường học, chương trình đào tạo hoặc cơ sở giáo dục đại học được công nhận.

Quý vị có thể cần cung cấp bằng chứng cho cơ quan của mình nếu quý vị đáp ứng một trong những trường hợp miễn trừ này. Mặc dù phải tuân thủ các quy tắc làm việc cơ bản, nhưng việc tham gia vào một chương trình làm việc là tự nguyện.

## XỬ PHẠT VI PHẠM QUY TẮC CÔNG VIỆC CƠ BẢN

Nếu quý vị không tuân thủ các yêu cầu về quy tắc làm việc cơ bản và quý vị không đáp ứng được quyền miễn trừ, quý vị sẽ không thể nhận được phúc lợi FoodShare trong một thời gian xử phạt cụ thể. Điều này bao gồm nếu quý vị tự nguyện và không có lý do chính đáng khi làm bất kỳ điều nào sau đây:

- Từ chối một lời mời làm việc phù hợp
- Bỏ một công việc làm từ 30 giờ trở lên mỗi tuần (hoặc một công việc có thu nhập bằng 30 giờ mỗi tuần theo mức lương tối thiểu liên bang)
- Giảm số giờ làm việc của quý vị xuống dưới 30 giờ mỗi tuần (hoặc thu nhập của quý vị xuống dưới 30 lần mức lương tối thiểu liên bang)
- Tham gia W-2 nhưng không đáp ứng các yêu cầu công việc của chương trình W-2

- Nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp thất nghiệp nhưng không đáp ứng yêu cầu công việc của chương trình trợ cấp thất nghiệp

Nếu, trong thời gian xử phạt, quý vị chuyển đến một hộ gia đình nhận FoodShare khác thì phần còn lại của thời gian xử phạt sẽ chuyển cùng quý vị đến hộ gia đình đó. Khoảng thời gian xử phạt là:

- Một tháng cho lần xử phạt đầu tiên.
- Ba tháng cho lần xử phạt thứ hai.
- Sáu tháng cho lần xử phạt thứ ba hoặc những lần tiếp theo.

Quý vị có thể kết thúc thời gian xử phạt sớm nếu quý vị được miễn các yêu cầu đăng ký làm việc.

Quý vị sẽ cần phải đăng ký lại FoodShare nếu muốn nhận phúc lợi sau khi thời gian xử phạt kết thúc. Nếu quý vị là thành viên của một nhóm FoodShare thì quý vị sẽ cần thông báo cho cán sự của mình biết để cập nhật trường hợp của quý vị thay vì phải đăng ký lại.

## **YÊU CẦU CÔNG VIỆC FOODSHARE ĐỐI VỚI NGƯỜI LỚN KHỎE MẠNH Ở ĐỘ TUỔI TỪ 18 ĐẾN 54**

Một số người lớn ở độ tuổi từ 18 đến 54 không có con nhỏ sống trong nhà chỉ có thể nhận được ba tháng phúc lợi FoodShare có giới hạn thời gian trong khoảng thời gian 36 tháng (ba năm) trừ khi họ đáp ứng yêu cầu công việc của FoodShare hoặc được coi là được miễn. Yêu cầu công việc này khác với yêu cầu quy tắc công việc cơ bản.

Có bốn cách để đáp ứng yêu cầu công việc FoodShare cho ABAWDs:

- Làm việc ít nhất 80 giờ mỗi tháng.
- Tham gia một chương trình việc làm được chấp nhận ít nhất 80 giờ mỗi tháng, chẳng hạn như:
  - FoodShare Employment and Training (Chương trình Việc làm và Đào tạo của FoodShare, FSET).
  - W-2.
  - Workforce Innovation and Opportunity Act (Đạo luật Cơ hội và Đổi mới Lực lượng Lao động, WIOA).
- Có một công việc trả bằng hiện vật (được trả công bằng hàng hóa thay vì tiền) hoặc làm tình nguyện ít nhất 80 giờ mỗi tháng.
- Có sự kết hợp giữa các công việc, một công việc trả bằng hiện vật, làm tình nguyện hoặc tham gia một chương trình làm việc được chấp nhận, với tổng số giờ làm việc là 80 giờ mỗi tháng.

Quý vị sẽ nhận được thông tin về chương trình FSET nếu quý vị ghi danh vào FoodShare.

Quý vị có thể được miễn và có thể không cần đáp ứng yêu cầu công việc nếu bất kỳ điều nào sau đây là đúng:

- Quý vị đang sống với một đứa trẻ dưới 18 tuổi thuộc cùng một hộ gia đình FoodShare, ngay cả khi đứa trẻ đó không đủ điều kiện nhận các quyền lợi của FoodShare.
- Quý vị là người chăm sóc chính cho một người không thể tự chăm sóc cho bản thân họ (cho dù người đó sống trong nhà của quý vị hay không sống cùng nhà với quý vị).
- Quý vị là người chăm sóc chính cho một đứa trẻ phụ thuộc dưới 6 tuổi (cho dù đứa trẻ đó sống trong nhà của quý vị hay không sống cùng nhà với quý vị). Tuy nhiên, nếu quý vị và một người khác đều có quyền kiểm soát của cha mẹ đối với đứa trẻ, thì chỉ một trong hai người có thể được miễn yêu cầu công việc FoodShare với tư cách là người chăm sóc chính của đứa trẻ.
- Quý vị không đáp ứng về thể chất hoặc tinh thần để làm việc.
- Quý vị đang trải qua tình trạng vô gia cư. Điều này bao gồm những người đang ở trong tình trạng cư trú tạm thời, chẳng hạn như sắp xếp cuộc sống chuyển tiếp và nơi trú ẩn, hoặc tạm trú (lên đến 90 ngày) tại nơi ở của người khác.
- Quý vị có thai.
- Quý vị đang nhận hoặc đã nộp đơn xin trợ cấp thất nghiệp.
- Quý vị đang tham gia vào chương trình điều trị hoặc phục hồi do lạm dụng alcohol or other drug abuse (chất kích thích hoặc chất gây nghiện khác) (AODA).
- Quý vị đã đăng ký ít nhất nửa thời gian vào một trường học hoặc cơ sở giáo dục đại học được công nhận.
- Quý vị ở độ tuổi từ 18 trở lên và đang học trung học ít nhất nửa thời gian.
- Quý vị đã đăng ký vào W-2 và đáp ứng các yêu cầu của W-2.
- Quý vị đang làm việc tối thiểu 30 giờ mỗi tuần hoặc đang có thu nhập hàng tuần tối thiểu \$217,50.
- Quý vị từ 18-24 tuổi, đang ở trong dịch vụ chăm sóc nuôi dưỡng, giám hộ được trợ cấp hoặc chăm sóc bởi họ hàng theo yêu cầu của tòa án, khi quý vị bước sang tuổi 18.



- Quý vị là một cựu chiến binh. Cựu chiến binh là người đã từng phục vụ trong Lực lượng Vũ trang Hoa Kỳ (bao gồm Lục quân, Thủy quân Lục chiến, Hải quân, Không quân, Lực lượng Vũ trụ, Cảnh sát biển, Vệ binh Quốc gia và Lực lượng Dự bị Vũ trang) và đã được giải ngũ trong bất kỳ điều kiện nào.

**Lưu ý:** Quý vị có thể cần cung cấp bằng chứng rằng quý vị được miễn trừ.

## TRUNG TÂM VIỆC LÀM

Trung tâm Việc làm có sẵn dành cho quý vị. Trung tâm Việc làm là nguồn cung cấp việc làm lớn nhất ở Wisconsin. Truy cập trang web Trung tâm Việc làm tại [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com), hoặc quý vị có thể sử dụng máy tính màn hình cảm ứng tại trung tâm việc làm ở địa phương quý vị. Để tìm một trung tâm việc làm gần quý vị, xin gọi số 888-258-9966 (miễn phí).

## KIỂM TRA TRÊN MÁY TÍNH

Thông tin trong đơn đăng ký của quý vị sẽ được xác minh thông qua hệ thống xác minh thu nhập và tính đủ điều kiện của tiểu bang. Nếu quý vị đi làm thì thu nhập và tiền lương từ công việc mà quý vị báo cáo sẽ được kiểm tra bằng máy tính so với mức lương mà chủ thuê lao động của quý vị báo cáo cho Department of Workforce Development (Bộ Phát triển Lực lượng Lao động). IRS, Social Security Administration (Sở An sinh Xã hội) và Unemployment Insurance Division (Bộ phận Bảo hiểm Thất nghiệp) cũng được liên lạc về thu nhập và tài sản quý vị có thể có. Thông tin từ các cơ quan này có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký và/hoặc số tiền trợ cấp của hộ gia đình quý vị.

Nếu bất kỳ thông tin nào quý vị cung cấp bị phát hiện là không chính xác thì quý vị có thể bị từ chối các phúc lợi FoodShare và/hoặc bị truy tố hình sự vì cố ý cung cấp thông tin sai lệch. Quý vị phải hoàn trả bất kỳ phúc lợi nào nhận được nếu quý vị cung cấp thông tin sai lệch. Nếu phát sinh khiếu nại FoodShare chống lại hộ gia đình quý vị thì thông tin trong đơn này, gồm cả tất cả các Social Security numbers (số An sinh Xã hội), có thể được chuyển đến các cơ quan liên bang và tiểu bang, cũng như các cơ quan thu nợ tư nhân, để thực hiện hành động thu nợ theo yêu cầu.

## CẢNH BÁO PHẠT CỦA FOODSHARE

Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị mà cố tình vi phạm bất kỳ quy tắc nào sau đây đều có thể bị cấm tham gia FoodShare trong 12 tháng sau lần vi phạm đầu tiên, 24 tháng sau lần vi phạm thứ hai hoặc lần vi phạm đầu tiên liên quan đến chất bị kiểm soát và vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ ba.

- Cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận các phúc lợi FoodShare
- Trao đổi hoặc bán các phúc lợi FoodShare
- Thay đổi thẻ để nhận các phúc lợi mà quý vị không được quyền nhận
- Sử dụng phúc lợi FoodShare để mua các mặt hàng phi thực phẩm như rượu bia hoặc thuốc lá
- Sử dụng phúc lợi FoodShare, thẻ nhận dạng của người khác hoặc tài liệu khác

Tùy thuộc vào giá trị của phúc lợi bị sử dụng sai mục đích, quý vị cũng có thể bị phạt tới \$250,000, bị phạt tù đến 20 năm hoặc cả hai. Tòa án cũng có thể cấm quý vị tham gia FoodShare Wisconsin thêm 18 tháng. Quý vị sẽ bị loại vĩnh viễn nếu bị kết tội buôn bán các phúc lợi FoodShare có giá trị từ \$500 trở lên. Quý vị sẽ không thể tham gia FoodShare Wisconsin trong 10 năm nếu bị phát hiện có tuyên bố hoặc trình bày gian dối về danh tính và nơi cư trú để nhận nhiều phúc lợi cùng một lúc. Những người vi phạm đang trốn tránh trọng tội và quản chế cũng như vi phạm lệnh ân xá sẽ không thể tham gia FoodShare Wisconsin. Quý vị cũng có thể bị truy tố thêm theo các luật liên bang hiện hành khác.

Nếu quý vị trao đổi (mua hoặc bán) các phúc lợi FoodShare để lấy một chất bị kiểm soát hoặc các loại chất kích thích bất hợp pháp thì quý vị sẽ bị cấm tham gia chương trình FoodShare trong thời gian hai năm đối với lần phát hiện đầu tiên và vĩnh viễn đối với lần phát hiện thứ hai. Nếu quý vị trao đổi (mua hoặc bán) súng ống, đạn dược hoặc chất nổ thì quý vị sẽ bị cấm tham gia FoodShare Wisconsin vĩnh viễn.

## BẰNG CHỨNG CẦN CÓ

Việc ghi danh vào FoodShare không thể được xác định cho đến khi quý vị cung cấp bằng chứng về những câu trả lời nhất định.

- Nếu quý vị phỏng vấn tại cơ quan thì vui lòng mang theo càng nhiều giấy tờ chứng minh càng tốt từ danh sách dưới đây.
- Nếu cuộc phỏng vấn của quý vị diễn ra qua điện thoại, quý vị sẽ được gửi một danh sách các bằng chứng cần thiết sau khi quý vị hoàn thành cuộc phỏng vấn.

Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp các tài liệu không được liệt kê dưới đây. Khi đó, cơ quan phụ trách của quý vị sẽ gửi cho quý vị một danh sách bằng chứng cần thiết để xác minh. Nếu quý vị không thể có được những thứ mình cần, hãy cho cơ quan phụ trách biết những gì quý vị không thể nhận được và cơ quan phụ trách của quý vị có thể giúp đỡ quý vị.

Sau đây là danh mục các ví dụ về giấy tờ bằng chứng:

### Danh tính/Nhập cư

- Bằng lái xe
- Giấy khai sinh
- Hộ chiếu hoặc thẻ công dân Hoa Kỳ
- Tài liệu nhập cư
- Phiếu lương
- ID nhân viên
- Hồ sơ bệnh viện

### Thu nhập kiếm được

- Tất cả các cuống phiếu lương nhận được trong 30 ngày qua
- Một bản sao kê có chữ ký của chủ lao động bao gồm tổng thu nhập và ngày nhận lương dự kiến trong 30 ngày tới.
- Mẫu Xác minh Thu nhập của Chủ thuê Lao động

### Tự Làm chủ

- Thuế của năm gần đây nhất

### Thu nhập Khác

- (bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm khuyết tật, Social Security (An sinh Xã hội), hưu trí, trợ cấp cựu chiến binh, các khoản phân bổ quân sự)
- Thư cấp hỗ trợ tài chính
  - Bản sao chi phiếu cuối cùng

Các mục sau đây có thể được yêu cầu để nhận được tín dụng:

- Chi phí Nhà ở và Hóa đơn Tiện ích
- Biên lai tiền thuê nhà hiện tại có tên và số điện thoại của chủ nhà trên đó
- Giấy tờ cho thuê hoặc vay thế chấp nhà
- Báo cáo thuế tài sản bất động sản
- Hóa đơn tiện ích
- Trợ cấp Nuôi con (được nhận hoặc thanh toán ở một tiểu bang khác ngoài Wisconsin)
- Giấy tờ theo lệnh của tòa án hoặc hồ sơ thanh toán khác
- Hồ sơ thanh toán từ tiểu bang khác

Nếu quý vị từ 60 tuổi trở lên, bị mù hoặc bị khuyết tật thì quý vị có thể nhận được tín dụng cho một số chi phí y tế nhất định.

## Chi phí và Phí tổn Y tế

Chi phí và phí tổn y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở những điều sau:

- Các dịch vụ bệnh viện, y tế, nha khoa và thị lực
- Phí bảo hiểm y tế, phí bảo hiểm Medicare và chi phí cho các chương trình thuốc theo toa
- Thuốc theo toa và thuốc không cần kê đơn
- Viện dưỡng lão và dịch vụ y tế tại nhà
- Thiết bị và vật tư y tế
- Chi phí vận chuyển và chỗ ở để được chăm sóc y tế
- Chi phí liên quan cho động vật trợ giúp được huấn luyện đặc biệt
- Chi phí Lifeline/Medic Alert nếu được chuyên gia chăm sóc sức khỏe kê toa
- Bảng kê thanh toán
- Biên lai ghi thành từng khoản
- Thuốc hoặc lọ thuốc có ghi giá trên nhãn
- Hợp đồng bảo hiểm y tế cho thấy bảo phí, khoản đồng bảo hiểm, đồng trả hoặc khấu trừ
- Tuyên bố từ hiệu thuốc
- Thỏa thuận tái thanh toán với nhà cung cấp
- Tuyên bố từ bác sĩ xác minh đã kê toa cho thuốc không cần kê đơn
- Hóa đơn cho các dịch vụ y tá thăm khám, dịch vụ nội trợ hoặc hỗ trợ sức khỏe tại nhà
- Biên lai chỗ ở và/hoặc vận chuyển để nhận điều trị hoặc dịch vụ y tế
- Hóa đơn hoặc biên lai dùng cho thức ăn động vật, dịch vụ huấn luyện hoặc bác sĩ thú y cho động vật trợ giúp được huấn luyện đặc biệt

**Các cơ quan tiểu bang hoặc địa phương thuộc Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Trợ (SNAP) và Chương Trình Phân Phối Thực Phẩm trong Các Khu Bảo Tồn Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ (FDPIR), và các bên được họ phân bổ tiền trợ cấp, phải đăng/niêm yết Tuyên Ngôn Không Phân Biệt Đối Xử sau đây:**

Chiếu theo luật liên bang về dân quyền và các quy chế và chính sách về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này không được phép phân biệt đối xử vì lý do sắc tộc, màu da, quốc gia xuất thân, giới tính (bao gồm cả bản sắc giới tính và xu hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi, quan điểm chính trị, hoặc việc trả thù hoặc trả đũa vì từng tham gia hoạt động dân quyền.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh. Những người khuyết tật cần giao tiếp bằng các phương tiện thay thế khác để có được thông tin về chương trình (chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng âm thanh, Ngôn Ngữ Mỹ Ra Dấu), cần liên lạc với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, lăng tai hoặc có tình trạng khuyết tật về nói có thể liên lạc với USDA qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang (Federal Relay Service) tại số (800) 877-8339.

Để nộp khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến chương trình, Người Khiếu Nại cần điền Mẫu AD-3027, Mẫu Đơn Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử của Chương Trình USDA, có thể lấy trên mạng trực tuyến tại: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-vietnamese.pdf>, từ bất kỳ văn phòng USDA nào, bằng cách gọi số (866) 632-9992, hoặc viết thư gửi cho USDA. Thư phải ghi tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại, và phân mô tả về hành động bị cáo buộc là phân biệt đối xử, ghi đầy đủ chi tiết để cho Phó Bộ Trưởng phụ trách Dân Quyền (ASCR) biết về tính chất cũng như ngày xảy ra hành động bị cáo buộc là vi phạm luật về dân quyền. Gửi thư hoặc mẫu AD-3027 đã điền tới:

- (1) **qua thư bưu điện:**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; hoặc
- (2) **fax:**  
(833)-256-1665 hoặc (202)-690-7442; hoặc
- (3) **email:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Đây là tổ chức cung cấp cơ hội công bằng.