

ĐƠN ĐỀ NGHỊ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH CALFRESH , HỖ TRỢ TIỀN MẶT , VÀ/HOẶC

MEDI-CAL/CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

Nếu quý vị mắc khuyết tật hoặc cần trợ giúp với đơn đề nghị này, hãy cho Bộ Xã Hội Quận (Quận) biết và một người nào đó sẽ giúp quý vị.

Nếu quý vị muốn nói, đọc, hoặc viết bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hơn, thì Quận sẽ có một người nào đó giúp quý vị miễn phí.

Tôi nộp đơn như thế nào?

Sử dụng đơn đề nghị này nếu quý vị đang nộp đơn xin được hưởng chương trình hỗ trợ thực phẩm (CalFresh), hỗ trợ tiền mặt (Cơ Hội Việc Làm và Trách Nhiệm đối với Trẻ Em của California hoặc Trợ Cấp Tiền Mặt dành cho Người Ty Nạn), Medi-Cal và/hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe khác. Nếu quý vị chỉ muốn nộp đơn đề nghị chương trình CalFresh, quý vị có thể hỏi Quận đơn đề nghị chỉ tham gia chương trình CalFresh. CalFresh là chương trình hỗ trợ thực phẩm, giúp quý vị có một khoản chi phí mua thực phẩm cho hộ gia đình của mình. Nếu quý vị chỉ nộp đơn đề nghị tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể hỏi quận đơn đề nghị chỉ tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe. Chăm sóc sức khỏe bao gồm: bảo hiểm giá thấp dành cho Medi-Cal; bảo hiểm y tế cá nhân giá rẻ; hoặc tín dụng thuế có thể giúp quý vị thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình bảo hiểm y tế của mình.

Quý vị cũng có thể nộp đơn đề nghị tham gia những chương trình này trực tuyến bằng cách vào trang web <http://www.benefitscal.org/>.

- Điền đầy đủ toàn bộ mẫu đơn đề nghị, nếu có thể. Quý vị sẽ được hỏi những câu hỏi quyết định điều kiện hội đủ trong khi phỏng vấn. Mẫu SAWS 2 Plus có những câu hỏi này nếu quý vị muốn điền vào mẫu giấy (chỉ cần hỏi Quận). Quý vị phải cung cấp cho Quận ít nhất tên, địa chỉ, và chữ ký (câu hỏi 1 ở trang 1 trong đơn đề nghị này) của quý vị để bắt đầu quy trình nộp đơn đề nghị tham gia chương trình CalFresh. Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, quý vị phải điền đầy đủ từ câu hỏi 1 đến câu hỏi 5 ở các trang 1 và 2 trong đơn đề nghị này và ký tên để bắt đầu quy trình nộp đơn đề nghị.
- Mỗi chương trình có một ký hiệu (được thể hiện ở đầu trang này) cho biết những câu hỏi nào về các chương trình nào. Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, đó là ký hiệu đôla; đối với chương trình CalFresh, đó là xe đẩy hàng; và đối với chương trình bảo hiểm y tế, đó là xe cứu thương. Ví dụ như nếu quý vị không nộp đơn đề nghị hỗ trợ tiền mặt, thì quý vị không cần trả lời những câu hỏi được đánh dấu bằng ký hiệu đôla.
- Gửi trực tiếp đơn đề nghị đến Quận, bằng đường bưu điện, chuyển fax hoặc trực tuyến.
- Ngày mà Quận nhận được đơn đề nghị có ký tên đầy đủ của quý vị sẽ bắt đầu thời gian trả lời cho quý vị về việc quý vị có thể được nhận các quyền lợi hay không. Nếu quý vị đang ở trong viện, thời gian này bắt đầu từ ngày quý vị ra viện.

Tôi sẽ làm gì tiếp theo?

- Đọc các quyền và trách nhiệm của quý vị (trang Quy Tắc Chương Trình) trước khi quý vị ký tên đơn đề nghị.
- Quý vị phải thực hiện cuộc phỏng vấn với Quận để thảo luận về đơn đề nghị của quý vị. Nếu quý vị mắc khuyết tật, quý vị có thể được thu xếp các phương tiện khác.
- Nếu quý vị không điền đầy đủ tất cả các phần trong đơn đề nghị, quý vị có thể hoàn tất trong khi phỏng vấn.
- Quý vị sẽ cần phải cung cấp bằng chứng về khoản thu nhập, các chi phí và những trường hợp khác của quý vị để xem xét xem quý vị có đủ điều kiện hay không.

Sẽ mất bao lâu?

Có thể mất đến 30 ngày để xử lý đơn đề nghị chương trình CalFresh của quý vị. Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt và Medi-Cal, có thể mất đến 45 ngày. Hãy hỏi Quận cách nhận được các quyền lợi hoặc chăm sóc sức khỏe của quý vị ngay lập tức nếu quý vị có trường hợp khẩn cấp.

Quý vị có thể được nhận các quyền lợi CalFresh trong vòng 3 ngày nếu:

- Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị (thu nhập trước khi khấu trừ) thấp hơn \$150 và tiền mặt có sẵn hoặc trong tài khoản chi phiếu hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị không nhiều hơn \$100; hoặc
- Chi phí nhà cửa của hộ gia đình quý vị (tiền thuê nhà/thể chấp và các tiện ích) cao hơn tổng thu nhập hàng tháng và số tiền trong tài khoản chi phiếu hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị; hoặc
- Quý vị là hộ gia đình di cư hoặc công nhân nông trại thời vụ có dưới \$100 trong tài khoản chi phiếu hoặc tiết kiệm và 1) thu nhập của quý vị bị gián đoạn, hoặc 2) thu nhập của quý vị đã bắt đầu nhưng quý vị dự kiến sẽ không nhận được trên \$25 trong 10 ngày tới.

Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, quý vị có thể được hỗ trợ ngay lập tức nếu:

- Quý vị vô gia cư hoặc có thông báo thu hồi tài sản hoặc thông báo trả tiền thuê nhà hoặc chuyển chỗ; hoặc
- Quý vị sẽ hết thực phẩm trong vòng ba ngày;
- Các tiện ích của quý vị đã hoặc sẽ bị ngắt;
- Quý vị không có đủ áo quần hoặc tã lót;
- Quý vị có một trường hợp khẩn cấp khác quan trọng đến sức khỏe và sự an toàn.

Trang Thông Tin – Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị.

Để giúp Quận xem xét nhanh hơn việc quý vị có thể được nhận quyền lợi hay không, vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi 1 trong biểu mẫu này và câu hỏi 6 đến 9, 15 và 24 trong SAWS 2 PLUS. Cung cấp bằng chứng nhận dạng của quý vị (nếu có) kèm theo đơn đề nghị này cho Quận.

Quận sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết về việc hộ gia đình của quý vị được chấp thuận hay từ chối các quyền lợi mà quý vị đã nộp đơn đề nghị.

Tôi cần những gì cho cuộc phỏng vấn của tôi?

Để tránh bị trì hoãn, hãy đem theo bằng chứng của các mục sau đây khi đến phỏng vấn. Giữ đúng hẹn phỏng vấn cho dù quý vị không có bằng chứng. Quận có thể giúp nếu quý vị cần hỗ trợ để có bằng chứng. Trong khi phỏng vấn, Quận sẽ kiểm tra thông tin trong đơn đề nghị và sẽ đặt câu hỏi cho quý vị để xem quý vị có thể được nhận quyền lợi hay không và khoản tiền quyền lợi mà quý vị có thể nhận được.

Bằng Chứng Cần Thiết để Có Quyền Lợi

- Nhận dạng (Giấy phép lái xe, Thẻ ID của Tiểu Bang, hộ chiếu).
- Giấy khai sinh cho những người nộp đơn đề nghị hỗ trợ tiền mặt.
- Bằng chứng về nơi cư trú (hợp đồng thuê nhà, hoá đơn hiện tại có thể hiện địa chỉ của quý vị).
- Số An Sinh Xã Hội của những người nộp đơn đề nghị hỗ trợ (xem lưu ý dưới đây về những người không phải công dân Hoa Kỳ).
- Số tiền trong ngân hàng đối với tất cả những người trong hộ gia đình của quý vị (bản sao kê mới nhất của ngân hàng).
- Thu nhập kiếm được của mỗi người trong hộ gia đình quý vị trong 30 ngày qua (phiếu lương mới nhất, bản trình bày công việc từ người sử dụng lao động). **LƯU Ý:** Nếu tự kinh doanh, hồ sơ ghi chép thu nhập và chi phí hoặc thuế.
- Thu nhập không từ việc làm (Quyền lợi thất nghiệp, SSI, An Sinh Xã Hội, quyền lợi cựu chiến binh, trợ cấp nuôi trẻ, bồi thường của công nhân, trợ cấp hoặc khoản vay của trường, thu nhập từ tiền thuê nhà, v.v.).
- Tình trạng nhập cư hợp pháp **CHỈ** đối với những người không phải là công dân Hoa Kỳ hợp pháp nộp đơn xin hưởng quyền lợi (Thẻ Ngoại Kiều, visa). **LƯU Ý:** Những người không phải là công dân Hoa Kỳ nộp đơn xin tình trạng nhập cư dựa trên tình trạng bạo hành gia đình, truy tố tội phạm hoặc buôn người có thể không cần bằng chứng này. Họ cũng có thể không cần Số An Sinh Xã Hội.

Nếu tôi vô gia cư thì sao?

Vui lòng thông báo cho Quận biết ngay lập tức nếu quý vị vô gia cư để họ có thể giúp quý vị tìm hiểu một địa chỉ để sử dụng và chấp nhận đơn đề nghị của quý vị và để quý vị nhận thông báo từ Quận về trường hợp của quý vị. Đối với chương trình CalFresh và hỗ trợ tiền mặt, vô gia cư nghĩa là quý vị:

- Đang sống ở nơi cư trú có giám sát, nhà khôi phục, hoặc một nơi tương tự.
- Đang sống ở nhà của người khác hoặc gia đình không quá 90 ngày.
- Ngủ ở nơi không dành, hoặc thường được sử dụng làm nơi để ngủ (nhà khôi phục, trạm xe buýt, hành lang, hoặc những nơi tương tự).

Bằng Chứng Cần Thiết để Có Thêm Quyền Lợi CalFresh

- Chi phí nhà ở (biên nhận thuê nhà, hoá đơn thẻ chấp, hoá đơn thuế tài sản, hồ sơ bảo hiểm).
- Chi phí điện thoại và tiện ích.
- Chi phí y tế cho bất kỳ người nào lớn tuổi (trên 60 tuổi) hoặc khuyết tật trong hộ gia đình của quý vị.
- Chi phí chăm sóc trẻ và người trưởng thành do một người nào đó đang đi làm, tìm kiếm việc làm, tham gia đào tạo hoặc đi học, hoặc tham gia vào một hoạt động công việc yêu cầu.
- Trợ cấp nuôi dưỡng trẻ do một người trong hộ gia đình của quý vị thanh toán.

Bằng Chứng Khác Cần Thiết để được Bảo Hiểm Y Tế

- Thông tin về bất kỳ công việc nào có liên quan đến bảo hiểm y tế dành cho gia đình của quý vị.
- Số hợp đồng bảo hiểm đối với bất kỳ bảo hiểm y tế hiện tại nào.

Bằng Chứng Khác Cần Thiết để được Hỗ Trợ Tiền Mặt

- Bằng chứng chủng ngừa cho trẻ dưới sáu tuổi.
- Đăng ký phương tiện cho các phương tiện mà quý vị hoặc một người nào đó mà quý vị đang nộp đơn đề nghị sở hữu.

Trang Thông Tin – Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM

Quý vị có trách nhiệm:

- Cung cấp mọi thông tin cần thiết cho Quận để xác định điều kiện hội đủ của quý vị.
- Cung cấp cho Quận bằng chứng thông tin mà quý vị có nếu cần.
- Báo cáo những thay đổi theo yêu cầu. Quận sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về những điều cần báo cáo, khi nào và như thế nào. Đối với chương trình CalFresh và hỗ trợ tiền mặt, nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu báo cáo của hộ gia đình quý vị, vụ việc quý vị có thể bị đóng hoặc quyền lợi của quý vị có thể thấp hơn hoặc bị ngưng lại.
- Tìm kiếm, có và giữ việc làm hoặc tham gia vào các hoạt động khác nếu Quận cho quý vị biết rằng điều đó là bắt buộc trong vụ việc của quý vị.
- Hợp tác đầy đủ với nhân viên quận, tiểu bang, hoặc liên bang nếu vụ việc của quý vị được chọn để xem xét hoặc điều tra nhằm đảm bảo rằng điều kiện hội đủ và mức quyền lợi của quý vị được xem xét chính xác. Nếu không hợp tác trong những công việc xem xét này, quý vị có thể bị mất quyền lợi.
- Trả lại bất kỳ khoản trợ cấp tiền mặt hoặc quyền lợi CalFresh mà quý vị không đủ điều kiện được nhận.

Quý vị có quyền:

- Nộp lại đơn đề nghị tham gia chương trình CalFresh chỉ cần cung cấp tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị.
- Được Tiểu bang cung cấp thông dịch viên miễn phí nếu quý vị cần.
- Được bảo mật thông tin cung cấp cho Quận, trừ khi có liên quan trực tiếp đến việc quản lý các chương trình của Quận.
- Rút lại đơn đăng ký vào bất kỳ lúc nào trước khi Quận xác định điều kiện hội đủ.
- Đề nghị trợ giúp điền đầy đủ mẫu đơn đăng ký của quý vị hoặc thu thập bằng chứng mà quý vị cần cũng như được giải thích về các quy tắc.
- Được đối xử nhã nhặn, tận tâm và tôn trọng, không bị đối xử phân biệt.
- Có quyền lợi CalFresh trong vòng 3 ngày nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng Dịch Vụ Giải Quyết Nhanh.
- Nhận hỗ trợ tiền mặt trong vòng một ngày nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng Nhu Cầu Cấp Bách.
- Được Quận phỏng vấn trong khoảng thời gian hợp lý khi quý vị nộp đơn và được xác định điều kiện hội đủ trong vòng 30 ngày đối với chương trình CalFresh hoặc 45 ngày đối với hỗ trợ tiền mặt và Medi-Cal.
- Có ít nhất 10 ngày để cung cấp bằng chứng cần thiết cho Quận để xác định điều kiện hội đủ.
- Nhận được văn bản thông báo ít nhất 10 ngày trước khi Quận giảm hoặc ngưng các quyền lợi CalFresh hoặc hỗ trợ tiền mặt của quý vị.
- Thảo luận vụ việc của quý vị với Quận và xem xét vụ việc khi quý vị đề nghị điều đó.
- Đề nghị Quận tiến hành buổi điều trần trong vòng 90 ngày nếu quý vị không đồng ý với Quận về vụ việc của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần trước khi thực hiện hành động đối với vụ việc của quý vị, các quyền lợi của quý vị sẽ không thay đổi cho đến buổi điều trần hoặc cuối kỳ xác nhận của quý vị, nếu thời gian nào đến sớm hơn. Quý vị có thể đề nghị Quận thay đổi các quyền lợi của quý vị cho đến sau buổi điều trần để tránh phải trả lại bất kỳ khoản quyền lợi đã trả vượt mức. Nếu Thẩm Phán Tòa Hành Chánh phán quyết có lợi cho quý vị, thì Quận sẽ trả lại cho quý vị bất kỳ khoản quyền lợi nào đã bị cắt.
- Quý vị có thể hỏi về quyền điều trần của quý vị hoặc đề nghị giới thiệu hỗ trợ pháp lý theo số điện thoại miễn phí – **1-800-952-5253** hoặc **1-800-952-8349** đối với những người khiếm thính hoặc suy giảm khả năng nói có sử dụng TDD. Quý vị có thể được hỗ trợ pháp lý miễn phí tại văn phòng hỗ trợ pháp lý hoặc văn phòng đảm trách quyền phúc lợi tại địa phương của quý vị.
- Đem theo bạn bè hoặc một người nào đó với quý vị đến buổi điều trần nếu quý vị không muốn đi một mình.
- Được Quận hỗ trợ đăng ký bỏ phiếu.
- Báo cáo những thay đổi mà quý vị không bắt buộc phải báo cáo nếu điều đó có thể làm tăng quyền lợi CalFresh hoặc hỗ trợ tiền mặt của quý vị.
- Cung cấp bằng chứng về các khoản chi phí của hộ gia đình quý vị mà có thể giúp quý vị nhận được nhiều quyền lợi CalFresh hơn. Việc không cung cấp bằng chứng cho Quận tương tự như việc nói rằng quý vị không có chi phí đó và quý vị sẽ không thể nhận được thêm các quyền lợi CalFresh.
- Thông báo cho Quận biết nếu quý vị muốn một người nào khác sử dụng các quyền lợi CalFresh của quý vị cho hộ gia đình của quý vị hoặc trợ giúp vụ việc CalFresh của quý vị (Người Đại Diện Có Ủy Quyền).
- Quý vị cũng sẽ cho phép cơ quan Medi-Cal có quyền tiếp tục và nhận hỗ trợ y tế từ vợ/chồng hoặc cha/mẹ. Nếu quý vị cho rằng việc cùng nhận hỗ trợ y tế sẽ làm nguy hại đến quý vị hoặc con của quý vị, quý vị có thể cho cơ quan Medi-Cal biết và quý vị có thể không phải hợp tác.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Các Quy Tắc Của Chương Trình và Khoản Phạt

Quý vị sẽ được xem là phạm tội nếu quý vị cung cấp thông tin giả hoặc không chính xác, hoặc cố ý không cung cấp mọi thông tin để cố gắng được nhận CalFresh, hỗ trợ tiền mặt, và Medi-Cal mà quý vị không đủ điều kiện được nhận, hoặc giúp một người nào khác được nhận các quyền lợi mà họ không đủ điều kiện được nhận. Quý vị phải trả lại bất kỳ quyền lợi nào mà quý vị nhận được nhưng quý vị không đủ điều kiện được nhận. Nếu quý vị cố ý thực hiện điều này và có quyền lợi trên \$950 mà quý vị không đủ điều kiện được nhận, quý vị có thể bị buộc tội.

Đối với chương trình CalFresh: Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý vi phạm các quy tắc của chương trình bằng việc thực hiện bất kỳ điều nào sau đây: <ul style="list-style-type: none">che đậy thông tin hoặc trình bày không chính xácsử dụng thẻ chuyển khoản phúc lợi điện tử (EBT) thuộc về một người khác hoặc cho phép người khác sử dụng thẻ của tôisử dụng các quyền lợi CalFresh để mua rượu hoặc thuốc lámua, bán hoặc cho quyền lợi CalFresh hoặc thẻ EBT	Tôi có thể... <ul style="list-style-type: none">mất quyền lợi CalFresh trong vòng 12 tháng đối với lần đầu vi phạm và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôimất quyền lợi CalFresh trong vòng 24 tháng đối với lần vi phạm thứ hai và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôimất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ ba và phải trả lại mọi quyền lợi CalFresh đã trả vượt mức cho tôibị phạt tiền đến \$250.000, bị bỏ tù đến 20 năm, hoặc cả hai
<ul style="list-style-type: none">buôn bán quyền lợi CalFresh để mua các chất có kiểm soát như ma túycung cấp thông tin sai lệch về bản thân tôi và nơi cư trú để tôi có thể nhận được nhiều quyền lợi CalFresh hơnbị kết án do buôn bán quyền lợi CalFresh trị giá trên \$500, hoặc trao đổi quyền lợi CalFresh để lấy súng, đạn dược, hoặc thuốc nổ	<ul style="list-style-type: none">mất quyền lợi CalFresh trong vòng 24 tháng đối với lần đầu vi phạmmất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ hai.mất quyền lợi CalFresh trong vòng 10 năm đối với từng lần vi phạmmất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn
Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, tôi hiểu rằng nếu tôi... <ul style="list-style-type: none">bị kết án là cố ý vi phạm chương trìnhkhông tuân theo các quy tắc trong chương trình hỗ trợ tiền mặtbị kết án có tội bởi toà án hoặc buổi điều trần hành chính về việc vi phạm các hình thức gian lận nào đó	Tôi có thể... <ul style="list-style-type: none">không được hỗ trợ tiền mặtbị phạt tiền đến \$10.000 và/hoặc bị bỏ tù trong 5 nămkhông được hỗ trợ tiền mặt trong vòng 6 tháng, 12 tháng, 2 năm, 4 năm, 5 năm, hoặc vĩnh viễn.

Thông Tin Quan Trọng dành cho Người không phải là công dân Hoa Kỳ

- Quý vị có thể nộp đơn và nhận các quyền lợi CalFresh hoặc hỗ trợ tiền mặt cho những người đủ điều kiện, cho dù gia đình của quý vị bao gồm những người khác không đủ điều kiện. Ví dụ như cha mẹ người nhập cư có thể nộp đơn đề nghị hưởng quyền lợi CalFresh hoặc hỗ trợ tiền mặt cho con là công dân Hoa Kỳ hoặc nhập cư đủ điều kiện, cho dù cha mẹ có thể không đủ điều kiện.
- Việc nhận các quyền lợi về thực phẩm sẽ không ảnh hưởng đến quý vị hoặc tình trạng nhập cư của gia đình quý vị. Thông tin nhập cư là riêng tư và được bảo mật.
- Tình trạng nhập cư của những người không phải là công dân Hoa Kỳ đủ điều kiện nộp đơn đề nghị được hưởng các quyền lợi sẽ được kiểm tra với Cục Dịch Vụ Công Dân và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS). Theo luật pháp liên bang quy định rằng USCIS không thể sử dụng thông tin này cho bất kỳ điều gì khác ngoài các trường hợp gian lận.

Quyết định không tham gia

Quý vị không phải cung cấp thông tin nhập cư, số An Sinh Xã Hội, hoặc hồ sơ của bất kỳ thành viên gia đình không phải công dân Hoa Kỳ nào mà không nộp đơn xin được hưởng quyền lợi. Quận sẽ cần phải biết thông tin về thu nhập và nguồn thu nhập của họ để xác định chính xác các quyền lợi của hộ gia đình quý vị. Quận sẽ không liên lạc với USCIS về những người không nộp đơn đề nghị được hưởng quyền lợi.

Sử Dụng Số An Sinh Xã Hội (SSN)

Chương Trình CalFresh và Hỗ Trợ Tiền Mặt: Mỗi người nộp đơn đề nghị hưởng quyền lợi CalFresh hoặc hỗ trợ tiền mặt cần phải cung cấp số SSN, nếu có, hoặc bằng chứng cho thấy quý vị đã nộp đơn xin SSN (như thư từ văn phòng An Sinh Xã Hội). Chúng tôi có thể từ chối quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị nếu họ không cung cấp cho chúng tôi số SSN. Một số người không cần phải cung cấp số SSN để được hỗ trợ như nạn nhân của tình trạng bạo hành gia đình, nhân chứng của vụ truy tố tội phạm, và nạn nhân của vụ buôn người.

Bảo Hiểm Y Tế/Medi-Cal: Chúng tôi cần số SSN của quý vị nếu quý vị muốn bảo hiểm y tế và có số SSN. Việc quý vị cung cấp số SSN của mình có thể rất hữu ích nếu quý vị không muốn bảo hiểm y tế do điều này có thể đẩy nhanh quá trình nộp đơn. Chúng tôi sử dụng số SSN để kiểm tra thu nhập và các thông tin khác để xem xét những ai đủ điều kiện được hỗ trợ chi phí bảo hiểm y tế. Nếu cá nhân nào muốn được hỗ trợ có số SSN, hãy gọi đến số 1-800-772-1213 hoặc truy cập trang web: www.socialsecurity.gov

Hưởng quá mức

Điều này có nghĩa là quý vị đã nhận nhiều quyền lợi CalFresh hơn mức mà quý vị lẽ ra được nhận. Quý vị sẽ phải trả lại cho dù quận có sai sót hoặc điều đó là không cố ý. Các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm xuống hoặc ngưng lại. Số SSN của quý vị có thể được sử dụng để quý vị nhận một khoản quyền lợi phải trả từ toà án, các cơ quan thu tiền khác, hoặc thông qua hành động thu tiền của chính phủ liên bang.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Thanh toán quá mức

Điều này có nghĩa là quý vị đã nhận nhiều khoản hỗ trợ tiền mặt hơn mức mà quý vị lẽ ra được nhận. Cũng giống như quyền lợi CalFresh, quý vị sẽ phải trả lại cho dù Quận có sai sót hoặc điều đó là không cố ý. Hỗ trợ tiền mặt của quý vị có thể bị giảm xuống hoặc ngưng lại. Số SSN của quý vị có thể được sử dụng để quý vị nhận một khoản quyền lợi phải trả từ toà án, các cơ quan thu tiền khác, hoặc thông qua hành động thu tiền của chính phủ liên bang.

Báo cáo

Mỗi hộ gia đình nhận được quyền lợi phải báo cáo về những thay đổi nào đó. Quận sẽ cho quý vị biết những thay đổi nào cần báo cáo, cách báo cáo chúng và khi nào cần báo cáo. Nếu không báo cáo những thay đổi, quyền lợi của quý vị có thể bị giảm xuống hoặc bị ngưng lại. Quý vị cũng có thể báo cáo nếu có những việc xảy ra có thể làm tăng quyền lợi của quý vị như thu nhập thấp hơn.

Điều Trần Tiểu Bang

Quý vị có quyền tiến hành điều trần tiểu bang nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ hành động nào về đơn đề nghị hoặc quyền lợi đang có của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu một buổi điều trần tiểu bang trong vòng 90 ngày kể từ ngày Quận có hành động và quý vị phải nêu lý do tại sao quý vị muốn có buổi điều trần. Thông báo chấp thuận hoặc từ chối mà quý vị nhận được từ Quận sẽ cung cấp thông tin về cách yêu cầu kháng cáo. Nếu quý vị yêu cầu điều trần trước khi hành động xảy ra, quý vị có thể giữ nguyên khoản quyền lợi hỗ trợ tiền mặt và CalFresh của quý vị cho đến khi có quyết định.

Đạo Luật về Quyền Riêng Tư và Tiết Lộ

Quý vị sẽ cung cấp thông tin cá nhân trong đơn đề nghị. Quận sử dụng thông tin này để xem quý vị có đủ điều kiện được hưởng quyền lợi hay không. Nếu quý vị không cung cấp thông tin, Quận có thể từ chối đơn đề nghị của quý vị. Quý vị có quyền xem xét, thay đổi, hoặc hiệu chỉnh bất kỳ thông tin nào mà quý vị đã cung cấp cho Quận. Quận sẽ không đưa ra hoặc cung cấp thông tin của quý vị cho người khác trừ khi quý vị cho phép họ hoặc luật pháp tiểu bang và liên bang cho phép họ làm như vậy. Quận sẽ xác minh những thông tin này thông qua các chương trình đối chiếu trên máy vi tính, bao gồm Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập và Tiền Lương (IEVS). Những thông tin này sẽ được sử dụng để theo dõi việc tuân theo các quy định của chương trình và quản lý chương trình. Quận có thể chia sẻ những thông tin này với các cơ quan liên bang và tiểu bang khác để tiến hành kiểm tra chính thức, với các viên chức thực thi pháp luật để bắt giữ những người trốn tránh pháp luật, và với các cơ quan tiếp nhận yêu cầu bảo hiểm tư nhân để tiến hành tiếp nhận yêu cầu bảo hiểm. Quận có thể xác minh tình trạng nhập cư của các thành viên trong hộ gia đình nộp đơn đề nghị được hưởng các quyền lợi bằng cách liên hệ USCIS. Những thông tin mà Quận nhận được từ các cơ quan này có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ và mức quyền lợi của quý vị.

Quận sẽ sử dụng thông tin này từ đơn đề nghị của quý vị để kiểm tra điều kiện hội đủ của quý vị nhằm giúp quý vị thanh toán bảo hiểm y tế. Quận sẽ kiểm tra câu trả lời của quý vị bằng những thông tin có trong các cơ sở dữ liệu điện tử của tiểu bang và liên bang cũng như các cơ sở dữ liệu từ Sở Thuế Vụ (IRS), Sở An Sinh Xã Hội, Bộ An Ninh Nội Địa, và/hoặc cơ quan báo cáo người tiêu dùng. Nếu những thông tin này không khớp, Quận có thể yêu cầu quý vị gửi bằng chứng.

Không phân biệt đối xử

Theo chính sách của Tiểu Bang và Quận, tất cả mọi người đều được đối xử công bằng, tôn trọng và tự trọng. Theo luật pháp liên bang và Chính Sách Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), việc phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, độ tuổi, tôn giáo, niềm tin chính trị, hoặc tình trạng khuyết tật đều bị nghiêm cấm.

Để nộp đơn khiếu nại về việc phân biệt đối xử, quý vị có thể liên hệ Điều Phối Viên Dân Quyền của Quận quý vị, hoặc viết thư hoặc gọi đến USDA hoặc Bộ Dịch Vụ Xã Hội California (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (giọng nói và TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Điện thoại miễn phí)

USDA là nhà tuyển dụng công bằng.

Quy Tắc Làm Việc đối với chương trình CalFresh

Quận có thể chỉ định quý vị với một chương trình làm việc. Họ sẽ cho quý vị biết đây là tự nguyện hay quý vị phải thực hiện chương trình làm việc. Nếu quý vị có một hoạt động làm việc bắt buộc và quý vị không thực hiện, thì các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm hoặc bị ngưng lại.

Quý vị có thể không đủ điều kiện được hưởng CalFresh nếu quý vị hiện đã bỏ việc.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Quy Tắc Làm Việc đối với CalWORKs (Chuyển từ Trợ Cấp sang Việc Làm)

Nếu quý vị nhận hỗ trợ tiền mặt, quý vị phải tham gia chương trình Chuyển từ Trợ Cấp sang Việc Làm (WTW) trừ khi quý vị được miễn. Quận sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có được miễn WTW hay không. Nếu quý vị không thực hiện các hoạt động được chỉ định, thì hỗ trợ tiền mặt của quý vị có thể bị giảm hoặc ngưng lại.

CalWORKs – Lấy dấu vân tay/Chụp hình

Tất cả những thành viên trưởng thành đủ điều kiện trong hộ gia đình được hỗ trợ tiền mặt phải thực hiện lấy dấu vân tay/chụp hình. Nếu bất kỳ người nào được yêu cầu thực hiện những quy tắc này mà không thực hiện lấy dấu vân tay/chụp hình, thì cả hộ gia đình sẽ không được hưởng quyền lợi. Dấu vân tay/hình chụp đều được bảo mật và chỉ được sử dụng để ngăn chặn hoặc truy tố hành vi gian lận phúc lợi.

Làm thế nào để tôi có và sử dụng quyền lợi của mình?

Chương Trình CalFresh và Hỗ Trợ Tiền Mặt:

- Quận sẽ gửi qua đường bưu điện hoặc cung cấp cho quý vị một thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (EBT) bằng nhựa. Quyền lợi sẽ được ghi trên thẻ khi đơn đề nghị của quý vị được chấp thuận. Ký tên vào thẻ khi quý vị nhận được. Quý vị sẽ cài đặt Số Nhận Diện Cá Nhân (PIN) để nhận tiền mặt từ máy ATM hoặc mua thực phẩm và/hoặc các mục khác.
- Nếu thẻ EBT của quý vị bị mất, mất cắp hoặc tiêu huỷ, hãy gọi ngay đến số (877) 328-9677. Ngoài ra, quý vị có thể gọi ngay cho Quận. Chắc chắn người đại diện được uỷ quyền của quý vị cũng biết cách báo cáo thẻ EBT hoặc PIN bị mất hoặc mất cắp. Bất kỳ quyền lợi nào được sử dụng từ tài khoản của quý vị trước khi quý vị báo cáo mất hoặc mất cắp thẻ EBT hoặc số PIN sẽ **KHÔNG** được thay thế.
- Quý vị có thể sử dụng các quyền lợi CalFresh của mình để mua hầu hết các loại thực phẩm cũng như các loại hạt giống và cây trồng để tự cung cấp thực phẩm cho quý vị. Quý vị không được mua rượu, thuốc lá, thức ăn thú nuôi, một số loại thực phẩm nấu sẵn, hoặc bất kỳ thứ gì không phải thực phẩm (như kem đánh răng, xà phòng, hoặc khăn giấy).
- Quyền lợi CalFresh được chấp nhận ở hầu hết các cửa hàng tạp hoá hoặc những nơi khác có bán thực phẩm. Có thể sử dụng hỗ trợ tiền mặt ở hầu hết các cửa hàng và máy ATM. Một vài máy ATM có thể tính phí. Quý vị cũng có thể chịu phí nếu quý vị sử dụng máy ATM để rút tiền mặt sau ba lần rút. Để biết danh sách các địa điểm gần với quý vị có chấp nhận thẻ EBT, vui lòng truy cập vào trang: <https://www.ebt.ca.gov> hoặc <https://www.snapfresh.org>. Quý vị cũng có thể tìm hiểu nơi mà quý vị có thể nhận tiền mặt mà không cần phải trả phí.
- Quyền lợi CalFresh chỉ dành cho quý vị và các thành viên trong hộ gia đình của quý vị. Hỗ trợ tiền mặt của quý vị chỉ dành cho quý vị và các thành viên trong gia đình của quý vị được chấp nhận hỗ trợ tiền mặt. Hỗ trợ tiền mặt của quý vị nhằm giúp đáp ứng các nhu cầu cơ bản của gia đình quý vị (nhà ở, thực phẩm, áo quần, v.v.). Giữ an toàn các quyền lợi của quý vị. Không cung cấp số PIN của quý vị. Không giữ số PIN cùng với thẻ EBT của quý vị.
- Bất kỳ trường hợp sử dụng thẻ EBT của quý vị bởi quý vị, thành viên trong hộ gia đình, người đại diện được uỷ quyền của quý vị, hoặc bất kỳ người nào mà quý vị tự nguyện đưa thẻ EBT và số PIN của quý vị sẽ được xem là quý vị đã chấp thuận và bất kỳ quyền lợi nào được sử dụng từ tài khoản của quý vị sẽ **KHÔNG** được thay thế.

Medi-Cal và Chăm Sóc Sức Khỏe:

- Đối với Medi-Cal, quý vị sẽ nhận được Thẻ Nhận Diện Quyền Lợi (BIC).
 - Ký tên vào thẻ BIC khi quý vị nhận được và chỉ sử dụng để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cần thiết.
 - Không bao giờ vứt bỏ thẻ BIC của quý vị (trừ khi chúng tôi cung cấp cho quý vị một thẻ BIC mới). Quý vị cần giữ thẻ BIC của mình cho dù quý vị không còn nhận Medi-Cal. Quý vị có thể sử dụng cùng thẻ BIC nếu quý vị nhận hỗ trợ tiền mặt hoặc Medi-Cal một lần nữa.
 - Đem theo thẻ BIC đến bác sĩ của quý vị khi quý vị hoặc thành viên gia đình bị ốm hoặc có cuộc hẹn thăm khám.
 - Đem theo thẻ BIC đến bác sĩ điều trị cho quý vị hoặc (các) thành viên gia đình của quý vị trong trường hợp cấp cứu càng sớm càng tốt sau khi cấp cứu.
- Đối với các chương trình chăm sóc sức khoẻ khác, quý vị sẽ nhận được một thẻ chương trình chăm sóc sức khoẻ từ hãng cung cấp cụ thể của quý vị.

Vui lòng giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị

Vui lòng sử dụng mực đen hoặc xanh dương để dễ đọc và sao chụp tốt nhất. Vui lòng viết in câu trả lời của quý vị. Nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời (các) câu hỏi, hãy đính kèm thêm giấy để cung cấp thông tin. Vui lòng đừng quên nêu rõ câu hỏi nào mà quý vị đang trả lời trên giấy kèm thêm.

1. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN					
TÊN (TÊN, TÊN ĐEM, HỌ)		TÊN KHÁC (TÊN THỜI CON GÁI, BÍ DANH, V.V.)		SỐ AN SINH XÃ HỘI (NẾU QUÝ VỊ CÓ VÀ ĐANG NỘP ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐƯỢC HƯỞNG QUYỀN LỢI)	
ĐỊA CHỈ NHÀ HOẶC ĐƯỜNG ĐẾN NHÀ CỦA QUÝ VỊ	CĂN HỘ SỐ #	THÀNH PHỐ	QUẬN	TIỂU BANG	MÃ ZIP
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN)	CĂN HỘ SỐ #	THÀNH PHỐ	QUẬN	TIỂU BANG	MÃ ZIP
Tôi muốn nhận thông tin về đơn đăng ký này qua email. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			Tôi muốn nhận tin nhắn về vụ việc của tôi qua email. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ	SỐ ĐIỆN THOẠI HẰNG LÀM/KHÁC/TIN NHẮN	ĐỊA CHỈ EMAIL			
Quý vị đang nộp đơn đề nghị chương trình nào? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế			Quý vị có khuyết tật và cần giúp đỡ nộp đơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Quý vị có vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , vui lòng thông báo cho Quận biết ngay lập tức nếu quý vị vô gia cư để họ có thể giúp quý vị tìm hiểu một địa chỉ để sử dụng và chấp nhận đơn đề nghị của quý vị và để quý vị nhận thông báo từ quận về trường hợp của quý vị.					
<input type="checkbox"/> Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____ <input type="checkbox"/> Quý vị thích nói bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____					
Quận sẽ cung cấp miễn phí một thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị điếc hoặc lảng tai, vui lòng đánh dấu ở đây <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị có dưới \$150 và tiền mặt có sẵn, tài khoản chi phiếu và tài khoản tiết kiệm có dưới \$100 không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Các tiện ích của quý vị có bị ngắt hoặc quý vị có nhận được thông báo ngắt tiện ích không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Tổng thu nhập kết hợp và các nguồn luân chuyển của hộ gia đình quý vị có thấp hơn tiền thuê nhà/thể chấp và tiện ích kết hợp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Thực phẩm của quý vị có hết trong chưa tới 3 ngày không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Hộ gia đình của quý vị có phải là hộ gia đình di cư/công nhân nông trại thời vụ với các nguồn luân chuyển không vượt quá \$100 không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Quý vị có cần trợ giúp chuyên chở để nhận thực phẩm, áo quần, chăm sóc y tế hoặc (các) mục khẩn cấp khác không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Quý vị có nhận được thông báo thu hồi tài sản hoặc thông báo trả tiền thuê nhà hoặc chuyển chỗ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Quý vị có cần áo quần thiết yếu như tã lót hoặc áo quần cần thiết cho thời tiết lạnh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Có ai đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , cô ấy có thể Điều Kiện Hội Đủ Hợp Lý không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
<input type="checkbox"/> Có ai trong hộ gia đình của quý vị có trường hợp khẩn cấp cá nhân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , đánh dấu vào ô: <input type="checkbox"/> Mang thai <input type="checkbox"/> Nhu Cầu Y Tế Ngay Lập Tức <input type="checkbox"/> Lạm Dụng Trẻ <input type="checkbox"/> Bạo Hành Gia Đình <input type="checkbox"/> Ngược Đãi Người Cao Niên <input type="checkbox"/> Trường hợp khẩn cấp khác đe dọa sức khỏe hoặc sự an toàn. Giải thích: _____					

Tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu phạt nếu khai man (trình bày không chính xác) khi ký tên đơn đề nghị này,

- Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc, những thông tin trong đơn đề nghị này và các câu trả lời của tôi cho những câu hỏi trong đơn đề nghị này.
- Các câu trả lời của tôi đều đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Bất kỳ câu trả lời nào mà tôi có thể cung cấp cho quy trình nộp đơn sẽ đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi đã đọc hoặc đã được đọc và tôi hiểu cũng như đồng ý với các Quyền và Trách Nhiệm (Quy Tắc Chương Trình Trang 1).
- Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc, Các Quy Tắc Của Chương Trình và Khoản Phạt (Quy Tắc Chương Trình Trang 2 - 4).
- Tôi hiểu rằng việc trình bày sai lệch hoặc không chính xác hoặc xuyên tạc, che giấu hoặc không cung cấp những sự kiện để thiết lập điều kiện hội đủ là hành vi gian lận và tôi có thể phải chịu phạt theo luật pháp liên bang nếu tôi cung cấp thông tin không chính xác hoặc không đúng sự thật. Hành vi gian lận có thể dẫn đến hành vi phạm tội mà tôi có thể bị khiếu kiện và/hoặc không được nhận các quyền lợi CalFresh và hỗ trợ tiền mặt trong một khoảng thời gian (hoặc suốt đời).
- Tôi hiểu rằng Số An Sinh Xã Hội hoặc Tình Trạng Nhập Cư đối với các thành viên trong hộ gia đình nộp đơn đề nghị được hưởng quyền lợi có thể được chia sẻ với các cơ quan chính phủ thích hợp mà luật pháp liên bang yêu cầu.
- Tôi sẽ cho phép cơ quan Medi-Cal có quyền tiếp tục và nhận bất kỳ khoản tiền nào từ các cơ quan bảo hiểm y tế, thanh toán hợp pháp hoặc các bên thứ ba khác.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN, NGƯỜI THẬN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC (HOẶC THÀNH VIÊN TRƯỞNG THÀNH TRONG HỘ GIA ĐÌNH/NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN/NGƯỜI GIÁM HỘ)	NGÀY
*Nếu quý vị có Người Đại Diện Được Ủy Quyền, vui lòng trả lời đầy đủ câu hỏi 2 ở trang tiếp theo.	
CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG, CHA/MẸ KHÁC, NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐƯỢC TRỢ GIÚP KHÁC, HOẶC BẠN TÌNH CÓ ĐĂNG KÝ	NGÀY



2. NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA HỘ GIA ĐÌNH

Quý vị có thể ủy quyền cho một người nào đó trên 18 tuổi để giúp hộ gia đình của quý vị về quyền lợi CalFresh của quý vị. Người này cũng có thể thay mặt quý vị trao đổi trong buổi phỏng vấn, giúp quý vị điền đầy đủ các biểu mẫu, đi mua sắm cho quý vị, và báo cáo những thay đổi cho quý vị. Quý vị sẽ phải thanh toán lại các quyền lợi mà quý vị có thể có do nhầm lẫn vì những thông tin mà người này cung cấp cho Quận và bất kỳ quyền lợi nào mà quý vị không muốn họ sử dụng sẽ không được thay thế. Nếu quý vị là Người Đại Diện Được Ủy Quyền, quý vị cần cung cấp cho Quận bằng chứng nhận diện quý vị và người làm đơn.

Quý vị có muốn nêu tên của người giúp quý vị trong vụ việc CalFresh không? Có Không

Nếu **có**, hãy điền đầy đủ phần sau đây:

TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN
--------------------------------------	--

Quý vị có muốn nêu tên của người nhận và sử dụng Quyền Lợi CalFresh cho hộ gia đình của quý vị không? Có Không
Nếu **có**, hãy điền đầy đủ phần sau đây:

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI
-----	---------------

ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ,	TIỂU BANG,	MÃ ZIP
---------	------------	------------	--------



2a. NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN BẢO HIỂM Y TẾ

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy trao đổi về đơn đề nghị bảo hiểm y tế của quý vị, xem thông tin của quý vị, và hành động thay mặt quý vị trong những vấn đề về phần này trong đơn đề nghị của quý vị. Quý vị có muốn chọn một người đại diện được ủy quyền cho phần bảo hiểm y tế trong đơn đề nghị của quý vị không? Có Không Nếu **có**, điền đầy đủ thông tin trong Phụ lục C (trong mẫu SAWS 2 PLUS).



3. Quý vị hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình của quý vị có phải là Người Mỹ bản địa hay người bản địa Alaska không?
 Có Không Nếu **Có** và đang nộp đơn đề nghị chăm sóc sức khỏe, vui lòng chuyển sang Phụ lục B (trong SAWS 2 PLUS) để trả lời thêm câu hỏi.



CHUNG TỘC/SẮC TỘC



Thông tin về chủng tộc và sắc tộc có tính tùy chọn. Nhưng cần đảm bảo rằng các quyền lợi được cung cấp không phân biệt chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc dân tộc. Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ hoặc số tiền quyền lợi của quý vị.



Đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp với quý vị. Luật pháp quy định rằng Quận phải ghi chép nhóm sắc tộc và chủng tộc của quý vị.

Đánh dấu chọn ô này nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin về chủng tộc và sắc tộc của quý vị cho Quận. Nếu quý vị không cung cấp, Quận sẽ nhập thông tin này chỉ để thống kê về dân quyền.

SẮC TỘC	QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI MỸ GỐC TÂY BAN NHA, NGƯỜI MỸ GỐC LA TINH HOẶC NGƯỜI TÂY BAN NHA KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	NEU QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI MỸ GỐC TÂY BAN NHA, NGƯỜI MỸ GỐC LA TINH, QUÝ VỊ TỰ CHO MINH LÀ: <input type="checkbox"/> Người Mexico <input type="checkbox"/> Người Puerto Rica <input type="checkbox"/> Người Cuba <input type="checkbox"/> Khác _____
----------------	--	--

CHUNG TỘC/NGUỒN GỐC SẮC TỘC



Người da trắng Người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi



Khác hoặc Hỗn hợp _____



Người Châu Á (nếu đánh dấu chọn, vui lòng chọn một hoặc nhiều lựa chọn sau đây):

Người Phillipin Người Trung Quốc Người Nhật Người Campuchia Người Hàn Quốc Người Việt Nam

Người Ấn Độ (Nam Á) Người Lào Người Châu Á khác (nếu rõ) _____

Người bản địa Hawaii hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác (nếu đánh dấu chọn, vui lòng chọn một hoặc nhiều lựa chọn sau đây): Người bản địa Hawaii Người Guamanian hoặc Chamorro Người Samoa



4. ƯU TIÊN PHỎNG VẤN

Quý vị sẽ phải có một buổi phỏng vấn với Quận để thảo luận về đơn đề nghị của quý vị và để nhận quyền lợi hỗ trợ tiền mặt hoặc CalFresh. Phỏng vấn để được hưởng quyền lợi CalFresh thường được thực hiện qua điện thoại, trừ khi quý vị gửi đơn đề nghị trực tiếp đến Quận, thì quý vị có thể được phỏng vấn hoặc quý vị thích phỏng vấn trực tiếp hơn. Những người làm đơn đề nghị hỗ trợ tiền mặt phải thực hiện phỏng vấn trực tiếp. Nếu quý vị nộp đơn đề nghị chương trình CalWORKs và CalFresh, thì phỏng vấn chương trình CalFresh sẽ được thực hiện đồng thời với phỏng vấn CalWORKs trong giờ làm việc thông thường.

Vui lòng đánh dấu chọn ô này nếu quý vị thích phỏng vấn trực tiếp cho chương trình CalFresh hơn.

Vui lòng đánh dấu chọn ô này nếu quý vị cần thu xếp khác do tình trạng khuyết tật.



5. CÁC CHƯƠNG TRÌNH KHÁC



Có người nào trong hộ gia đình của quý vị đã từng nhận được hỗ trợ cộng đồng (Hỗ Trợ Tạm Thời cho Các Gia Đình Nghèo Khó, TANF Bộ lạc, Medicaid, Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung [tem phiếu thực phẩm], Hỗ Trợ Chung/Cứu Trợ Chung, v.v.)



không? Có Không

NEU CO, AI?	Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)?
-------------	-------------------------

NEU CO, AI?	Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)?
-------------	-------------------------