

CHỈ LƯU HÀNH NỘI BỘ:

Số trường hợp: _____ Ngày tiếp nhận: _____

Kênh tiếp nhận: Qua đường bưu điện Fax Đến gửi trực tiếp Qua điện thoại CWP

Người tiếp nhận: _____

MẪU BÁO CÁO VỀ SỰ THAY ĐỔI

Nếu có sự thay đổi trong các trường hợp dưới đây, mọi hộ gia đình đều phải báo cáo sự thay đổi đó trong vòng 10 ngày kể từ khi hộ gia đình biết đến sự thay đổi đó:

- Bất kỳ sự thay đổi nào từ \$125 trở lên liên quan đến số tiền thu nhập chưa kiểm được.
- Có thay đổi về nguồn thu nhập, bao gồm việc bắt đầu công việc, ngừng hoặc thay đổi công việc, nếu sự thay đổi liên quan đến công việc dẫn đến sự thay đổi về thu nhập.
- Có thay đổi về số tiền thu nhập kiểm được từ \$125 trở lên so với số tiền được sử dụng gần đây nhất để tính số tiền trợ cấp mà hộ gia đình được hưởng, với điều kiện là hộ gia đình vẫn được xác nhận không quá 6 tháng.
- Thay đổi về số thành viên hộ gia đình, chẳng hạn như tăng thêm hoặc mất đi một thành viên hộ gia đình.
- Đối với các hộ gia đình TANF, phụ huynh/người thân của người chăm sóc phải báo cáo nếu chủ hộ chuyển đi khỏi tiểu bang và khi biết rõ rằng một đứa trẻ TANF sẽ ra khỏi nhà trong hơn ba mươi (30) ngày. Sự thay đổi thành phần hộ gia đình phải được báo cáo **trong vòng năm (5) ngày**.
- Thay đổi nơi cư trú và điều này dẫn đến sự thay đổi về chi phí nơi ở.
- Có sự thay đổi về tài sản thanh khoản, dẫn đến việc chạm hoặc vượt ngưỡng giới hạn dành cho hộ gia đình có người cao tuổi và người khuyết tật và tất cả các hộ gia đình khác, trừ khi sự thay đổi này được loại trừ.
- Có thay đổi về nghĩa vụ pháp lý trong việc chi trả tiền cấp dưỡng nuôi con.
- Đối với người trưởng thành khỏe mạnh (ABAWDS) chịu quy định về giới hạn thời gian làm việc, có sự thay đổi về số giờ làm việc khiến người lao động chỉ làm việc dưới 20 giờ một tuần hoặc thấp hơn thời gian làm việc trung bình hàng tháng.
- Nếu có thành viên trong hộ gia đình trúng số hoặc thắng cờ bạc với số tiền đáng kể.

Nếu quý vị cần được hỗ trợ khi điền vào mẫu này, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-948-3050.

Họ tên: _____ Số trường hợp: _____ Số điện thoại liên hệ: _____

THAY ĐỔI VỀ ĐỊA CHỈ/SỐ ĐIỆN THOẠI MỚI

Địa chỉ nhà: _____

Quận: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ Email: _____

Số điện thoại nhà riêng: _____

THAY ĐỔI VỀ CHI PHÍ – Đính kèm giấy tờ chứng minh

Thuê/Thế chấp \$ _____ Thuê lô \$ _____

Đính kèm bằng chứng tiền thuê nhà/trả góp mua nhà như hợp đồng thuê, biên nhận tiền thuê, bảng kê trả góp, v.v..

Nếu được thanh toán riêng với khoản thế chấp của quý vị: Bảo hiểm nhà ở \$ _____ Thuế tài sản \$ _____

Có chi phí: Đã bắt đầu Đã kết thúc Đã thay đổi Ngày thay đổi: _____/_____/_____

Tần suất thanh toán hóa đơn: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Nửa tháng một lần Hàng tháng

Tên người chi trả chi phí này: _____

Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Quý vị có chi trả chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát không? Có Không

Đính kèm giấy tờ chứng minh chi phí dịch vụ tiện ích, chẳng hạn như hóa đơn điện nước.

Nếu quý vị không được lập hóa đơn cho chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát, hãy liệt kê số tiền mà quý vị được lập hóa đơn, nếu có, cho các chi phí sau:

Điện \$ _____ Ga \$ _____ Nước \$ _____ Điện thoại \$ _____ Rác \$ _____ Khác \$ _____

Tên người chi trả chi phí này: _____

Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Chi phí y tế \$ _____ (Thành viên của hộ gia đình phải từ 60 tuổi trở lên hoặc là người khuyết tật thì mới có thể yêu cầu hoàn trả chi phí y tế tự thanh toán.)

Đính kèm giấy tờ chứng minh các chi phí y tế tự thanh toán, chẳng hạn như hóa đơn viện phí, hóa đơn bác sĩ, hóa đơn chi phí y tế, bản in toa thuốc, v.v...

Thuốc men Chi phí y tế/nha khoa Hóa đơn viện phí Chi phí chăm sóc điều dưỡng Phí bảo hiểm Medicare Phí vận chuyển

Vật tư/thiết bị y tế Kính mắt/kính áp tròng Chi phí y tế khác _____

Có chi phí: Đã bắt đầu Đã kết thúc Đã thay đổi Ngày thay đổi: _____/_____/_____

Tần suất thanh toán hóa đơn: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Nửa tháng một lần Hàng tháng

Tên người chi trả chi phí này: _____

Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Khoản cấp dưỡng nuôi con \$ **(Phải được tòa án ra lệnh và thanh toán bên ngoài hộ gia đình.)**
Đính kèm giấy tờ chứng minh chi phí cấp dưỡng nuôi con do người không sống cùng gia đình chi trả. Có chi phí: Đã bắt đầu Đã kết thúc Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
 Tần suất thanh toán hóa đơn: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Nửa tháng một lần Hàng tháng
 Tên người chi trả chi phí này: _____
 Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Chi phí chăm sóc cho trẻ \$ ____
Đính kèm giấy tờ chứng minh chi phí dịch vụ chăm sóc trẻ từ nhà cung cấp dịch vụ.
 Có chi phí: Đã bắt đầu Đã kết thúc Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
 Tần suất thanh toán hóa đơn: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Nửa tháng một lần Hàng tháng
 Tên người chi trả chi phí này: _____
 Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Khác \$ ____
 Có chi phí: Đã bắt đầu Đã kết thúc Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
 Tần suất thanh toán hóa đơn: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Nửa tháng một lần Hàng tháng
 Tên người chi trả chi phí này: _____
 Liệu thay đổi này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

THAY ĐỔI VỀ THU NHẬP – Đính kèm giấy tờ chứng minh thu nhập như lương, séc, giấy xác nhận việc làm, v.v...

Tên người nhận thay đổi thu nhập: _____
 Việc này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Loại thu nhập	Thu nhập	Tần suất nhận thu nhập	Tổng thu nhập mới trên kỳ trả lương
CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Lương từ việc làm <input type="checkbox"/> Trợ cấp người khuyết tật <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Quà tặng tiền mặt <input type="checkbox"/> Khoản cấp dưỡng nuôi con <input type="checkbox"/> Lương hưu <input type="checkbox"/> Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã kết thúc <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Nghỉ Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần	Số tiền \$ _____
			Số giờ làm việc một tuần _____

Tên người nhận thay đổi thu nhập: _____
 Việc này có tiếp tục sau tháng báo cáo không? Có Không

Loại thu nhập	Thu nhập	Tần suất nhận thu nhập	Tổng thu nhập mới trên kỳ trả lương
CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Lương từ việc làm <input type="checkbox"/> Trợ cấp người khuyết tật <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Quà tặng tiền mặt <input type="checkbox"/> Khoản cấp dưỡng nuôi con <input type="checkbox"/> Lương hưu <input type="checkbox"/> Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã kết thúc <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Nghỉ Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần	Số tiền \$ _____
			Số giờ làm việc một tuần _____

THAY ĐỔI VỀ TÀI SẢN – Đính kèm giấy tờ chứng minh

Tiền mặt \$ _____ Chứng khoán \$ _____ Trái phiếu \$ _____
 Tài khoản ngân hàng \$ _____ Khác \$ _____
 Tên người sở hữu tài sản: _____
 Tên tổ chức _____

Tiền mặt \$ _____ Chứng khoán \$ _____ Trái phiếu \$ _____
 Tài khoản ngân hàng \$ _____ Khác \$ _____
 Tên người sở hữu tài sản: _____
 Tên tổ chức _____

Tiền mặt \$ _____ Chứng khoán \$ _____ Trái phiếu \$ _____
 Tài khoản ngân hàng \$ _____ Khác \$ _____
 Tên người sở hữu tài sản: _____
 Tên tổ chức _____

TIỀN TRÚNG SỐ/TIỀN THẮNG CỜ BẠC – Đính kèm giấy tờ chứng minh

Ngày nhận tiền: _____ Số tiền nhận được: _____ Tên người trúng/thắng: _____

THAY ĐỔI VỀ THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT: *Số an sinh xã hội (SSN) phải được cung cấp hoặc áp dụng cho mỗi người được yêu cầu hỗ trợ theo Đạo luật thực phẩm và dinh dưỡng năm 2008. Số SSN sẽ được xác minh và sử dụng cho các đối sánh dữ liệu của Liên bang và Tiểu bang, bao gồm nhưng không giới hạn, An sinh xã hội, Sở thuế vụ, VA, Sở an ninh việc làm MS, xác minh tài sản/thu nhập, không đủ tiêu chuẩn cho chương trình và để thu các khoản nợ gian lận. Luật của tiểu bang và liên bang quy định về tiền phạt, phạt tù hoặc cả hai đối với bất kỳ người nào phạm tội nhận sự trợ giúp mà họ không được quyền hưởng do cố tình giữ lại hoặc cung cấp thông tin sai lệch. Thông tin có thể được xác minh thông qua các địa chỉ liên hệ tài sản thế chấp khi phát hiện có sự khác biệt. Tình trạng người nước ngoài phải được xác minh với Sở di trú và nhập tịch Hoa Kỳ (USCIS) và sẽ yêu cầu nộp một số thông tin nhất định từ đơn đăng ký này cho USCIS. Chỉ công dân Hoa Kỳ và người nước ngoài đủ tiêu chuẩn mới đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP. Bất kỳ người nào không phải là công dân hoặc là người nước ngoài không đủ tiêu chuẩn có thể bị loại khỏi trường hợp của quý vị. Những người như vậy sẽ không được báo cáo cho cơ quan Thực thi di trú và hải quan Hoa Kỳ. Những người không phải là công dân được đưa vào trường hợp của quý vị sẽ có đủ điều kiện được xác định theo các quy tắc SNAP. Thu nhập và tài sản của tất cả những người trong hộ gia đình quý vị sẽ được xem xét để xác định tính đủ điều kiện cho những người được đưa vào trường hợp của quý vị.

Họ tên (Họ, Tên)	Tình trạng thay đổi		Mối quan hệ với chủ hộ	Số an sinh xã hội *XEM THẢO LUẬN Ở TRÊN	Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Giới tính	**Không bắt buộc		Công dân Hoa Kỳ Có hay Không
	Vào	Ra						Người gốc Tây Ban Nha Có hay Không	*** Chủng tộc Chọn một hoặc hai trở lên	

**Thông tin liên quan đến Dân tộc và Chủng tộc là không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hoặc mức quyền lợi của quý vị. Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định mức độ hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận những người đủ điều kiện.
 *** Mã chủng tộc **AL** – Người Mỹ da đỏ/Người Alaska bản địa; **AS**-Người châu Á; **BL**-Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi; **HP**-Người Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác; **WH**-Người da trắng; **OT**-Khác

THÊM MỘT THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH – Đối với trẻ em có mẹ và/hoặc bố không sống cùng nhà, vui lòng điền các thông tin bên dưới:

Tên trẻ	Tên bố mẹ không sống cùng con	Địa chỉ của bố mẹ không sống cùng con	SSN của bố mẹ không sống cùng con	Ngày tháng năm sinh của		
				bố mẹ không sống cùng	Chủng tộc	Giới tính

Bằng cách ký tên và ghi ngày tháng vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép Sở giáo dục Mississippi tiết lộ hồ sơ chuyên cần của những đứa trẻ được xác định trong đơn đăng ký này cho Sở dịch vụ nhân sinh Mississippi để Sở dịch vụ nhân sinh sử dụng nhằm xác định việc tuân thủ yêu cầu chuyên cần của Chương trình hỗ trợ tạm thời dành cho những gia đình gặp khó khăn (TANF). Tôi xác nhận rằng mỗi người trong hộ gia đình của tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài trong tình trạng nhập cư hợp pháp và thông tin được cung cấp là đúng theo sự hiểu biết của tôi. Tôi cho phép Sở dịch vụ nhân sinh xem xét đầy đủ trường hợp của tôi và mọi liên hệ cần thiết để xác minh tuyên bố của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt nếu cố tình cung cấp thông tin sai lệch. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được tài liệu về Quyền và trách nhiệm từ cơ quan này.

Chữ ký của người nộp đơn/Người báo cáo thay đổi	Ngày	**Chữ ký của Người thụ hưởng TANF và Phụ huynh thứ hai (nếu có) được yêu cầu để thêm thành viên của hộ gia đình trường hợp TANF.
** Chữ ký của Phụ huynh thứ hai trong TANF	Ngày	
Chữ ký của Nhân chứng, nếu điểm chỉ	Ngày	

ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi cư trú, quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ở đây ngày hôm nay không? Có Không

Nếu quý vị không đánh dấu vào ô, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp. Nếu quý vị từ chối đăng ký bỏ phiếu, thông tin này sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị đăng ký bỏ phiếu, văn phòng nơi nhận đơn đăng ký của quý vị sẽ được giữ bí mật và sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích đăng ký cử tri.

Nếu quý vị muốn yêu cầu gửi mẫu đơn đăng ký cử tri qua đường bưu điện, vui lòng gọi Dịch vụ khách hàng theo số 1-800-948-3050.

Nếu quý vị muốn được hỗ trợ khi điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hay chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể điền vào đơn đăng ký ở nơi riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng phái chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA SNAP: Nếu hộ gia đình của quý vị nhận được SNAP, họ phải tuân theo các quy tắc được liệt kê dưới đây. Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc nào trong số này đều có thể bị cấm tham gia SNAP trong 1 năm nếu vi phạm lần đầu, 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba; bị phạt tiền lên đến \$250.000 và bị phạt tù lên đến 20 năm hoặc cả hai; và bị truy tố theo các luật liên bang khác.

KHÔNG cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận trợ cấp SNAP. **KHÔNG** giao dịch hoặc bán thẻ EBT. **KHÔNG** thay đổi thẻ EBT để nhận các phúc lợi SNAP mà quý vị không được quyền nhận. **KHÔNG** sử dụng quyền lợi SNAP để mua các mặt hàng không đủ điều kiện như rượu và thuốc lá hoặc để thanh toán các tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng quyền lợi SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình quý vị. Các cá nhân bị tòa án xác định là đã vi phạm chương trình sau đây sẽ phải chịu các hình phạt sau:

- Nếu quý vị bị phát hiện là đã sử dụng hoặc nhận trợ cấp trong một giao dịch liên quan đến việc bán một chất bị kiểm soát, quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP trong thời gian hai năm cho hành vi vi phạm lần đầu và vĩnh viễn sau lần vi phạm thứ hai.
- Nếu quý vị bị phát hiện là đã sử dụng hoặc nhận trợ cấp trong một giao dịch liên quan đến việc bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện để nhận trợ cấp SNAP cho lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu quý vị bị buộc tội có lợi ích từ hành vi buôn bán bất hợp pháp với tổng số tiền từ \$500 trở lên, quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu quý vị phát hiện có lời khai gian dối hoặc cung cấp sai thông tin về danh tính hoặc nơi cư trú của mình để nhận được đồng thời nhiều trợ cấp SNAP hơn thì quý vị sẽ không đủ điều kiện tham gia Chương trình trong thời gian 10 năm.

TUYÊN BỐ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ CỦA USDA

Theo quy định của luật pháp liên bang về nhân quyền và các quy định và chính sách về nhân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), cơ quan này nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử vì lý do liên quan đến chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và xu hướng tình dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, niềm tin chính trị hoặc bị trả đũa hoặc trả thù vì hành động nhân quyền trước đây.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh. Nếu là người khuyết tật cần phương tiện thông tin liên lạc thay thế để nhận thông tin chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, chữ in lớn, băng từ, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ), vui lòng liên hệ cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi đăng ký nhận phúc lợi. Những người bị điếc, khó nghe hoặc khuyết tật ngôn ngữ có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang theo số (800) 877-8339.

Để gửi đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử liên quan đến chương trình, Người Khiếu Nại cần điền đầy đủ thông tin vào Mẫu Đơn AD-3027 có tên là Mẫu Đơn Khiếu Nại Hành Vi Phân Biệt Đối Xử Chương Trình USDA có thể tải trực tuyến tại: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, hoặc nhận tại bất kỳ văn phòng USDA nào, hoặc bằng cách gọi đến số (833) 620-1071, hoặc gửi thư cho USDA. Thư khiếu nại phải có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và mô tả bằng văn bản về hành động phân biệt đối xử bị khiếu nại. Thông tin cung cấp phải đầy đủ và cụ thể để Trợ Lý Bộ Trưởng Dân Quyền (ASCR) nắm được bản chất và ngày xảy ra vi phạm nhân quyền bị cáo buộc.

Vui lòng gửi thư hoặc đơn AD-3027 đã điền đầy đủ thông tin tới:

1) thư:

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: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

Trong trường hợp cần tìm hiểu thêm thông tin liên quan đến Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP), quý vị nên liên hệ đến Đường dây nóng chương trình SNAP của USDA theo số (800) 221-5689, trong đó có hỗ trợ tiếng Tây Ban Nha hoặc có thể gọi đến đường dây nóng tại [Thông tin tiểu bang/các số hotline](#) (nhấp vào đường dẫn để có được danh sách các số đường dây nóng theo Tiểu bang); truy cập trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang thông qua Bộ Y tế và dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy viết thư tới: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi (202) 6190403 (thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).