

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Mã Số Trường Hợp:

Ngày:

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
**ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐƠN GIẢN CHO NGƯỜI CAO TUỔI (ELDERLY SIMPLIFIED
APPLICATION, ESAP)**

Đơn đăng ký này được dùng cho những người đăng ký SNAP mà:

- Mọi người trong hộ gia đình đều từ 65 tuổi trở lên hoặc tất cả các thành viên trong hộ gia đình từ 65 tuổi trở lên đều mua và chuẩn bị thức ăn riêng với các thành viên còn lại trong hộ gia đình và
- Không có thành viên nào trong hộ gia đình có thu nhập từ việc làm

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký này bằng cách điền thông tin, tối thiểu gồm họ tên, địa chỉ của quý vị và ký vào biểu mẫu. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hoàn thiện đơn đăng ký này, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-948-4060.

Hãy cho chúng tôi biết về quý vị và nơi quý vị sinh sống. Chúng tôi phải liên lạc được với quý vị qua điện thoại.

Họ:	Tên:	Chữ Đầu Tên	Số Điện Thoại Liên Lạc của Quý Vị: Nhà Riêng: Di Động:	
Địa Chỉ Cư Trú (bao gồm Số Căn Hộ/Lô)	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:	Quận:
Địa Chỉ Nhận Thư (bao gồm Số Căn Hộ/Lô)	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:	
Quý vị có muốn nhận thông báo qua email không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu có, vui lòng cho biết địa chỉ email:		

Quý vị có thể chỉ định người nào đó ngoài hộ gia đình quý vị làm người đại diện của quý vị. Người này cần biết đủ rõ về tình hình của hộ gia đình quý vị để đưa ra bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định quý vị có hội đủ điều kiện tham gia SNAP hay không. Quý vị chịu trách nhiệm về những thông tin do bất kỳ người nào là người đại diện được ủy quyền của quý vị cung cấp, bao gồm mọi thông tin có thể không chính xác.

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Chỉ có công dân Mỹ và người nước ngoài đủ tiêu chuẩn mới hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Bất kỳ người nào không phải là công dân hoặc là người nước ngoài không đủ tiêu chuẩn sẽ bị loại khỏi đơn xin trợ cấp của quý vị. Chúng tôi sẽ không báo cáo những người đó cho Sở Di Trú và Hải Quan. Những người không phải công dân trong đơn đăng ký của quý vị sẽ được xác định có hội đủ điều kiện hay không theo các quy tắc của SNAP. Thu nhập và nguồn lực của tất cả mọi người trong hộ gia đình quý vị sẽ được xem xét để xác định những người trong đơn đăng ký SNAP có hội đủ điều kiện hay không.

Tôi xác nhận rằng tất cả người đăng ký trong hộ gia đình tôi đều là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp và những thông tin được cung cấp là đúng theo tất cả những gì tôi biết. Tôi cho phép Sở Dịch Vụ Nhân Sinh tiến hành đánh giá đầy đủ về trường hợp của tôi và liên lạc với bất kỳ người nào cần thiết để xác minh các tuyên bố của tôi. Tôi đồng ý tiết lộ xác minh thu nhập cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi (Mississippi Department of Human Services, MDHS). Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt nếu cố ý cung cấp thông tin sai sự thật. Tôi xác nhận là đã nhận được tờ rơi về Các Quyền và Trách Nhiệm từ cơ quan này.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu ký bằng cách đánh dấu

Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu ký bằng cách đánh dấu

Hãy cho chúng tôi biết quý vị sống cùng ai. Đề nghị ghi tên quý vị (hoặc người nộp đơn) trên dòng đầu tiên.

Họ Tên (Tên, Họ)	Quan Hệ với Người có Tên trên Dòng 1	Số An Sinh Xã Hội *Xem phần giải thích	Ngày Sinh	Tuổi	Giới Tính	**Không bắt buộc		Công Dân Hoa Kỳ C hoặc
						Tây Ban Nha	Chủng Tộc ***	
1.	Chủ Hộ							
2.								
3.								
4.								

***CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT:** Phải cung cấp hoặc áp dụng một Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) cho mỗi người yêu cầu trợ cấp theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008. Chúng tôi sẽ xác minh và sử dụng SSN để khớp với dữ liệu của Liên Bang và Tiểu Bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, Sở Cựu Chiến Binh (Veteran Affairs, VA), Sở Bảo Đảm Việc Làm MS, xác minh nguồn lực/thu nhập, các điều kiện mất tư cách tham gia chương trình và để thu các khoản nợ gian lận. Luật tiểu bang và liên bang quy định về tiền phạt, phạt tù hoặc cả hai đối với bất kỳ người nào xin trợ cấp mà người đó không có quyền hưởng thông qua việc cố ý không cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật. Chúng tôi có thể xác minh thông tin thông qua các nguồn thông tin đáng tin cậy về quý vị khi phát hiện có sai lệch. Chúng tôi sẽ xác minh tình trạng người nước ngoài với Sở Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) và sẽ cần gửi một số thông tin cụ thể từ đơn đăng ký này tới USCIS.

****Thông tin liên quan đến Dân Tộc và Chủng Tộc là không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định quý vị có hội đủ điều kiện hay không hoặc mức độ phúc lợi của quý vị. Những thông tin này sẽ được sử dụng để giúp xác định hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng hội đủ điều kiện.**

***** (Chọn một hoặc nhiều phương án) Mã Chủng Tộc: AL-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska; AS-Người Châu Á; AW-Người Châu Á Da Trắng; BL-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi; BW-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Da Trắng; HP-Người Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác; IB-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska Da Đen; IW-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska Da Trắng; OT-Các Tổ Hợp Chủng Tộc Khác; WH-Người Da Trắng**

Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi sau:

- Quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị có bị mất tư cách tham gia SNAP do gian lận không? Có Không:
 Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án giao dịch phúc lợi SNAP để lấy các loại thuốc sau ngày 22/08/1996 không?
 Có Không Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án mua hoặc bán phúc lợi SNAP trên \$500 sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình của quý vị có từng bị kết án gian lận nhận trùng phúc lợi SNAP tại bất kỳ tiểu bang nào sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án giao dịch phúc lợi SNAP để lấy súng, đạn dược hoặc chất nổ sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có đang lẩn trốn hoặc trốn tránh pháp luật để tránh bị truy tố, bị bắt giam hoặc đi tù vì một trọng tội hoặc cố gắng phạm trọng tội hoặc vi phạm điều kiện để được tha hoặc thử thách không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có phải là cư dân tại một khu nhà trọ kinh doanh (cơ sở cung cấp bữa ăn, chỗ ở và thu tiền với mục đích tạo ra lợi nhuận) không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có tham gia đình công không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có đang nhận các phúc lợi SNAP ở tiểu bang khác không? Có Không
 Nếu có, vui lòng cho biết họ tên: _____ Ở tiểu bang nào? _____
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án bất kỳ tội nào dưới đây sau ngày 07/02/2014 không (chọn tất cả các ô thích hợp): lạm dụng tình dục nghiêm trọng, bóc lột tình dục và lạm dụng khác đối với trẻ em, tấn công tình dục, giết người? Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____

Hãy trả lời các câu hỏi sau để xem liệu quý vị có thể nhận các phúc lợi SNAP trong vòng bảy ngày hay không:

1. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có nhận được bất kỳ khoản thu nhập (tiền, séc, quà tặng, v.v.) nào trong tháng này tính đến thời điểm hiện tại không?
 Có Không Nếu có thì bao nhiêu? _____ Khi nào? _____
2. Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị dự kiến sẽ nhận được thêm bất kỳ khoản tiền nào trong tháng này không?
 Có Không Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____ Bao nhiêu? _____ Khi nào? _____
3. Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu tiền mặt, bao nhiêu trong tài khoản séc và tài khoản tiết kiệm? _____
4. Đề nghị cho biết cho các khoản chi phí thực tế: Tiền Thuê/Thế Chấp Nhà \$ _____ Điện \$ _____ Ga \$ _____ Nước \$ _____ Điện Thoại \$ _____

Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập mà hộ gia đình quý vị nhận được:

Các loại thu nhập có thể bao gồm phúc lợi An Sinh Xã Hội, Thu Nhập Đảm Bảo Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), lương hưu, trợ cấp Cựu Chiến Binh, cấp dưỡng nuôi con, đóng góp bằng tiền mặt, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp hưu trí ngành đường sắt, cổ tức, tiền lãi và bất kỳ thu nhập nào khác không phải do lao động. Nếu đang nhận bất kỳ loại thu nhập nào do lao động (từ việc làm), ví dụ như tiền lương, tiền hoa, tiền thưởng hoặc tự doanh, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP qua ESAP và quý vị có thể đăng ký nhận phúc lợi thông qua văn phòng MDHS quận tại địa phương của quý vị.

Loại Thu Nhập	Người Nhận Thu Nhập?	Thu Nhập Gộp Hàng Tháng (Trước Thuế)

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh cho bất kỳ khoản thu nhập nào không thể xác minh bằng cách khớp dữ liệu trên máy tính. Thu nhập có thể xác minh bằng cách khớp dữ liệu trên máy tính bao gồm An Sinh Xã Hội, SSI và các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con được nhận thông qua Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi.

Hãy cho chúng tôi về bất kỳ nguồn lực nào thuộc sở hữu của hộ gia đình quý vị:

Các loại nguồn lực có thể bao gồm tiền mặt sẵn có, được ghi trên séc hoặc tài khoản tiết kiệm, tài khoản Hưu Trí Cá Nhân (Individual Retirement Account, IRA), tiền xu có giá trị, chứng nhận tiết kiệm, cổ phiếu hoặc trái phiếu, các khoản thanh toán trọn gói một lần, phương tiện giải trí (thuyền, xe 4 bánh, xe địa hình), tài sản cá nhân, các tòa nhà và khu đất nhất định và bất động sản giải trí.

Loại Nguồn Lực	Ai Sở Hữu Nguồn Lực?	Giá Trị của Nguồn Lực

Hãy cho chúng tôi về chi phí chỗ ở của quý vị:

	Có	Không	Nếu có, hãy nêu số tiền hàng tháng/hàng năm.
Hộ gia đình quý vị có trả thế chấp không?			
Hộ gia đình quý vị có trả tiền thuê nhà không (phần quý vị thực sự phải trả)?			
Hộ gia đình quý vị có nộp thuế bất động sản tính trên ngôi nhà của quý vị và được trả riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị không?			
Hộ gia đình quý vị có trả phí bảo hiểm cho chủ nhà riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị không?			

Hãy cho chúng tôi biết chi phí tiện ích của quý vị:

	Có	Không	
Hộ gia đình quý vị có trả phí ga, điện, dầu hỏa, than đá hoặc gỗ để sưởi ấm hay quý vị có điều hòa không khí trung tâm hoặc gắn cửa sổ không?			
Nếu hộ gia đình quý vị không trả chi phí sưởi ấm hoặc làm mát thì có trả các chi phí tiện ích khác không?			Nếu có, hãy liệt kê các chi phí tiện ích mà quý vị trả và số tiền quý vị trả bên dưới.
Điện? _____ Ga? _____ Nước? _____ Điện Thoại? _____ Thoát Nước? _____			
Rác? _____ Tiện Ích Khác? _____			

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh chi phí chỗ ở và chi phí tiện ích để được khấu trừ. Ví dụ về tài liệu xác minh bao gồm báo cáo thế chấp, biên nhận tiền thuê nhà, biên nhận thuế bất động sản, hợp đồng bảo hiểm của chủ nhà, hóa đơn tiện ích, v.v. Không được khấu trừ các chi phí do một bên thứ ba chi trả, ví dụ như tiền thuê nhà do Bộ Gia Cư và Phát Triển Đô Thị (Department of Housing and Urban Development, HUD) chi trả.

Hãy cho chúng tôi biết chi phí y tế của quý vị:

hộ gia đình quý vị có trả chi phí y tế tự trả trên \$35.00 mỗi tháng không? Có Không Nếu có, hãy điền vào bảng bên dưới. Ví dụ về chi phí y tế được cho phép bao gồm: Thăm khám nha sĩ và bác sĩ, bao gồm các chuyên gia, liệu pháp tâm lý, các dịch vụ phục hồi chức năng và thẩm tách; nhập viện hoặc điều trị ngoại trú, chăm sóc điều dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tại nhà; thuốc theo toa và thuốc không cần toa khác (trong đó có insulin), vật tư y tế, thiết bị phòng bệnh, ví dụ như giường bệnh và xe lăn (thuê hoặc mua) hoặc thiết bị theo toa khác khi được chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề phê duyệt; răng giả, dụng cụ trợ thính và chân tay giả; kính mắt hoặc kính áp tròng; phí bảo hiểm y tế và nằm viện; phí bảo hiểm Medicare; động vật bảo vệ và hỗ trợ, ví dụ như chó dẫn đường cho người khiếm thị hoặc khiếm thính, bao gồm cả chi phí thức ăn và chăm sóc thú y; chi phí đi lại và lưu trú hợp lý để được điều trị hoặc nhận dịch vụ y tế, bao gồm mua thuốc, răng giả, kính mắt, thiết bị phòng bệnh, v.v. (trong đó bao gồm cả khoản tiền trả cho bạn bè, thành viên trong gia đình, hàng xóm hoặc bất kỳ người nào khác đưa đón quý vị); trả tiền cho người phục vụ, người nội trợ, người hỗ trợ y tế tại nhà hoặc người dọn dẹp nhà cửa nếu cần thiết do tuổi tác, thương tật hoặc bệnh tật. Các sản phẩm thực phẩm có thể được mua bằng phúc lợi SNAP không đủ tiêu chuẩn là chi phí y tế ngay cả khi do chuyên gia y tế khuyến nghị. Cần sa y tế không đủ tiêu chuẩn là chi phí y tế.

Họ Tên	Loại Chi Phí	Số Tiền

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh các chi phí y tế của mình để được khấu trừ. Ví dụ về tài liệu xác minh bao gồm bản in từ các hiệu thuốc đối với thuốc theo toa, hóa đơn liệt kê từng mục từ bác sĩ của quý vị hoặc bệnh viện, báo cáo cho phí bảo hiểm y tế, v.v. Xin lưu ý chỉ cho phép khấu trừ đối với các chi phí không phải do Medicare, Medicaid, hoặc bảo hiểm y tế khác chi trả.

Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị trả tiền cấp dưỡng nuôi con theo quy định của pháp luật cho người nào đó sống ngoài nhà quý vị không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____

Số tiền cấp dưỡng nuôi con trả hàng tháng: _____

Để được khấu trừ cho các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con, quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh cho cả nghĩa vụ pháp lý và số tiền cấp dưỡng nuôi con thực tế trả mỗi tháng, trừ khi các khoản thanh toán được thực hiện thông qua Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi.

Quý vị có cần thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, EBT) không?

Có Không

Quý vị có thể chỉ định người nào đó ngoài hộ gia đình của mình được tiếp cận các phúc lợi SNAP của hộ gia đình quý vị trong Tài Khoản Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (EBT). Người này sẽ được cấp một thẻ EBT, cho phép họ sử dụng toàn bộ tài khoản của quý vị mà không cần quý vị đồng ý tức thì. Các phúc lợi mà (những) người này lạm dụng sẽ không được thay mới.

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Nếu chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có, vui lòng gửi cho tôi đơn đăng ký qua thư. Không

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

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định có nhờ hoặc chấp nhận sự giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách bí mật.

Nếu quý vị tin rằng đã có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền riêng tư để quyết định có ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Quý vị có khiếm thính, lãng tai hoặc cần dịch vụ thông dịch không? Có Không

Tôi hiểu rằng mình có thể nhận một bản sao của đơn đăng ký SNAP đã điền này. Tôi chọn:

bản giấy bản điện tử hoặc tôi từ chối nhận bản sao.

Nếu quý vị cần dịch vụ pháp lý miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-498-1804.

Để yêu cầu một phiên điều trần công bằng, hãy gọi số điện thoại miễn phí 1-800-948-4060 của Đơn Vị ESAP.

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA SNAP

Nếu hộ gia đình quý vị nhận phúc lợi SNAP thì phải tuân thủ các quy tắc được liệt kê dưới đây. Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị cố tình vi phạm bất kỳ quy tắc nào dưới đây 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 lên đến \$250,000, bị phạt tù lên đến 20 năm hoặc cả hai hình phạt; đồng thời bị truy tố theo các luật liên bang khác.

KHÔNG cung cấp thông tin sai sự thật hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận các phúc lợi SNAP. **KHÔNG** giao dịch hoặc bán thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, EBT). **KHÔNG** thay đổi thẻ EBT để nhận các phúc lợi SNAP mà quý vị không có quyền nhận. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP để mua những mặt hàng không hội đủ điều kiện như rượu và thuốc lá hoặc để thanh toán cho các tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình quý vị. Những người bị tòa án phán quyết là đã có những hành vi vi phạm chương trình sau đây sẽ bị phạt như sau:

- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán một chất bị kiểm soát, thì quý vị sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP trong thời gian hai năm nếu vi phạm lần đầu và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai.
- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện có tội buôn lậu các phúc lợi với tổng số tiền \$500 trở lên, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện đã đưa ra tuyên bố hoặc cam đoan gian lận liên quan đến danh tính hoặc nơi cư trú của quý vị để nhận đồng thời nhiều phúc lợi SNAP, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình trong thời gian 10 năm.

Tôi xác nhận theo hình phạt về tội khai man rằng câu trả lời của tôi cho tất cả những câu hỏi về mỗi thành viên trong hộ gia đình, kể cả các câu hỏi về quốc tịch hoặc tình trạng người nước ngoài, là chính xác và đầy đủ.

Chữ ký của thành viên trong hộ gia đình hoặc đánh dấu (X): _____ Ngày: _____

Người làm chứng nếu ký bằng cách đánh dấu: _____ Ngày: _____

Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ
(United States Department of Agriculture, 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: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

Nếu quý vị gửi lại đơn đăng ký này qua đường bưu điện, vui lòng sử dụng địa chỉ sau:

Mississippi Department of Human Services (Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi)
ESAP Unit (Đơn Vị ESAP)
4777 Medgar Evers Blvd.
Jackson, MS 39213