

BIỂU MẪU BÁO CÁO THAY ĐỔI

Họ Tên: _____ Mã Số Trường Hợp: _____ Số Liên Lạc: _____

THAY ĐỔI ĐỊA CHỈ/SỐ ĐIỆN THOẠI MỚI

Địa Chỉ Nhà Riêng: _____	Quận: _____
Địa Chỉ Nhận Thư: _____	
Số Điện Thoại Di Động: _____	Địa Chỉ Email: _____
Số Điện Thoại Nhà Riêng: _____	

THAY ĐỔI CHI PHÍ – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tiền Thuê/Thế Chấp Nhà \$ _____ Tiền Thuê Lô Đất \$ _____
Nếu thanh toán riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị: Bảo Hiểm Nhà Cửa \$ _____ Thuế Bất Động Sản \$ _____
Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Quý vị có thanh toán chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát không? Có Không
Nếu quý vị không phải thanh toán chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát, hãy liệt kê những khoản tiền quý vị phải thanh toán, nếu có, cho những tiện ích sau:
Điện \$ _____ Ga \$ _____ Nước \$ _____ Điện Thoại \$ _____ Rác \$ _____ Tiện Ích Khác \$ _____
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Y Tế \$ _____ (Thành viên trong hộ gia đình phải từ 60 tuổi trở lên hoặc có khuyết tật mới được yêu cầu thanh toán chi phí y tế tự trả.)

Thuốc Nội Khoa/Nha Khoa Hóa Đơn Bệnh Viện Chăm Sóc Điều Dưỡng Phí Bảo Hiểm Medicare Đi Lại
 Vật Tư/Thiết Bị Y Tế Kính Mắt/Kính Áp Tròng Chi Phí Y Tế Khác _____
Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Cấp Dưỡng Nuôi Con \$ _____ (Phải theo lệnh của tòa án và thanh toán ngoài hộ gia đình.)

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Chăm Sóc Con Cái \$ _____

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Chi Phí Khác _____ \$ _____

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

THAY ĐỔI THU NHẬP – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tên Người Nhận Thu Nhập Thay Đổi: _____

Loại Thu Nhập	Thu Nhập	Tần Suất Nhận	Tổng Thu Nhập Gộp Mới Mỗi Kỳ Thanh Toán
CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Việc Làm <input type="checkbox"/> Lương Hưu <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Nuôi Con <input type="checkbox"/> Quà Tặng Bằng Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Thu Nhập Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã dừng <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bỏ việc Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hai lần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	Số Tiền \$ _____
			Số giờ làm việc mỗi tuần _____

Tên Người Nhận Thu Nhập Thay Đổi: _____

CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Việc Làm <input type="checkbox"/> Lương Hưu <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Nuôi Con <input type="checkbox"/> Quà Tặng Bằng Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Thu Nhập Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã dừng <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bỏ việc Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hai lần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	Số Tiền \$ _____
			Số giờ làm việc mỗi tuần _____

THAY ĐỔI NGUỒN LỰC – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tiền Mặt \$ _____ Cổ Phiếu \$ _____ Trái Phiếu \$ _____
 Tài Khoản Ngân Hàng \$ _____ Nguồn Lực Khác \$ _____

Tên Người Sở Hữu Nguồn Lực: _____

TRÚNG XỔ SỐ/THẮNG BẠC – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Ngày Nhận Tiền: _____ Số Tiền Đã Nhận: _____ Tên Người Thắng Cuộc: _____

THAY ĐỔI THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT: *Theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, phải cung cấp hoặc áp dụng một số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) cho từng người yêu cầu trợ cấp. 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 được hưởng bằng cách 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. 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 trường hợp 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 trường hợp 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 trường hợp của quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Họ Tên (Họ, Tên)	Đã Chuyển		Quan Hệ với Chủ Hộ	Số An Sinh Xã Hội *XEM THẢO LUẬN TRÊN ĐÂY	Ngày Sinh	Tuổi	Giới Tính	**Không bắt buộc		Công Dân Hoa Kỳ Có hoặc Không
	Vào	Ra						Tây Ban Nha Có hoặc Không	***Chủng Tộc Chọn một hoặc nhiều	

**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 xác định hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng hội đủ điều kiện.

*** Mã Chủng Tộc **AL** – Người Thổ Dân Da Đỏ/Người Bản Địa Alaska; **AS**-Người Châu Á; **BL**-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi; **HP**-Người Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác; **WH**-Người Da Trắng; **OT**-Chủng Tộc Khác

THÊM THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH – Đối với mỗi trẻ có mẹ và/hoặc cha không ở nhà, hãy điền các thông tin dưới đây:

Tên của Trẻ	Tên của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Địa Chỉ của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	SSN của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Ngày Sinh của		
				Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Chủng Tộc	Giới Tính

Khi ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép Sở Giáo Dục Mississippi tiết lộ hồ sơ chuyên cần của những trẻ được nêu trong đơn đăng ký này cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi để Sở Dịch Vụ Nhân Sinh sử dụng nhằm xác định tình hình tuân thủ các yêu cầu đi học chuyên cần của Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời cho Hộ Nghèo (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Tôi xác nhận rằng tất cả mọi người trong hộ gia đình của 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 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.

****Bắt buộc phải có chữ ký của Người Thụ Hưởng TANF và Phụ Huynh Thứ Hai (nếu có) để thêm một thành viên trong hộ gia đình cho trường hợp TANF.**

Chữ Ký của Người Nộp Đơn/Người Thông Báo Thay Đổi

Ngày

** Chữ Ký của Phụ Huynh Thứ Hai trong TANF

Ngày

Chữ Ký của Người Làm Chứng, nếu Ký bằng cách Đánh Dấu

Ngày

NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO VỆ TANF

Họ Tên _____ SSN _____ Ngày Sinh _____ Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Mã Zip _____
Người Ký _____ Ngày _____

LÝ LỊCH TƯ PHÁP

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án bất kỳ tội nào sau 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

Tên Người bị Kết Án: _____

Lưu Ý: _____

GHI DANH CỬ TRI

Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có 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.

TUYÊN BỐ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ CỦA BỘ NÔNG NGHIỆP HOA KỲ (UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE, USDA)

Tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, khuyết tật, tuổi tác, giới tính và tôn giáo hay quan điểm chính trị trong một số trường hợp.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng cấm phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc trả thù hay trả đũa cho hoạt động dân quyền trước đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần các biện pháp liên lạc khác để biết về thông tin chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, chữ khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với Cơ Quan (Tiểu Bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin phúc lợi. Những người khiếm thính, lãng tai hoặc có khuyết tật về âm ngữ có thể liên lạc với USDA qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, có thể có sẵn thông tin về chương trình bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại chương trình phân biệt đối xử, hãy điền [Biểu Mẫu Khiếu Nại Chương Trình USDA Phân Biệt Đối Xử](#) (AD-3027), trực tuyến tại địa chỉ: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html và tại bất kỳ văn phòng USDA nào hoặc viết một bức thư gửi tới USDA, trong đó cung cấp toàn bộ thông tin bắt buộc trong biểu mẫu. Để yêu cầu một bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy gọi số (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu đã điền hoặc thư của quý vị tới USDA qua:

- (1) thư: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442 hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Để biết bất kỳ thông tin nào khác về các vấn đề của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), mọi người nên liên hệ theo Số Đường Dây Nóng SNAP của USDA (800) 221-5689 có dịch vụ bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi tới [Số Đường Dây Nóng/Cung Cấp Thông Tin của Tiểu Bang](#) (nhấp vào liên kết để biết danh sách các số đường dây nóng của Tiểu bang); có trên mạng tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) Hoa Kỳ, hãy gửi thư tới: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi số (202) 619-0403 (thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.