

CHỈ LƯU HÀNH NỘI BỘ:
Số Hồ Sơ: _____ 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.
- 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 hỗ trợ để hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng gọi đến văn phòng DHS tại quận của quý vị theo số _____ hoặc 1-800-948-3050.

Tên: _____ Số Hồ Sơ: _____ Số điện thoại liên hệ: _____

THAY ĐỔI VỀ ĐỊA CHỈ MỚI/SỐ ĐIỆN THOẠI

Địa chỉ nhà: _____

Quận: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____

Số điện thoại nhà: _____

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

Tiền thuê nhà/Trả góp mua nhà \$ _____ Tiền thuê lô đất \$ _____

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 trả góp mua nhà: Bảo hiểm nhà ở \$ _____ Thuế tài sản \$ _____

Chi phí này: Đã bắt đầu Đã ngừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____

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

Tên người chi trả chi phí này: _____

Sự 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 \$ _____ Gas \$ _____ Nước \$ _____ Điện thoại \$ _____ Tiền rác \$ _____ Khác \$ _____

Quý vị có thể yêu cầu thanh toán chi phí dịch vụ tiện ích thực tế nếu các chi phí này vượt quá các mức trợ cấp chuẩn.

Tên người chi trả chi phí này: _____

Sự 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

Thiết bị/vật tư y tế Mắt kính/ Kính áp tròng Chi phí y tế khác _____

Chi phí này: Đã bắt đầu Đã ngừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____

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

Tên người chi trả chi phí này: _____

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

Khoản cấp dưỡng nuôi con \$ _____ (**Phải theo lệnh của tòa án và do người không sống cùng gia đình chi trả**).

Đính kèm giấy tờ chứng minh chi phí cấp dưỡng nuôi con do người không sống cùng gia đình chi trả.

Chi phí này: Đã bắt đầu Đã ngưng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____

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

Tên người chi trả chi phí này: _____

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

Chi phí dịch vụ giữ trẻ \$ _____

Đính kèm giấy tờ chứng minh chi phí dịch vụ chăm sóc trẻ từ nhà cung cấp dịch vụ.

Chi phí này: Đã bắt đầu Đã ngưng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____

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

Tên người chi trả chi phí này: _____

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

Khác \$ _____

Chi phí này: Đã bắt đầu Đã ngưng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____

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

Tên người chi trả chi phí này: _____

Sự 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 của người nhận thay đổi về thu nhập: _____

Sự thay đổi 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	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô	Số tiền \$ _____
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ tiền lương	<input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã ngưng	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Nửa tháng	Số giờ làm việc một tuần _____
<input type="checkbox"/> Lương hưu	<input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải	<input type="checkbox"/> Một tuần hai lần <input type="checkbox"/> một lần	
<input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ cấp người khuyết tật	<input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Nghỉ việc	<input type="checkbox"/> Hàng tuần	
<input type="checkbox"/> Khoản cấp dưỡng con cái	Ngày thay đổi: _____	<input type="checkbox"/> Hàng tháng	
<input type="checkbox"/> Quà tặng bằng tiền mặt			
<input type="checkbox"/> Khác _____			

Tên của người nhận thay đổi về thu nhập: _____

Sự thay đổi 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	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô	CHỈ ĐÁNH DẤU CHỌN MỘT Ô	Số tiền \$ _____
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ tiền lương	<input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã ngưng	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Nửa tháng	Số giờ làm việc một tuần _____
<input type="checkbox"/> Lương hưu	<input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải	<input type="checkbox"/> Một tuần hai lần <input type="checkbox"/> một lần	
<input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ cấp người khuyết tật	<input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Nghỉ việc	<input type="checkbox"/> Hàng tuần	
<input type="checkbox"/> Khoản cấp dưỡng con cái	Ngày thay đổi: _____	<input type="checkbox"/> Hàng tháng	
<input type="checkbox"/> Quà tặng bằng tiền mặt			
<input type="checkbox"/> Khác _____			

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

Tiền mặt \$ _____ Cổ phiếu \$ _____ Trái phiếu \$ _____

Tài khoản ngân hàng \$ _____ Khác \$ _____

Tên người sở hữu tài sản: _____

Tên tổ chức _____

Tiền mặt \$ _____ Cổ phiếu \$ _____ Trái phiếu \$ _____

Tài khoản ngân hàng \$ _____ Khác \$ _____

Tên người sở hữu tài sản: _____

Tên tổ chức _____

Tiền mặt \$ _____ Cổ phiếu \$ _____ 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 thắng cuộc: _____

THAY ĐỔI VỀ THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT: *Theo quy định của Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, bất kỳ cá nhân nào nhận trợ cấp đều phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội (SSN)

. Số SSN sẽ được xác minh và đối chiếu với dữ liệu của các cơ quan Liên bang và Tiểu bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở cơ quan An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, VA, Sở An Sinh Việc Làm MS, giấy tờ chứng minh tài sản/ thu nhập, các trường hợp không đủ điều kiện hưởng trợ cấp chương trình và phục vụ mục đích thu hồi nợ gian lận. Luật pháp liên bang và tiểu bang đều đưa ra các hình thức phạt tiền, giam giữ hoặc cả hai hình thức trên đối với bất kỳ cá nhân nào bị buộc tội cố tình che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai để được nhận trợ cấp. Việc xác minh thông tin có thể dựa trên các hợp đồng vay thế chấp trong trường hợp phát hiện có sự sai lệch thông tin. Đối với cá nhân là người nước ngoài thì sẽ được xác minh với Cơ Quan Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS) và sẽ được yêu cầu cung cấp một số thông tin nhất định trong đơn đăng ký này để gửi đến USCIS. Chỉ công dân Hoa Kỳ và người nước ngoài đủ điều kiện mới được hưởng trợ cấp SNAP. Bất kỳ cá nhân không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài không đủ điều kiện có thể được bỏ ra khỏi hồ sơ của quý vị. Những cá nhân này sẽ không cần báo cáo lên Cục Kiểm Soát Di Trú Và Hải Quan Hoa Kỳ (ICE). Việc xác định tính đủ điều kiện của các cá nhân không phải là công dân Hoa Kỳ thuộc hồ sơ của quý vị sẽ dựa trên các quy tắc của chương trình SNAP. Thu nhập và tài sản của tất cả các thành viên trong hộ gia đình của quý vị sẽ được sử dụng làm căn cứ để xác định tính đủ điều kiện cho những cá nhân được đưa vào hồ sơ của quý vị.

Tên (Tên, Họ)	Tình trạng thay đổi		Mối quan hệ với Chủ Hộ gia đình	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 Sắc tộc và Chủng tộc là không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hoặc mức trợ cấp của quý vị. Thông tin này nhằm mục đích đánh giá tính hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận đến các đối tượng đủ điều kiện.

*** Mã chủng tộc **AL** – Người Mỹ gốc Ấn/ Người bản địa Alaska; **AS**-Người gốc Á; **BL**-Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi; **HP**-Người Hawaii hoặc người dân đảo Thái Bình Dương; **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 Tên	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 xác nhận và điền ngày tháng vào mẫu đơn này, tôi đồng ý cho phép Sở Giáo Dục Mississippi chia sẻ thông tin về hồ sơ chuyên cần của trẻ em được nêu tên trong hồ sơ này với Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi, để Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi xác minh việc tuân thủ các quy định về thời gian đến trường của học sinh thuộc Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời Dành Cho Những Gia Đình Gặp Khó Khăn (TANF). Tôi xác nhận rằng mỗi cá nhân trong hộ gia đình của tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp và thông tin đã cung cấp là hoàn toàn chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cho phép Sở Dịch Vụ Nhân Sinh xem xét toàn diện hồ sơ của tôi và liên hệ tôi để xác minh thông tin đã khai báo trong trường hợp cần thiết. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị phạt nếu cung cấp thông tin sai sự thật trong hiểu biết của mình. Tôi xác nhận đã nhận được bản tài liệu về Quyền Lợi và Trách nhiệm từ cơ quan này.

Chữ ký của người nộp đơn/ Người báo cáo sự thay đổi

Ngày

**** Cần phải có chữ ký xác nhận của Người thụ hưởng TANF và Phụ huynh thứ hai (nếu có) để bổ sung một thành viên trong gia đình vào hồ sơ TANF.**

** Chữ ký của bố mẹ thứ hai trong TANF

Ngày

Chữ ký người làm chứng, nếu ký bởi Mark

Ngày

NGƯỜI THỤ HƯỞNG ĐƯỢC BẢO VỆ THEO CHƯƠNG TRÌNH TANF

Tên _____ SSN _____ Ngày tháng năm sinh _____ Điện thoại _____

Địa chỉ _____ Thành phố, Tiểu bang _____ Zip _____

Người ký _____ Ngày _____

LÝ LỊCH TƯ PHÁP

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị đã từng bị kết án bất kỳ tội danh nào dưới đây sau ngày 02/07/14 (chọn tất cả các mục nếu thích hợp): xâm hại tình dục nghiêm trọng lạm dụng tình dục và các hành vi lạm dụng trẻ em khác

tấn công tình dục

tội giết người

Tên người bị kết tội: _____

Lưu ý: _____

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 chọn mục này thì chúng tôi xem như quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký hoặc từ chối không đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ được nhận từ cơ quan này. Nếu quý vị từ chối đăng ký bỏ phiếu, thông tin này sẽ được bảo mật cho quý vị. Nếu quý vị đăng ký bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị nộp hồ sơ sẽ bảo mật thông tin này và chỉ sử dụng nó cho mục đích đăng ký cử tri.

Chúng tôi sẽ sẵn sàng hỗ trợ quý vị nếu quý vị cần giúp hoàn thành đơn đăng ký cử tri. Quý vị toàn quyền quyết định có cần sự trợ giúp hay không. Quý vị có thể tự điền đơn đăng ký này.

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của mình, quyền riêng tư trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp hồ sơ đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng chính trị của quý vị hoặc các lựa chọn chính trị khác, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại đến:

Sở Ngoại giao Mississippi, Bộ phận Bầu cử, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT TRONG KHUÔN KHỔ CHƯƠNG TRÌNH SNAP: Nếu hộ gia đình quý vị đang được nhận trợ cấp SNAP thì cần tuân thủ các quy tắc được liệt kê dưới đây. Bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc nào trong số các quy tắc này có thể bị cấm tham gia chương trình SNAP trong 1 năm nếu vi phạm lần đầu, 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba; bị phạt tiền lên đến \$250,000 và bị phạt tù lên đến 20 năm hoặc cả hai hình thức xử phạt trên; và bị truy tố theo các luật liên bang khác.

KHÔNG cung cấp thông tin sai sự thật hoặc che giấu thông tin để được hưởng hoặc tiếp tục hưởng các quyền lợi SNAP. **KHÔNG** giao dịch hoặc bán thẻ EBT. **KHÔNG** đổi thẻ EBT để nhận các quyền lợi SNAP mà quý vị không đủ điều kiện được hưởng. **KHÔNG** sử dụng thẻ trợ cấp SNAP để mua các mặt hàng không được phép như rượu bia và thuốc lá hoặc để chi trả các tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình của quý vị. Đối với cá nhân bị xác định là có hành vi vi phạm sau theo quyết định của tòa án sẽ chịu các hình thức xử 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 cho 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

Tổ chức này bị nghiêm cấm có bất kỳ hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, giới tính và trong một số trường hợp là tín ngưỡng tôn giáo hoặc quan điểm chính trị. Ngoài ra, Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc hành vi trả đũa hoặc trả thù đối với hoạt động dân quyền trước đây trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần các phương tiện trao đổi thông tin khác về chương trình (như chữ nổi Braille, bản in chữ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.), cần liên hệ với Cơ quan (Tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp hồ sơ xin trợ cấp. Các cá nhân bị khiếm thính, khó nghe hoặc khuyết tật ngôn ngữ có thể liên lạc với USDA qua Federal Relay Service (Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang) theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin về chương trình có thể có sẵn bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để gửi đơn khiếu nại về hành vi kỳ thị trong chương trình, hãy điền đầy đủ thông tin trong [Đơn Khiếu Nại Hành Vi Kỳ Thị Chương Trình USDA](#), (AD-3027), có thể tải xuống online tại địa chỉ:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tại bất kỳ văn phòng USDA nào, hoặc gửi thư kèm đầy đủ thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn và gửi đến địa chỉ của USDA. Để yêu cầu bản sao mẫu thư khiếu nại, vui lòng gọi đến số (866) 632-9992. Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin hoặc thư khiếu nại đến USDA bằng cách:

- (1) qua đường bưu điện: Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ
Văn Phòng Thư Ký Trợ Lý Nhân Quyền
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

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 số hotline tại [Thông tin Tiểu bang/Các số hotline](#) (nhấp vào đường dẫn để có được danh sách các số hotline theo Tiểu bang); truy cập trực tuyến tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để gửi đơn khiếu nại về hành vi kỳ thị liên quan đến chương trình nhận trợ cấp tài chính Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), vui lòng gửi thư về: Giám đốc HHS, Văn Phòng Nhân Quyền, Phòng 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi đến số (202) 6190403 (cuộc gọi thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.