

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, Trợ Cấp Tiền Mặt dành cho Người Ty Nạn Trợ Cấp Chung hoặc Cứu Trợ Chung), 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. Không sử dụng đơn đề nghị này nếu quý vị chỉ đang nộp đơn đề nghị chương trình chăm sóc sức khỏe. Quận của quý vị có thể có mẫu đơn riêng cho chương trình Trợ Cấp Chung và Cứu Trợ Chung. Hãy hỏi Quận để biết chắc chắn.

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 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. Đối với chương trình Trợ Cấp Chung hoặc Cứu Trợ Chung, hãy hỏi Quận để biết những câu hỏi nào cần phải được trả lời để bắt đầu quy trình nộp đơn.
- 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/thẻ 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; hoặc
- Các tiện ích của quý vị đã hoặc sẽ bị ngắt; hoặc
- Quý vị không có đủ áo quần hoặc tả lót; hoặc
- 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, 6 đến 9, 15 và 24, đồng thời cung cấp bằng chứng nhận dạng của quý vị (nếu có) kèm theo đơn đề nghị này cho Quận. Đối với chương trình Trợ Cấp Chung hoặc Cứu Trợ Chung, hãy hỏi Quận để biết quy trình mất bao lâu và về bất cứ quy tắc đặc biệt nào để nhận phúc lợi nhanh hơn.

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).
- Sổ 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 Sổ 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 đình 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).

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 làm điều này và nhận trên \$950 quyền lợi mà quý vị không đủ điều kiện được nhận, thì quý vị có thể bị kết án phạm trọng 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:

- che đậy thông tin hoặc trình bày không chính xác
- sử dụng thẻ chuyển khoản phúc lợi điện tử (EBT) thuộc về một người khác hoặc cho phép người khác sử dụng thẻ của tôi
- sử dụng các quyền lợi CalFresh để mua rượu hoặc thuốc lá
- trao đổi, bán hoặc cho quyền lợi CalFresh hoặc thẻ EBT
- trao đổi quyền lợi CalFresh để mua các chất có kiểm soát như ma túy
- cung cấp thông tin sai lệch về bản thân và nơi cư trú để tôi có thể nhận được nhiều quyền lợi CalFresh hơn
- bị kết án do trao đổi hoặc bán quyền lợi CalFresh trị giá trên \$500, hoặc trao đổi quyền lợi CalFresh để lấy súng, đạn dược, hoặc thuốc nổ

Tôi có thể...

- 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 tôi
- mất 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 tôi
- mất 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 tôi
- bị phạt tiền đến \$250.000, bị bỏ tù đến 20 năm, hoặc cả hai
- mất quyền lợi CalFresh trong vòng 24 tháng đối với lần đầu vi phạm
- mất 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 phạm
- mất quyền lợi CalFresh vĩnh viễn

Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, tôi hiểu rằng nếu tôi...

- bị kết án là cố ý vi phạm chương trình
- không tuân theo các quy tắc trong chương trình hỗ trợ tiền mặt
- bị 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...

- không được hỗ trợ tiền mặt
- bị phạt tiền đến \$10.000 và/hoặc bị bỏ tù trong 5 năm
- không 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 hoặc chăm sóc y tế 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 để 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 để 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 để 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 để 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/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, phá huỷ hoặc quý vị cho rằng một người nào đó có thể biết số PIN của quý vị mà quý vị không muốn sử dụng các quyền lợi của mình, hãy gọi đến số (877) 328-9677 hoặc gọi ngay cho Quận để báo cáo và thay đổi số PIN của quý vị. Chắc chắn rằng tất cả những người lớn có trách nhiệm và người đại diện được uỷ quyền của quý vị cũng biết cách báo cáo ngay lập tức một trong những vấn đề này. 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.

Trợ Cấp Chung và Cứu Trợ Chung:

- Trợ Cấp Chung và Cứu Trợ Chung là những chương trình do Quận quản lý dành cho những người trưởng thành không có con. Quận sẽ cho quý vị biết về các quyền và trách nhiệm của quý vị và các quy tắc chương trình nếu quý vị nộp đơn xin một trong những chương trình này.

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 | TỈNH BANG | MÃ ZIP |
| ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN) | CĂN HỘ SỐ # | THÀNH PHỐ | QUẬN | TỈNH 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 HÀNG LÀM/KHÁC/TIN NHÂN | 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 Khác _____ | | Quý vị có khuyết tật và cần giúp đỡ nộp đơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |

Quý vị có vô gia cư không? Có 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.

Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____

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"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| 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 | 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 |
| 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 | Thực phẩm của quý vị có hết trong chưa tới 3 ngày không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 |
| 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 | | |
| 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 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.
- Mọi câu trả lời của tôi từ trang 1 đến 17 và từ phụ lục A đến E trong SAWS 2 Plus đều đúng sự thật, chính xác, 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 THÂN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC (HOẶC THÀNH VIÊN TRƯỞNG THÀNH TRONG HỘ GIA ĐÌNH/NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN/NGƯỜI GIÁM HỘ) *Nếu quý vị có Người Đại Diện Được Ủy Quyền, vui lòng trả lời đầy đủ Câu hỏi 2 ở trang tiếp theo. | NGÀY |
| CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG, CHA/MẸ KHÁC, NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐƯỢC TRỢ GIÚP KHÁC, HOẶC BẠN ĐỜI SỐNG CHUNG 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, hãy điền đầy đủ thông tin trong Phụ lục C.C.



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 phải và đang nộp đơn đề nghị chăm sóc sức khỏe, vui lòng chuyển sang Phụ lục B 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? | NEŨ QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI MỸ GỐC TÂY BAN NHA, NGƯỜI MỸ GỐC LA TINH, QUÝ VỊ TỰ CHO MINH LÃ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <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 PHÒNG 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 [tạm phiếu thực phẩm], Hỗ Trợ Chung/Cứu Trợ Chung, v.v.)



không? Có Không

| | |
|-------------|-------------------------|
| NEŨ CÓ, AI? | Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)? |
| NEŨ CÓ, AI? | Ở Đâu (QUẬN/TIỂU BANG)? |

6. THÔNG TIN CỦA HỘ GIA ĐÌNH: NGƯỜI LỚN

Điền đầy đủ những thông tin sau cho tất cả những người trưởng thành trong nhà. Nếu nộp đơn đề nghị bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, cũng bao gồm bất kỳ người lớn nào được nêu trong tờ khai thuế của quý vị. Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt và có hơn một người trưởng thành trong hộ gia đình mà đang xin hỗ trợ tiền mặt hoặc là người cha/mẹ của một đứa trẻ đang xin trợ cấp, vui lòng xem Phụ Lục D để trả lời thêm các câu hỏi. **Đổi với những người không phải công dân Hoa Kỳ mà quý vị đang nộp đơn đề nghị, vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi 6e và 6f.**

| NỘP ĐƠN ĐỀ NGHỊ QUYỀN LỢI (đánh dấu chọn từng loại) | TÊN (Họ, Tên, Tên Đệm Viết Tắt) | Người này có liên hệ như thế nào với quý vị? | NGÀY SINH | GIỚI TÍNH (NAM HAY NỮ) | Tình trạng hôn nhân | | | | | Học sinh toàn thời gian (đánh dấu chọn nếu có) | Khuyết tật (đánh dấu chọn nếu có) | Chỉ trả lời câu hỏi dưới đây cho từng người nộp đơn đề nghị quyền lợi. CÔNG DÂN HOA KỲ hay KIỀU DÂN (đánh dấu Có hoặc Không) Nếu không, trả lời câu 6e. | Số An Sinh Xã Hội là tùy chọn đối với những thành viên không nộp đơn đề nghị quyền lợi. SỐ AN SINH XÃ HỘI |
|--|---|--|------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| | | | | | Độc thân | Kết hôn | Li thân | Li dị | Góa | | | | |
| CallFresh <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Medi-Cal Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |

* Chương trình Trợ cấp Tiền mặt cũng bao gồm các chương trình Trợ Cấp Chung và Cứu Trợ Chung

6a. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 có cùng thông tin liên lạc không? Có Không Nếu không, vui lòng điền đầy đủ thông tin liên lạc của người đó dưới đây. Nếu có, vui lòng bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|-----------|-----------|--------|
| TÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, VÀ HỌ) | ĐỊA CHỈ NHÀ (ĐƯỜNG PHỐ) | CĂN HỘ SỐ # | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ | ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN) | CĂN HỘ SỐ # | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| SỐ ĐIỆN THOẠI HẰNG LÂM/KHÁC/TIN NHÂN | ĐỊA CHỈ EMAIL (TUỶ CHỌN) | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|-----------|-----------|--------|
| TÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, VÀ HỌ) | ĐỊA CHỈ NHÀ (ĐƯỜNG PHỐ) | CĂN HỘ SỐ # | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ | ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN) | CĂN HỘ SỐ # | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| SỐ ĐIỆN THOẠI HẰNG LÂM/KHÁC/TIN NHÂN | ĐỊA CHỈ EMAIL (TUỶ CHỌN) | | | | |

6b. THÔNG TIN CỦA HỘ GIA ĐÌNH: TRẺ EM

Điền đầy đủ những thông tin sau cho tất cả những trẻ em trong nhà. Nếu nộp đơn đề nghị bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, cũng bao gồm bất kỳ trẻ em nào được nêu trong tờ khai thuế của quý vị.

Đối với những người không phải công dân Hoa Kỳ mà quý vị đang nộp đơn đề nghị, vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi 6e và 6f.

| NỘP ĐƠN ĐỀ NGHỊ QUYỀN LỢI (đánh dấu chọn từng loại) | TÊN (Họ, Tên, Tên Đệm Viết Tắt) | Người này có liên hệ như thế nào với quý vị? | NGÀY SINH | NƠI SINH | GIỚI TÍNH (NAM / NỮ) | Đánh dấu chọn tất cả nếu thích hợp với một hoặc cả hai cha mẹ của trẻ | | | | | Thêm chúng tôi đây? (đánh dấu chọn nếu có) | Học sinh toàn thời gian (đánh dấu chọn nếu có) | Thêm chúng tôi đây? (đánh dấu chọn nếu có) | Chỉ trả lời câu hỏi dưới đây cho từng người nộp đơn đề nghị quyền lợi. CÔNG DÂN HOA KỲ hay KIỀU DÂN (đánh dấu Có hoặc Không) Nếu không, trả lời câu 6e. | Số An Sinh Xã Hội là tùy chọn đối với những thành viên không nộp đơn đề nghị quyền lợi. SỐ AN SINH XÃ HỘI |
|---|---|--|------------------|-----------------|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|---|
| | | | | | | Không | Đã mắt | Không | Không ở nhà | Thất nghiệp | | | | | |
| Medi-Cal Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| CalFresh <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| Hỗ Trợ Tiền Mắt <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| Không <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |

6c. THÔNG TIN AN SINH XÃ HỘI

Có người nào nộp đơn đề nghị hỗ trợ có Số An Sinh Xã Hội không? Có Không Nếu **không**, vui lòng điền đầy đủ thông tin dưới đây.

Chúng tôi cần Số An Sinh Xã Hội của những người nộp đơn đề nghị hỗ trợ. Có những trường hợp ngoại lệ đối với những người là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc các tội phạm khác như buôn người. Nếu quý vị cần trợ giúp để có Số An Sinh Xã Hội, hãy gọi đến 1-800-772-1213 hoặc truy cập vào trang www.socialsecurity.gov.

| TÊN | LÝ DO KHÔNG CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI | NỘP ĐƠN XIN SỐ SSN |
|-----|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Người này là trẻ dưới một tuổi. <input type="checkbox"/> Điều này trái với tôn giáo của người này. <input type="checkbox"/> Người này không đủ điều kiện được cấp SSN. <input type="checkbox"/> Khác _____ | Người này có nộp đơn xin Số An Sinh Xã Hội không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | <input type="checkbox"/> Người này là trẻ dưới một tuổi. <input type="checkbox"/> Điều này trái với tôn giáo của người này. <input type="checkbox"/> Người này không đủ điều kiện được cấp SSN. <input type="checkbox"/> Khác _____ | Người này có nộp đơn xin Số An Sinh Xã Hội không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |



6d. Có người nào phục vụ trong Quân Đội Hoa Kỳ hoặc họ là vợ/chồng, cha/mẹ hoặc con của người phục vụ trong Quân Đội không? Có Không
 Nếu có, vui lòng điền đầy đủ thông tin dưới đây. Nếu không, vui lòng tiếp tục câu hỏi tiếp theo.

| Tên | Công dân Hoa Kỳ? | (✓) Tình trạng | Giải ngũ trong danh dự? | Ngày phục vụ |
|-----|--|--|--|--------------|
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Tại ngũ <input type="checkbox"/> Cựu chiến binh <input type="checkbox"/> Vợ/chồng, cha/mẹ hoặc con của người đang tại ngũ hoặc cựu chiến binh | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Tại ngũ <input type="checkbox"/> Cựu chiến binh <input type="checkbox"/> Vợ/chồng, cha/mẹ hoặc con của người đang tại ngũ hoặc cựu chiến binh | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |



6e. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI KHÔNG PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ - Vui lòng điền đầy đủ đối với người không phải là công dân Hoa Kỳ mà quý vị đang nộp đơn.

| Tên | Ngày vào Hoa Kỳ (nếu biết) | Người này có tình trạng nhập cư hợp pháp không? Nếu có, vui lòng cung cấp hồ sơ hoặc số nhập cư của họ. | Người này đã sống liên tục ở Hoa Kỳ kể từ năm 1996 không? | Người này có phải là Công Dân Nhập Tịch không? | Được bảo lãnh? (đánh dấu chọn Có hoặc Không) Nếu có, trả lời câu hỏi 6f |
|-----|----------------------------|---|--|--|---|
| | | LOẠI HỒ SƠ: SỐ HỒ SƠ: | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | LOẠI HỒ SƠ: LOẠI HỒ SƠ: | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | SỐ HỒ SƠ: SỐ HỒ SƠ: | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

Có bất kỳ người nào có tên ở trên có quá trình làm việc ít nhất 10 năm (40 quý) không? Có Không

Nếu có, ai? _____

Có bất kỳ người nào có tên ở trên có hoặc đã nộp đơn xin, hoặc dự kiến nộp đơn xin T-Visa hoặc U-Visa, VAWA không? Có Không

Nếu có, ai? _____

Có bất kỳ người nào thay đổi tình trạng nhập cư trong 12 tháng qua không? Có Không

Nếu có, vui lòng điền đầy đủ thông tin dưới đây.

Nếu Không, vui lòng tiếp tục câu hỏi tiếp theo.

| | | | |
|-----|--------------|---------------|----------------------------|
| TÊN | THAY ĐỔI GÌ? | NGÀY THAY ĐỔI | NGOẠI KIỀU SỐ (NẾU CÓ THỂ) |
| TÊN | THAY ĐỔI GÌ? | NGÀY THAY ĐỔI | NGOẠI KIỀU SỐ (NẾU CÓ THỂ) |

6f. Thông Tin về Người Không Phải Là Công Dân Hoa Kỳ Được Bảo Lãnh - Vui lòng trả lời cho người không phải là công dân Hoa Kỳ được bảo lãnh mà quý vị đang nộp đơn.

Người bảo lãnh có ký tên mẫu I-864 không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời phần câu hỏi còn lại.
Nếu người bảo lãnh đã ký tên mẫu I-134, **bỏ qua** câu hỏi này.

Người bảo lãnh có thường xuyên hỗ trợ tiền không? Có Không Nếu có, bao nhiêu? \$ _____

Người bảo lãnh có thường trợ giúp bất kỳ điều nào sau đây không (đánh dấu chọn nếu thích hợp)?

tiền thuê nhà áo quần thực phẩm Khác

| | | |
|------------------------|-------------------|----------------------------------|
| TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH | AI ĐƯỢC BẢO LÃNH? | SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH |
| TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH | AI ĐƯỢC BẢO LÃNH? | SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH |

6g. Có người nào được nêu trong câu hỏi 6 dưới 21 tuổi có cha/mẹ không sống trong nhà không?

Có Không Nếu **có**, vui lòng liệt kê tên của (những) đứa trẻ và tên của cha mẹ không sống trong nhà.
Nếu **không**, vui lòng tiếp tục câu hỏi tiếp theo.

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| TÊN CỦA TRẺ | TÊN CỦA CHA/MẸ KHÔNG SỐNG TRONG NHÀ |
| TÊN CỦA TRẺ | TÊN CỦA CHA/MẸ KHÔNG SỐNG TRONG NHÀ |

6h. Có người nào trong câu hỏi 6 sống với ít nhất một trẻ dưới 19 tuổi và họ là người chăm sóc trẻ không?

Có Không Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo. Nếu **có**, ai? _____

6i. Có người nào trong câu hỏi 6 mắc khuyết tật thể chất, tâm thần, tình cảm hoặc phát triển, làm trở ngại trong các hoạt động (như tắm, mặc áo quần, công việc hàng ngày) không? Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê tên của những người mắc khuyết tật. Nếu **không**, vui lòng tiếp tục câu hỏi tiếp theo.

Tên: _____ Tên: _____

6j. Điền đầy đủ cho từng người mắc khuyết tật được trình bày trong câu hỏi 6.

| | |
|--|--|
| Tên của cá nhân | Người này có cần giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày từ sự giúp đỡ cá nhân hoặc cơ sở y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , giải thích: |
| Tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài: <input type="checkbox"/> Trên 30 ngày <input type="checkbox"/> Trên 12 tháng | Người này có làm việc hoặc có chi phí y tế cần thiết để giúp họ tiếp tục làm việc không? Ví dụ như xe lăn, nẹp chân, v.v. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , vui lòng giải thích. |
| Người này có cần chăm sóc để người khác có thể làm việc hoặc đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Người này có ở cơ sở y tế hoặc cơ sở điều dưỡng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , tên của cơ sở y tế hoặc cơ sở điều dưỡng là gì? |
| Tên của cá nhân | Người này có cần giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày từ sự giúp đỡ cá nhân hoặc cơ sở y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , giải thích: |
| Tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài: <input type="checkbox"/> Trên 30 ngày <input type="checkbox"/> Trên 12 tháng | Người này có làm việc hoặc có chi phí y tế cần thiết để giúp họ tiếp tục làm việc không? Ví dụ như xe lăn, nẹp chân, v.v. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , vui lòng giải thích. |
| Người này có cần chăm sóc để người khác có thể làm việc hoặc đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Người này có ở cơ sở y tế hoặc cơ sở điều dưỡng không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , tên của cơ sở y tế hoặc cơ sở điều dưỡng là gì? |

6k. Có trẻ hay người khuyết tật nào trong hộ gia đình cần được chăm sóc từ một thành viên khác trong hộ gia đình không?

Có Không Nếu **có**, vui lòng giải thích. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

**6l. Học sinh****Có người nào đang nộp đơn đề nghị quyền lợi đang học cao đẳng hoặc trường dạy nghề không?** Có Không

Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Tên của cá nhân | Tên Trường/Cơ sở đào tạo | Tình trạng ghi danh (✓ đánh dấu chọn một) | Đang làm việc? |
|-----------------|--------------------------|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Bán thời gian hoặc hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn bán thời gian Số Đơn Vị: _____ | Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Bán thời gian hoặc hơn <input type="checkbox"/> Ít hơn bán thời gian Số Đơn Vị: _____ | Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần: _____ |

**6m. Có người nào đã từng được nhận tiền thưởng bằng tiền mặt hoặc tiền phạt, hoặc được trợ giúp với dịch vụ chăm sóc trẻ, chuyên chở hoặc dịch vụ khác từ Chương Trình Cal-Learn không?** Có Không

Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Tên | Người này có dưới 20 tuổi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Tình trạng học vấn nếu dưới 20 tuổi <input type="checkbox"/> Có bằng Bổ túc văn hoá (GED) trung học <input type="checkbox"/> Có bằng GED <input type="checkbox"/> Đi học đều đặn <input type="checkbox"/> Không đi học đều đặn (giải thích tại sao): | Ngày sinh nở (nếu biết) | Lần mang thai này dự kiến có bao nhiêu con? |
|-----|--|--|-------------------------|---|
| | Người này có phải là cha/mẹ ở tuổi thanh thiếu niên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |
| | Người này có phải là cha/mẹ ở tuổi thanh thiếu niên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |

**6n. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 đã từng tham gia chương trình bảo trợ tạm thời không?** Có Không


Nếu có, vui lòng giải thích.

| Tên | Ở đâu (Quận) | Ngày Nhận |
|-----|--------------|-----------|
| | | |
| | | |


**6o. Trong gia đình quý vị hiện nay có trẻ được nuôi tạm mà đang nhận các dịch vụ chăm sóc nuôi tạm không?** Có Không Nếu có, ai? _____

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây về (các) con nuôi:

| | | | |
|------|----------|------------|---|
| Tên: | Khi nào: | Tiểu bang: | Người này có dưới 26 tuổi và tham gia chương trình bảo trợ tạm thời vào lần sinh nhật thứ 18 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| Tên: | Khi nào: | Tiểu bang: | Người này có dưới 26 tuổi và tham gia chương trình bảo trợ tạm thời vào lần sinh nhật thứ 18 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

 **6p. Trong gia đình của quý vị có con nuôi không?** Có Không

Nếu **có**, ai? _____

 Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây về (các) con nuôi:



(Những) đứa trẻ này được bố trí vào nhà của quý vị theo lệnh phụ thuộc của toà án phải không? Có Không

Quý vị có muốn (những) đứa trẻ nhận nuôi được tính trong hồ sơ CalFresh của quý vị không? Có Không

Nếu **có**, thu nhập chăm sóc nhận nuôi mà quý vị nhận được sẽ được tính là thu nhập không do việc làm.

Nếu **không**, thu nhập chăm sóc nhận nuôi sẽ không được tính là thu nhập không do việc làm.

 **6q. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 sống tại California và dự kiến sẽ tiếp tục sống ở đây không?** Có Không

Nếu **không**, vui lòng giải thích.



 **6r. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 dự kiến rời khỏi California trong hơn 30 ngày không?** Có Không

Nếu **có**, vui lòng giải thích.

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| TÊN | HỌ DỰ KIẾN RỜI KHỎI KHI NÀO? | NGƯỜI NÀY CÓ DỰ KIẾN TRỞ LẠI CALIFORNIA KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> Không NẾU CÓ, KHI NÀO: |
| TÊN | HỌ DỰ KIẾN RỜI KHỎI KHI NÀO? | NGƯỜI NÀY CÓ DỰ KIẾN TRỞ LẠI CALIFORNIA KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> Không NẾU CÓ, KHI NÀO: |

 **7. Thu Nhập Không Do Việc Làm**

Có người nào có thu nhập không từ công việc (không do việc làm) không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.



Đánh dấu chọn tất cả các loại thu nhập không do việc làm áp dụng từ những ví dụ này (có thể có những loại khác không được liệt kê ở đây):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Khuyết Tật An Sinh Xã Hội | <input type="checkbox"/> Doanh thu từ tiền giấy, hợp đồng, văn kiện uỷ thác, giấy nợ | <input type="checkbox"/> Thắng xổ số/đánh bạc |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Phúc lợi/thu nhập giáo dục cựu chiến binh | <input type="checkbox"/> Trợ giúp tiền thuê nhà/thực phẩm/áo quần |
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ tiền mặt | <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật hoặc hưu trí từ chính phủ/đường sắt | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm hoặc các khoản thanh toán hợp pháp |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/Chương trình hỗ trợ tiền mặt dành cho người nhập cư (CAPI)/Hỗ trợ tiền mặt dành cho người tị nạn (RCA) | <input type="checkbox"/> Phúc lợi cựu chiến binh hoặc Hưu trí của quân nhân | <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật cá nhân hoặc nghỉ hưu |
| <input type="checkbox"/> Tiền phòng và tiền cơm tháng (từ người thuê) | <input type="checkbox"/> Trợ giúp tài chính (trợ cấp học đường/vay vốn/ học bổng) | <input type="checkbox"/> Cổ tức và thu nhập từ tiền lãi |
| <input type="checkbox"/> Tiền hưu trí | <input type="checkbox"/> Quà tặng bằng tiền hoặc các khoản vay khác | <input type="checkbox"/> Trợ cấp đình công |
| <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp nuôi con/Trợ cấp cho người phối ngẫu | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Thất Nghiệp/Bảo Hiểm Khuyết Tật của Tiểu Bang (SDI) | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền thuê/Tiền bản quyền | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Thường của Công Nhân | |
| <input type="checkbox"/> Phúc lợi hưu trí An Sinh Xã Hội hoặc phúc lợi dành cho người thân còn sống | <input type="checkbox"/> Thu nhập thực từ nông trại/Đánh bắt cá | |
| <input type="checkbox"/> Các khoản tiền theo đầu người | | |
| <input type="checkbox"/> Chương trình vừa học vừa làm/chuyển từ trợ cấp sang việc làm hoặc chương trình khác | | |

| Người nhận tiền? | Từ đâu? | Bao nhiêu? | Cách bao lâu? (một lần, hàng tuần, hàng tháng, hoặc khác) | Dự kiến tiếp tục? (Đánh dấu chọn Có hoặc Không) |
|------------------|---------|------------|--|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

Nếu khoản thu nhập này không dự kiến sẽ tiếp tục, vui lòng giải thích:



8. Thu nhập từ việc làm

Có người nào có thu nhập từ công việc (thu nhập từ việc làm) không? Có Không Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

LƯU Ý: Nếu tự kinh doanh, trả lời đầy đủ câu hỏi 8a dưới đây.

Vui lòng liệt kê mọi khoản thu nhập trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác được trích ra (thu nhập tổng cộng).

Ví dụ như thu nhập từ công việc là (những ví dụ này có thể là công việc toàn thời gian, tạm thời theo thời vụ, hoặc đào tạo, và có thể có những loại công việc khác không được liệt kê ở đây):

- Tiền công
- Tiền hoa hồng
- Tiền quà
- Tiền lương
- Vừa học vừa làm (học sinh)
- Bao gồm bất kỳ công việc nào được trả lương mà Quận giúp quý vị có được.

| Người đang làm việc | Tên và địa chỉ của người sử dụng lao động | Số điện thoại của người sử dụng lao động | Tiền công theo giờ | Số giờ trung bình mỗi tuần | Cách bao lâu? (Mỗi tuần một lần, hàng tháng, khác) | Tổng Thu Nhập Từ Việc Làm Nhận Được Trong Tháng Này? | Dự kiến tiếp tục? (✓ Đánh dấu chọn Có hoặc Không) |
|---------------------|---|--|--------------------|----------------------------|--|--|---|
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

Nếu khoản thu nhập này không dự kiến sẽ tiếp tục, vui lòng giải thích:



Có người nào mất việc làm, thay đổi việc làm, bỏ việc, hoặc giảm giờ làm việc trong vòng 60 ngày qua không? Có Không

Trong năm qua? Có Không

Quận có giúp người này có công việc này không? Có Không

| NEU CO, AI? | | NGÀY BỊ MẤT VIỆC, BỎ VIỆC, HOẶC THAY ĐỔI VIỆC LÀM | NGÀY TRẢ LƯƠNG CUỐI CÙNG | LÝ DO? |
|--|-------------|---|--------------------------|--------|
| CÓ NGƯỜI NÀO ĐANG ĐÌNH CÔNG KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | NEU CO, AI? | NGÀY THAM GIA ĐÌNH CÔNG | NGÀY TRẢ LƯƠNG CUỐI CÙNG | LÝ DO? |



8a. Tự Kinh Doanh

Các thành viên trong hộ gia đình tự kinh doanh có thể trích các chi phí tự kinh doanh thực tế (hoặc đối với chương trình Cal-Fresh hoặc hỗ trợ tiền mặt, trích khấu trừ 40% tiêu chuẩn từ thu nhập tự kinh doanh). Đối với chương trình hỗ trợ tiền mặt, quý vị cũng có thể chọn sử dụng mức trung bình hàng tháng (chi phí kinh doanh hàng năm chia cho 12 tháng). Nếu quý vị chọn các chi phí thực tế, quý vị phải liệt kê các chi phí kinh doanh của mình trong một tờ giấy riêng biệt.

| Người tự kinh doanh | Tên doanh nghiệp | Loại doanh nghiệp | Ngày bắt đầu kinh doanh | Tổng thu nhập hàng tháng | Chi phí tự kinh doanh (vui lòng ✓ chọn một) | *Thu nhập thực hàng tháng |
|---------------------|------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|---|---------------------------|
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất (CalFresh/hỗ trợ tiền mặt) <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____ <input type="checkbox"/> Mức trung bình hàng tháng \$ _____ | \$ |
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất (CalFresh/hỗ trợ tiền mặt) <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____ <input type="checkbox"/> Mức trung bình hàng tháng \$ _____ | \$ |
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% mức đồng nhất (CalFresh/hỗ trợ tiền mặt) <input type="checkbox"/> Chi phí thực tế \$ _____ <input type="checkbox"/> Mức trung bình hàng tháng \$ _____ | \$ |

* Thu nhập thực hàng tháng là tổng thu nhập hàng tháng trừ cho chi phí.

**9. Thu Nhập Khác**

Có người nào được miễn phí nhà ở hoặc tiền thuê nhà, các tiện ích, thực phẩm hoặc áo quần hoặc làm việc để có không?

Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.



| Hạng mục nhận được | Miễn phí | Làm việc để có | Ai nhận được hạng mục này? | Giá trị | Ai trao hạng mục này? |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------|-----------------------|
| Nhà ở hoặc Tiền thuê nhà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | \$ | |
| Tiện ích | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | \$ | |
| Thực phẩm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | \$ | |
| Áo quần | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | \$ | |

**10. Thu Nhập Hàng Năm**

Tổng thu nhập của một người (không từ công việc, từ công việc, và tự kinh doanh) có thay đổi theo tháng không? Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Tên của cá nhân | Tổng thu nhập của họ trong năm nay là bao nhiêu? | Tổng thu nhập của họ trong năm tới sẽ là bao nhiêu (nếu quý vị cho rằng sẽ khác)? |
|-----------------|--|---|
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |

**11. Chi phí chăm sóc trẻ/người lớn của hộ gia đình (Khoản chi phí thực tế phải chịu nếu dành ra các khoản chi phí có khả năng là khoản khấu trừ)**

Có người nào thanh toán chi phí chăm sóc trẻ, người lớn khuyết tật, hoặc người phụ thuộc khác để quý vị hoặc người khác có thể đi làm, đi học, hoặc tìm việc làm không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.



| Ai được chăm sóc? | Ai chăm sóc? (tên và địa chỉ của người chăm sóc) | Số tiền phải trả? | Cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác) |
|-------------------|---|-------------------|---|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Có người nào giúp hộ gia đình của quý vị thanh toán tất cả hoặc một phần chi phí chăm sóc trẻ/người lớn được nêu trên không?

Có Không Nếu **có**, trả lời đầy đủ dưới đây.

| Ai được chăm sóc? | Ai giúp thanh toán? | Số tiền phải trả? | Cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác) |
|-------------------|---------------------|-------------------|---|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

**12. Các Khoản Thanh Toán Trợ Cấp Nuôi Con**

Có người nào có tên trong câu hỏi 6 phải trả tiền trợ cấp nuôi con theo quy định pháp luật, bao gồm trợ cấp nuôi con trả sau không? Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Ai trả tiền trợ cấp nuôi con? | Tên của trẻ được trợ cấp nuôi con: | Số tiền phải trả? | Cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng, khác) |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|---|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

**13. Trợ Cấp Cho Người Phối Ngẫu/Cấp Dưỡng Cho Vợ**

Có người nào có tên trong câu hỏi 6 phải trả tiền trợ cấp cho người phối ngẫu/cấp dưỡng cho vợ không? Có Không



Nếu **có**, vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Ai trả tiền trợ cấp cho người phối ngẫu/cấp dưỡng cho vợ? | Số tiền phải trả? | Cách bao lâu? (hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, khác) |
|---|-------------------|--|
| | \$ | |
| | \$ | |

**14. Chi Phí Nhu Cầu Đặc Biệt**

Có người nào có tình trạng bệnh lý đặc biệt cần phải có bất kỳ điều nào sau đây không?

Chế độ ăn uống đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ? Có Không Nhu cầu đặc biệt khác? (nếu rõ) Có Không

Điện thoại đặc biệt hoặc thiết bị khác? Có Không _____

Công việc nhà (không ai ở nhà có thể làm điều này)? Có Không Vui lòng liệt kê tên của người có nhu cầu đặc biệt và giải thích:

Sử dụng rất nhiều các tiện ích? Có Không _____

Dịch vụ giặt giũ đặc biệt? Có Không

**15. Chi Phí Hộ Gia Đình**

Có người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn nhận được hoá đơn cho bất kỳ chi phí hộ gia đình nào không? Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

LƯU Ý: Không điền các khoản tiền đã trả bởi chương trình hỗ trợ nhà ở như HUD hoặc Phần 8. Các khoản chi phí sưởi và làm mát, điện thoại, các tiện ích khác và nơi trú ngụ dành cho người vô gia cư được ấn định là các khoản trợ cấp. Không cần thiết phải điền số tiền thực tế phải trả.

| Loại Chi Phí | Có chi phí không? | Ai thanh toán? | Số tiền phải trả | Xuất hoá đơn cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng) |
|--|--|---------------------|------------------|--|
| Thanh toán tiền thuê hoặc tiền nhà | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | \$ | |
| Thuế tài sản và bảo hiểm (nếu được xuất hoá đơn riêng biệt với tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | \$ | |
| Gas, điện, hoặc nhiên liệu khác được sử dụng để sưởi ấm hoặc làm mát như củi hoặc propane (nếu tách biệt với tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |
| Điện thoại/điện thoại di động | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |
| Chi Phí Nơi Trú Ngụ Dành Cho Người Vô Gia Cư | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |
| Nước, chất thải, rác | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | | |
| Có người nào không có trong hộ gia đình của quý vị giúp quý vị thanh toán các chi phí được liệt kê ở trên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, vui lòng điền đầy đủ. | | Ai giúp thanh toán? | Bao nhiêu? \$ | Được thanh toán cách bao lâu? |

Hộ gia đình của quý vị có nhận được, hoặc dự kiến nhận được bất kỳ khoản tiền nào từ Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (LIHEAP) không? Có Không

**16. Chi Phí Y Tế:**

Quý vị hay bất kỳ người nào mà quý vị cùng mua và chuẩn bị thức ăn có phải là người lớn tuổi (trên 60 tuổi) hoặc là người khuyết tật có bất kỳ khoản chi phí y tế xuất túi không? Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này.

Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

LƯU Ý: Không liệt kê vợ/chồng hoặc trẻ em được nhận khoản tiền phụ thuộc đối với người nhận SSI hoặc người nhận khuyết tật và bị mù.

Liệt kê các chi phí mà quý vị dự kiến sẽ có trong tương lai gần.

Chi phí y tế được trả là:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc y tế hoặc nha khoa | <input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm Medicare (chia sẻ chi phí Medi-Cal, v.v.) | <input type="checkbox"/> Chi phí chuyên chở (số dặm hoặc chi phí) và ăn ở để được điều trị y tế hoặc nhận dịch vụ y tế |
| <input type="checkbox"/> Nhập viện/điều trị ngoại trú/chăm sóc điều dưỡng | <input type="checkbox"/> Răng giả, thiết bị trợ thính và bộ phận giả | <input type="checkbox"/> Mất kính và kính áp tròng được kê toa |
| <input type="checkbox"/> Thuốc kê toa | <input type="checkbox"/> Giữ người phục vụ cần thiết do tuổi tác, bệnh tật hoặc tình trạng ốm yếu | <input type="checkbox"/> Nguồn tiếp liệu và thiết bị y tế được kê toa |
| <input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm đơn bảo hiểm sức khỏe và nhập viện | <input type="checkbox"/> Số lượng và chi phí các bữa ăn dành cho người phục vụ | <input type="checkbox"/> Chi phí dịch vụ động vật (thức ăn, thuốc thú y, v.v.) |
| | <input type="checkbox"/> Thuốc mua tự do không cần toa được kê | |

| Tên của người lớn tuổi/ Người khuyết tật | Khoản chi phí | Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần, hàng tháng, khác) | Loại chi phí? (toa thuốc, răng giả, số bữa ăn cho người phục vụ, v.v.) | Hộ gia đình có được hoàn trả các khoản chi phí y tế không? (bởi Medi-Cal, bảo hiểm, thành viên gia đình, v.v.) |
|---|---------------|--|---|---|
| | \$ | | | NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$ |
| | \$ | | | NẾU CÓ, BỞI AI: BAO NHIÊU: \$ |

**17. Chi Phí Được Khấu Trừ Thuế Khác**

Nếu có bất kỳ người nào thanh toán cho bất kỳ điều gì có thể được khấu trừ trong tờ khai thuế thu nhập liên bang, thì việc quý vị trình bày ở đây có thể sẽ làm giảm một chút chi phí bảo hiểm y tế. Không bao gồm bất kỳ điều gì mà quý vị đã trình bày trong phần chi phí tự kinh doanh. Nếu quý vị có các khoản chi phí có thể khấu trừ khác, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Loại Chi Phí | Có chi phí không? | Ai thanh toán? | Được thanh toán cách bao lâu? (hàng tuần/hàng tháng) |
|--|--|----------------|---|
| Tiền cấp dưỡng cho vợ | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| Lãi cho vay học sinh | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| Các khoản khấu trừ khác (vui lòng nêu rõ) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |

**18. Có bất kỳ người nào trong câu hỏi 6 được nhận thực phẩm từ bất kỳ nơi nào sau đây không?** Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

- Nhà ăn cộng đồng phục vụ người lớn tuổi/khuyết tật
- Chương trình phân phối thực phẩm do khu dành riêng cho người bản địa Mỹ hoạt động
- Chương trình thực phẩm khác

| | |
|-------------|-------------------|
| NẾU CÓ, AI? | CHƯƠNG TRÌNH NÀO? |
| NẾU CÓ, AI? | CHƯƠNG TRÌNH NÀO? |

**19. Có bất kỳ người nào trong câu hỏi 6 sống tại bất kỳ nơi nào sau đây không?** Có Không

Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

- Nhà trú ngụ dành cho người vô gia cư
- Nhà trú ngụ cho phụ nữ bị ngược đãi
- Khu vực dành riêng cho người bản địa Mỹ
- Trung tâm cai thuốc/rượu
- Cơ sở cải huấn/Cơ sở giam giữ (Nhà tù hoặc nhà giam)
- Chỗ ở theo nhóm dành cho người mù/khuyết tật
- Nhà ở do liên bang trợ cấp
- Bệnh viện tâm thần/viện thần kinh
- Bệnh viện
- Cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc Cơ sở cung cấp các dịch vụ ăn ở và chăm sóc

| Tên của cá nhân | Tên của viện (Trung tâm, nơi trú ngụ, cơ sở, v.v.) | Ngày dự kiến được về (nếu có thể) |
|-----------------|--|-----------------------------------|
| | | |
| | | |

20. Có bất kỳ người nào đang được nhận Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia (IHSS) không? Có Không
 Nếu có, điền đầy đủ thông tin dưới đây.

| | |
|------------------|--|
| AI NHẬN DỊCH VỤ? | QUÝ VỊ THANH TOÁN CHI PHÍ DỊCH VỤ MỖI THÁNG BAO NHIÊU? |
| | \$ |

21. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 mua và chuẩn bị thức ăn với quý vị không? Có Không
 Nếu không, liệt kê những người không mua và chuẩn bị thức ăn với quý vị.

| | |
|-----|-----|
| TÊN | TÊN |
| TÊN | TÊN |

21a. Có người nào đang sống với quý vị trên 60 tuổi và không thể mua thực phẩm và dọn bữa ăn riêng biệt do tình trạng khuyết tật không? Có Không Nếu có, ai: _____

22. Trả lời những câu hỏi này đối với bất kỳ người nào cần bảo hiểm y tế. Có người nào hiện đăng ký bảo hiểm y tế từ những chương trình sau đây không? Có Không
 Nếu có, đánh dấu chọn loại bảo hiểm và viết tên của (những) người này kế bên bảo hiểm của họ.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Người Sử Dụng Lao Động |
| <input type="checkbox"/> CHIP | Tên của bảo hiểm y tế |
| <input type="checkbox"/> Medicare | Số hợp đồng bảo hiểm: |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (Không đánh dấu chọn nếu quý vị được chăm sóc trực tiếp hoặc đang thi thành nhiệm vụ) | Đây có phải là bảo hiểm COBRA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Đây có phải là chương trình sức khỏe cho người về hưu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Các chương trình chăm sóc sức khỏe VA | Đây có phải là chương trình phúc lợi dành cho nhân viên của tiểu bang không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Tổ Chức Hoà Bình | <input type="checkbox"/> Khác |
| | Tên của bảo hiểm y tế |
| | Số hợp đồng bảo hiểm: |
| | Chương trình này có phải là chương trình phúc lợi giới hạn như chính sách tai nạn ở trường học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

22a. Có người nào được liệt kê trong đơn đề nghị này được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ công việc không? Có Không Nếu có, quý vị sẽ phải hoàn tất và kèm theo Phụ lục A.

22b. Bảo hiểm y tế của bất kỳ người nào dự kiến kết thúc hay đã kết thúc trong 90 ngày qua không? Có Không
 Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

| Công ty bảo hiểm | Người được bảo hiểm | Ngày hết hạn | Lý do kết thúc hoặc sẽ kết thúc |
|------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |

22c. Có người nào muốn giúp thanh toán hoá đơn y tế từ ba tháng qua không? Có Không
 Nếu có, ai: _____

23. Có người nào có tên trong câu hỏi 6 dự kiến nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang trong năm tới không? Có Không
 Nếu có, trả lời đầy đủ các câu hỏi dưới đây cho từng người nộp tờ khai thuế.
 Nếu không, bỏ qua đến câu 23e.

23a. Vui lòng điền đầy đủ phần này cho từng người dự kiến nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang vào năm tới nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi 23. Quý vị vẫn có thể nộp đơn đề nghị bảo hiểm y tế cho dù quý vị không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.

23b. Tên của người dự kiến nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang: _____

23c. Người này sẽ cùng nộp tờ khai với vợ/chồng không? Có Không
 Nếu có, tên của vợ/chồng: _____

23d. Người này có kê khai bất kỳ người phụ thuộc nào trong tờ khai thuế của họ không? Có Không
 Nếu có, vui lòng liệt kê tên của những người phụ thuộc mà quý vị sẽ khai: _____

23e. (Những) Người phụ thuộc được liệt kê trong 23d có liên hệ như thế nào với người nộp đơn khai thuế mà sẽ kê khai họ?: _____

23f. Để dễ dàng quyết định điều kiện hội đủ của tôi để thanh toán bảo hiểm y tế trong các năm tới. Tôi đồng ý cho phép quý vị sử dụng các dữ liệu về thu nhập, bao gồm những thông tin từ tờ khai thuế. Quý vị sẽ gửi cho tôi thông báo, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào, và tôi có thể rút lui vào bất kỳ lúc nào.
 Có, tự động gia hạn điều kiện hội đủ của tôi trong (đánh dấu chọn một): 5 năm tới 4 năm tới 3 năm tới 2 năm tới 1 năm tới
 Không, không sử dụng những thông tin từ các tờ khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.

**24. Nguồn Thu Nhập của Hộ Gia Đình**

Có người nào có bất kỳ nguồn thu nhập nào (tiền mặt, tiền trong ngân hàng, Chứng Chỉ Tiền Gửi, cổ phần và tín phiếu, v.v.) không? Có Không Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.

Tùy chọn đối với chăm sóc sức khỏe; chỉ trả lời nếu có người nộp đơn đề nghị trên 65 tuổi hoặc khuyết tật. Nếu nộp đơn đề nghị hỗ trợ tiền mặt và CalFresh, quý vị phải trả lời câu hỏi này.

Đánh dấu chọn từ nguồn thu nhập được liệt kê dưới đây mà quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị có:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tài khoản ngân hàng/Hội Tín Dụng (Chi phiếu) | <input type="checkbox"/> (Các) tài khoản thị trường tiền tệ | <input type="checkbox"/> Cổ phiếu |
| <input type="checkbox"/> Tài khoản ngân hàng/Hội Tín Dụng (Tiết kiệm) | <input type="checkbox"/> Công ty đầu tư tín thác/Quỹ tín thác | <input type="checkbox"/> Tín phiếu |
| <input type="checkbox"/> Hộp kết sắt | <input type="checkbox"/> Chứng chỉ tiền gửi (CD)/Tài khoản hưu trí cá nhân (IRA) | <input type="checkbox"/> Ngân phiếu chưa chuyển thành tiền mặt |
| <input type="checkbox"/> Tín phiếu tiết kiệm | <input type="checkbox"/> Tiền mặt có sẵn | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm mai táng |
| <input type="checkbox"/> Quyền khai thác dầu, mỏ hoặc khoáng sản | <input type="checkbox"/> Phiếu nợ, Thẻ chấp, Chứng thư ủy thác | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Nếu đồng tài khoản với người khác, vui lòng trình bày như vậy dưới đây.

Đối với từng ô được đánh dấu chọn nói trên, hoàn tất thông tin sau đây.

| Nguồn thu nhập được liệt kê dưới tên của ai? | Loại nguồn thu nhập | Trị giá bao nhiêu? | Nguồn thu nhập này ở đâu? (bao gồm tên ngân hàng hoặc công ty giữ tiền) |
|--|---------------------|--------------------|--|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Quý vị hay bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị có bán, giao dịch, trao tặng, hoặc chuyển nguồn thu nhập trong ba mươi (30) tháng qua không? Có Không

| KHI NÀO? | NGUỒN THU NHẬP NÀO? | TRỊ GIÁ BAO NHIÊU? | QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC BAO NHIÊU TỪ ĐÓ? |
|----------|---------------------|--------------------|-----------------------------------|
| | | \$ | \$ |

Nếu quý vị buôn bán hoặc trao tặng nguồn thu nhập, vui lòng giải thích: _____



Tùy chọn đối với chăm sóc sức khỏe; chỉ trả lời nếu có người nộp đơn đề nghị trên 65 tuổi hoặc khuyết tật.

25. Tài sản cá nhân


Có người nào có tài sản cá nhân hoặc liên quan đến công việc kinh doanh không? Có Không


Nếu **có**, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu **không**, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.


- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Công cụ | <input type="checkbox"/> Thiết bị thể thao, Súng |
| <input type="checkbox"/> Dự trữ thương mại | <input type="checkbox"/> Thuyền không động cơ và/hoặc xe moóc |
| <input type="checkbox"/> Vật nuôi | <input type="checkbox"/> Nhà lưu động |
| <input type="checkbox"/> Thiết bị kinh doanh | <input type="checkbox"/> Dụng cụ cá nhân |
| | <input type="checkbox"/> Nữ trang, tác phẩm nghệ thuật, đồ cổ, bộ sưu tập, nhạc cụ (đàn dương cầm, đàn organ, v.v.) |


Vui lòng liệt kê hạng mục cho dù được đồng sở hữu với một người khác. Không bao gồm nhẫn cưới hoặc nhẫn đính hôn, đồ gia truyền, v.v. Liệt kê bất kỳ nữ trang nào khác trị giá trên \$100 và vật gia dụng hoặc hạng mục cá nhân trị giá trên \$500 mỗi vật dụng.

| Hạng mục | Được liệt kê để bán? | Giá mua hoặc Giá trị hiện tại | Số tiền phải trả |
|----------|--|-------------------------------|------------------|
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |
| | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ | \$ |


 Tùy chọn đối với chăm sóc sức khỏe; chỉ trả lời nếu có người nộp đơn đề nghị trên 65 tuổi hoặc khuyết tật. Nếu nộp đơn đề nghị hỗ trợ tiền mặt và CalFresh, quý vị phải trả lời câu hỏi này.

 **26. Phương tiện**
Có người nào sở hữu, sử dụng, hoặc đứng tên đăng ký bất kỳ xe cơ giới nào như: xe ô tô, xe mô tô, xe chạy trên tuyết bằng máy, nhà di động (RV), hoặc thuyền máy, v.v. thậm chí không còn hoạt động không? Có Không


 **27. Có người nào trong câu hỏi 6 sở hữu hoặc đang mua nhà, đất, hoặc tài sản ở bất kỳ nơi nào kể cả ở tiểu bang hoặc quốc gia khác không?** Có Không Nếu có, vui lòng giải thích.

 Tùy chọn đối với chăm sóc sức khỏe; chỉ trả lời nếu có người nộp đơn đề nghị có độ tuổi từ 65 trở lên hoặc khuyết tật.


| Ai sở hữu hoặc đang mua nhà/tài sản? | Địa chỉ nhà/tài sản | Có người nào đang thuê nhà từ chủ sở hữu này không? | Tiền thuê nhà là bao nhiêu? | Hiện không đang sống nhưng chủ sở hữu dự kiến sẽ chuyển về lại nhà này vào một ngày nào đó? |
|--------------------------------------|---------------------|--|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ <input type="checkbox"/> Không cho thuê | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | \$ <input type="checkbox"/> Không cho thuê | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

 **28. Chương Trình Chuyển Hướng**
Có người nào đã nhận khoản tiền mặt Chuyển Hướng hoặc các dịch vụ phi tiền mặt từ bất kỳ quận hoặc tiểu bang nào khác không? Có Không Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi này. Nếu không, bỏ qua đến câu hỏi tiếp theo.


| Tên | Nhận từ Quận/ Tiểu Bang | Số tiền nhận được | Danh sách các dịch vụ nhận được | Giá trị dịch vụ ước tính | Ngày nhận được cuối cùng |
|-----|-------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | \$ | | \$ | |

 **29. Phúc lợi trùng lặp**
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị kết tội nhận gian lận phúc lợi SNAP (tên gọi của chương trình hỗ trợ thực phẩm của liên bang) trùng lặp tại bất kỳ Tiểu Bang nào sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không


Nếu có, ai? _____

 **30. Buôn bán bất hợp pháp phúc lợi**
Quý vị, hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị, có từng bị kết tội buôn bán bất hợp pháp (cho phép sử dụng hoặc bán thẻ EBT cho người khác) quyền lợi SNAP trên \$500 sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không


Nếu có, ai? _____

 **31. Buôn bán phúc lợi để mua thuốc**
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị phát hiện phạm tội buôn bán phúc lợi SNAP để mua thuốc sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu có, ai? _____


 **32. Buôn bán phúc lợi để mua súng hoặc thuốc nổ**
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có bị phát hiện phạm tội buôn bán phúc lợi SNAP để mua súng, đạn dược hoặc thuốc nổ sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không? Có Không

Nếu có, ai? _____

 **33. Gian lận**
Quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị có bị ngưng hỗ trợ tiền mặt do bị phát hiện phạm tội Gian Lận Phúc Lợi không? Có Không


Nếu có, ai? _____ Khi nào? _____

Ở đâu? _____


 **34. Không hợp tác/Chấp thuận**
Quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị có bị ngưng hỗ trợ tiền mặt do không hợp tác với các yêu cầu về điều kiện hội đủ, chấp thuận công việc/đào tạo hoặc bất kỳ lý do nào khác không? Có Không

Nếu có, ai? _____ Khi nào? _____


Ở đâu? _____ Tại sao? _____

 **35. Tội phạm đang chạy trốn**
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có đang che giấu hoặc trốn tránh pháp luật, bị bắt giam, hoặc sẽ đi tù do phạm trọng tội hoặc mưu toan phạm trọng tội không? Có Không


Nếu có, ai? _____



 **36. Vi phạm thời gian hưởng án treo/tạm tha**
Quý vị hay bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị bị toà án phát hiện là vi phạm thời gian hưởng án treo hoặc tạm tha không? Có Không


Nếu có, ai? _____

 **37. Nhu cầu đặc biệt khác**
Hộ gia đình có muốn nộp đơn đề nghị thanh toán nhu cầu đặc biệt cho nhà cửa hoặc các vật gia dụng cần thiết bị mất hoặc bị hư hỏng do các tình huống bất ngờ và/hoặc khác thường như hoả hoạn, động đất hoặc lũ lụt không? Có Không

Nếu có, vui lòng giải thích: _____

 **38. Các dịch vụ khác**
Những dịch vụ sau đây có sẵn. Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ của quý vị.

-  
- A. Việc kiểm tra sức khoẻ định kỳ để bảo vệ sức khoẻ của gia đình quý vị có thể được cung cấp theo yêu cầu thông qua Chương Trình Sức Khỏe và Phòng Ngừa Khuyết Tật ở Trẻ Em (CHDP) dành cho những thành viên đủ điều kiện dưới 21 tuổi trong gia đình của quý vị.
- Quý vị có muốn biết thêm thông tin về các dịch vụ CHDP không? Có Không
 - Quý vị có muốn dịch vụ y tế CHDP không? Có Không
 - Quý vị có muốn dịch vụ nha khoa CHDP không? Có Không
 - Quý vị có cần trợ giúp thu xếp cuộc hẹn hoặc chuyên chở đến dịch vụ CHDP không? Có Không
- B. Quý vị có muốn biết thêm thông tin về các dịch vụ chủng ngừa không? Có Không
- C. Nếu quý vị mang thai, quý vị có thể cần trợ giúp tìm bác sĩ, có thực phẩm lành mạnh và trợ giúp khác. Quý vị có muốn nói chuyện với một người nào đó về sự trợ giúp này không? Có Không
- D. Quý vị có đang nuôi con bằng sữa mẹ không? Có Không
- Nếu có, quý vị có sinh con trong vòng 12 tháng qua không? Có Không
- Nếu quý vị đánh dấu chọn có cho câu 38 C hoặc D, quý vị có thể đủ điều kiện được hưởng các dịch vụ do Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Nhỏ (WIC).
- E. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có muốn có dịch vụ kế hoạch hoá gia đình miễn phí hoặc giá thấp để giúp kế hoạch, phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn và/hoặc có con tiếp theo không? Có Không
- Nếu có, hãy gọi đến chương trình chăm sóc sức khoẻ hoặc bác sĩ của quý vị. Hoặc, để biết về các thông tin và địa điểm của các phòng khám kế hoạch hoá gia đình bảo mật hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-942-1054.

 **39. Trách Nhiệm Bên Thứ Ba**
Có bất cứ ai đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế có liên quan đến một yêu cầu bồi thường người lao động, vụ kiện tụng, hoặc việc thanh toán do một tai nạn hoặc chấn thương không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tên người đó.

Chỗ viết thêm

Chỗ viết thêm

KHÔNG ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY – PHẦN DÀNH CHO QUẬN

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No

Quý vị **KHÔNG** cần phải trả lời những câu hỏi này trừ khi một người nào đó trong hộ gia đình đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm y tế từ công việc. Nếu có nhiều người được hưởng bảo hiểm y tế từ một người sử dụng lao động khác, thì quý vị có thể sao chụp trang này và sử dụng cho người thứ hai (hoặc nhiều người mà quý vị cần). Trước tiên, hãy cho chúng tôi biết về công việc (người sử dụng lao động) có khoản bảo hiểm.

| | |
|---|---|
| 1. TÊN CỦA NHÂN VIÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ) | 2. SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NHÂN VIÊN — — |
|---|---|

Thông tin về NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------|
| 3. TÊN CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG | 4. SỐ NHÂN DẠNG CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG (EIN) — | |
| 5. ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG | 6. SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG () — | |
| 7. THÀNH PHỐ | 8. TIỂU BANG | 9. MÃ ZIP |

| | |
|---|--|
| 10. CHÚNG TÔI CÓ THỂ LIÊN HỆ VỚI AI VỀ BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NHÂN VIÊN TẠI CÔNG VIỆC NÀY? | |
| 11. SỐ ĐIỆN THOẠI (NẾU KHÁC VỚI SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG) () | 12. ĐỊA CHỈ EMAIL CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG (NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG) |

13. Quý vị hiện có đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm do người sử dụng lao động này cung cấp không, hay quý vị có sẽ đủ điều kiện trong ba tháng tới không?

Không (ngưng ở đây đối với phần này trong đơn đề nghị)

Có (tiếp tục)

13a. Nếu quý vị đang trong thời gian chờ đợi hoặc thử việc, khi nào quý vị đăng ký tham gia bảo hiểm? _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Liệt kê tên của bất kỳ người nào khác đủ điều kiện hoặc sẽ đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm từ công việc này.

Tên: _____ Tên: _____ Tên: _____

Cho chúng tôi biết về chương trình chăm sóc sức khỏe do người sử dụng lao động này cung cấp.

14. Người sử dụng lao động này có cung cấp một chương trình chăm sóc sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* không? Có Không

14a. Đó có phải là chương trình phúc lợi dành cho nhân viên của Tiểu Bang không? Có Không

15. Đối với chương trình giá thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu chỉ được cung cấp cho nhân viên này (không bao gồm các chương trình gia đình):

Nếu người sử dụng lao động có các chương trình sức khỏe (wellness), có mức phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên đó nhận được khoản giảm giá tối đa đối với bất kỳ chương trình bỏ thuốc lá nào (giúp nhân viên bỏ hút thuốc) và không nhận được bất kỳ khoản giảm giá nào khác dựa trên các chương trình wellness.

a. Nhân viên này sẽ phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____

b. Cách bao lâu? Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

Người sử dụng lao động không có các chương trình sức khỏe (wellness).

16. Người sử dụng lao động này sẽ thực hiện thay đổi nào đối với năm chương trình mới (nếu biết)?

Người sử dụng lao động không còn cung cấp bảo hiểm y tế nữa.

Người sử dụng lao động sẽ bắt đầu giới thiệu bảo hiểm y tế cho các nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho chương trình giá thấp nhất chỉ dành cho nhân viên nào đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.

a. Nhân viên này sẽ phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____

b. Cách bao lâu? Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

c. Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): _____

Dự kiến không có thay đổi.

*Một chương trình chăm sóc sức khỏe do người sử dụng lao động tài trợ đáp ứng “tiêu chuẩn giá trị tối thiểu” nếu phần góp trong tổng chi phí quyền lợi cho phép của chương trình do chương trình bao trả không thấp hơn 60 phần trăm chi phí đó (Phần 36B(c)(2)(C)(ii) trong Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986)

 Phụ lục B **CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI MỸ BẢN ĐỊA VÀ NGƯỜI BẢN ĐỊA ALASKA**

Điền đầy đủ phần này nếu quý vị hoặc một thành viên trong gia đình (vợ/chồng và/hoặc người phụ thuộc) là người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska. Gửi phần này kèm theo đơn đề nghị của quý vị.

Cho chúng tôi biết về (các) thành viên trong gia đình người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska của quý vị.

Người Mỹ bản địa và người bản địa Alaska có thể nhận được các dịch vụ từ các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ, các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ lạc, hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị. Họ cũng có thể không phải trả khoản phần góp chi phí và có thể có thời gian tham gia hàng tháng đặc biệt. Hãy trả lời những câu hỏi sau đây để chắc chắn rằng gia đình của quý vị nhận được sự hỗ trợ nhiều nhất có thể. Nếu quý vị có nhiều hơn hai người để thông báo cho chúng tôi biết, hãy sao chụp trang này và đính kèm theo. Quý vị cũng có thể sử dụng một tờ giấy riêng biệt. Chỉ cần nhớ ghi số câu hỏi kế bên câu trả lời của quý vị.

| | Người Mỹ bản địa/ Người bản địa Alaska 1 | Người Mỹ bản địa/ Người bản địa Alaska 2 |
|--|---|---|
| 1. Tên (Tên, Tên đệm, Họ) | Tên Tên đệm Họ | Tên Tên đệm Họ |
| 2. Thành viên của bộ lạc được liên bang công nhận? | <input type="checkbox"/> Có Nếu có , tên của bộ lạc _____ <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có Nếu có , tên của bộ lạc _____ <input type="checkbox"/> Không |
| 3. Người này có từng nhận một dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ lạc, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không , người này có đủ điều kiện được nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ lạc, các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không , người này có đủ điều kiện được nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ lạc, các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| 4. Khoản tiền nào đó có thể không được tính toán đối với Chương Trình Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em (CHIP). Liệt kê bất kỳ khoản thu nhập nào (số tiền và cách bao lâu) được báo cáo trong đơn đề nghị của quý vị bao gồm cả số tiền từ những nguồn này: | <input type="checkbox"/> Có – nếu có , vui lòng điền đầy đủ thông tin dưới đây: <input type="checkbox"/> Không có điều gì báo cáo \$ _____ Cách bao lâu? (hàng ngày, hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, hàng năm, v.v.) _____ | <input type="checkbox"/> Có – nếu có , vui lòng điền đầy đủ thông tin dưới đây: <input type="checkbox"/> Không có điều gì báo cáo \$ _____ Cách bao lâu? (hàng ngày, hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, hàng năm, v.v.) _____ |
| <ul style="list-style-type: none"> Các khoản thanh toán theo mỗi đầu người từ một bộ lạc xuất phát từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng cho thuê, hoặc tiền bản quyền Các khoản thanh toán từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, canh tác, chăn nuôi gia súc, đánh bắt cá, hợp đồng cho thuê hoặc tiền bản quyền từ vùng đất được Bộ Nội Vụ chỉ định là vùng đất thiêng của người da đỏ (bao gồm các lãnh địa và lãnh địa cũ) Khoản tiền từ việc bán đồ có tầm quan trọng về mặt văn hoá | | |

Nếu quý vị muốn một người nào đó là đại diện được uỷ quyền của quý vị cho phần bảo hiểm y tế trong đơn đề nghị này, vui lòng trả lời các câu hỏi trong trang này. Nếu quý vị là người đại diện được bổ nhiệm hợp pháp cho một người nào đó trong đơn đề nghị này, hãy gửi bằng chứng kèm theo đơn đề nghị.

| | | |
|--|--------------|-----------------------------|
| 1. Tên của người đại diện được uỷ quyền (Tên, Tên đệm, Họ) | | |
| 2. Địa chỉ | | 3. Căn hộ hoặc Dây phòng số |
| 4. Thành phố | 5. Tiểu bang | 6. Mã Zip |
| 7. Số điện thoại () | | |
| 8. Tên tổ chức (nếu áp dụng) | | 9. Số ID (nếu áp dụng) |

Khi ký tên dưới đây, quý vị cho phép người này nhận thông tin chính thức về phần bảo hiểm y tế trong đơn đề nghị này và hành động thay mặt quý vị trong mọi vấn đề với Covered California hoặc Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh Quận của quý vị. Như sự nhắc nhở, quý vị luôn luôn có thể thay đổi người đại diện hợp pháp của mình bằng cách gọi đến Quận hoặc vào trang web ở địa chỉ www.HealthCare.gov.

| | |
|-----------------------|----------|
| 10. Chữ ký của quý vị | 11. Ngày |
|-----------------------|----------|

**Phần dành cho Cố Vấn Viên Đơn Đề Nghị Có Chứng Chỉ Hành Nghề, Người Hướng Dẫn, Đại Lý và Môi Giới.
For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

| |
|---|
| 1. Application start date (mm/dd/yyyy) |
| 2. First name, Middle name, Last name, & Suffix |
| 3. Organization name |
| 4. I.D. number (if applicable) |



Phụ lục D

QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt (cash aid) và có hai hoặc nhiều người trưởng thành trong nhà mà đang xin trợ cấp, vui lòng điền thông tin vào trang này cho mỗi người trưởng thành. Vui lòng cho chúng tôi biết quá trình làm việc của quý vị trong 24 tháng (hai năm) qua. Nếu sử dụng đơn xin bằng giấy và quý vị cần thêm khoảng trống, xin sao lại trang giấy này hoặc dùng một tờ giấy rời.

Người 1

TÊN:

Công việc 1

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

 Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

 Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

\$ _____

 Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không

Công việc 2

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

 Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

 Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

\$ _____

 Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không

Công việc 3

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

 Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

 Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

\$ _____

 Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không



Phụ lục D

QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC TIẾP THEO

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt (cash aid) và có hai hoặc nhiều người trưởng thành trong nhà mà đang xin trợ cấp, vui lòng điền thông tin vào trang này cho mỗi người trưởng thành. Vui lòng cho chúng tôi biết quá trình làm việc của quý vị trong 24 tháng (hai năm) qua. Nếu sử dụng đơn xin bằng giấy và quý vị cần thêm khoảng trống, xin sao lại trang giấy này hoặc dùng một tờ giấy rời.

Người 2

TÊN:

Công việc 1

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

\$ _____

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không

Công việc 2

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

\$ _____

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không

Công việc 3

Người này có phải là Người Mỹ Bản địa không? Có Không

Lý do nghỉ công việc này?

Tên Bộ tộc: _____

Tên và Địa chỉ Nơi làm việc:

Số giờ làm việc:

Hàng ngày Hàng tuần Hàng tháng

Đó có phải là công việc của riêng quý vị (tự doanh) không?

Ngày quý vị làm việc:

Có Không

Từ _____ Đến _____

Quý vị được trả hoặc đã được trả bao nhiêu cho công việc này và khi nào?

\$ _____

Quận có giúp quý vị tìm được công việc này không?

Hàng giờ Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng Có Không

Phụ lục E THÔNG TIN VỀ PHƯƠNG TIỆN VẬN CHUYỂN VÀ VIỆC TỰ CHỨNG NHẬN ĐỐI VỚI GIÁ TRỊ VỐN CHỦ SỞ HỮU

Tùy chọn về việc chăm sóc y tế: Chỉ trả lời nếu người nào đó đang nộp đơn có độ tuổi từ 60 trở lên hoặc bị khuyết tật. Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt (cash aid), quý vị PHẢI trả lời những câu hỏi này cho mỗi phương tiện vận chuyển.

Vui lòng cung cấp thông tin cho mỗi phương tiện vận chuyển mà bất cứ ai sở hữu, sử dụng, hoặc có tên trong giấy đăng ký, hoặc ngay cả khi phương tiện đó không hoạt động. Phương tiện vận chuyển có thể là xe hơi (bao gồm cả xe tải, xe tải nhỏ, Xe hơi Thể thao Đa dụng (Sport Utility Vehicle - SUV), xe mô tô, xe máy loại nhẹ, xe trượt tuyết, nhà xe (Recreational Vehicle - RV) hoặc thuyền máy.

| | Phương tiện vận chuyển (1) | Phương tiện vận chuyển (2) | Phương tiện vận chuyển (3) |
|---|--|--|--|
| Chủ phương tiện vận chuyển | | | |
| Tên người sử dụng phương tiện vận chuyển này | | | |
| Phương tiện này: <ul style="list-style-type: none"> • có được sử dụng như một ngôi nhà không? • có được sử dụng cho việc làm tư, việc sống tự túc, hoặc doanh nghiệp không? • có được cần dùng để chuyển chở một thành viên bị khuyết tật trong hộ gia đình, • có được sử dụng để lấy nhiên liệu hoặc nước cho hộ gia đình không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại |
| Phương tiện vận chuyển này có được sử dụng bởi một trẻ em dưới 18 tuổi để: <ul style="list-style-type: none"> • đi học không? • đi làm không? • đi tập huấn không? • đi tìm việc không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có thể dừng lại |
| Phương tiện vận chuyển này có phải là một quà tặng, vật quyên góp, hoặc vật chuyển nhượng từ gia đình không? Quận có thể yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng. | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quà tặng <input type="checkbox"/> Vật quyên góp <input type="checkbox"/> Vật chuyển nhượng từ Gia đình Nếu có, xin đánh dấu vào ô thích hợp, đính kèm bằng chứng từ DMV và dừng lại tại đây. Nếu quý vị không có bằng chứng, hãy yêu cầu quận trợ giúp. | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quà tặng <input type="checkbox"/> Vật quyên góp <input type="checkbox"/> Vật chuyển nhượng từ Gia đình Nếu có, xin đánh dấu vào ô thích hợp, đính kèm bằng chứng từ DMV và dừng lại tại đây. Nếu quý vị không có bằng chứng, hãy yêu cầu quận trợ giúp. | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quà tặng <input type="checkbox"/> Vật quyên góp <input type="checkbox"/> Vật chuyển nhượng từ Gia đình Nếu có, xin đánh dấu vào ô thích hợp, đính kèm bằng chứng từ DMV và dừng lại tại đây. Nếu quý vị không có bằng chứng, hãy yêu cầu quận trợ giúp. |
| Năm/Nhãn hiệu/Số loại | | | |
| Số Đăng ký Phương tiện vận chuyển | | | |
| Giá trị ước tính của phương tiện vận chuyển (phương tiện vận chuyển của quý vị trị giá bao nhiêu)? Chúng tôi gọi đây là Giá trị Thị trường Hợp lý. | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết giá trị | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết giá trị | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết giá trị |
| Tôi đã tìm hiểu Giá trị Thị trường Hợp lý Như thế nào | <input type="checkbox"/> Quảng cáo mua bán <input type="checkbox"/> Đại lý Xe hơi <input type="checkbox"/> Kelly blue Book (Hãng đánh giá giá trị xe) <input type="checkbox"/> Thợ máy <input type="checkbox"/> Giá mua <input type="checkbox"/> Khác : _____ | <input type="checkbox"/> Quảng cáo mua bán <input type="checkbox"/> Đại lý Xe hơi <input type="checkbox"/> Kelly blue Book (Hãng đánh giá giá trị xe) <input type="checkbox"/> Thợ máy <input type="checkbox"/> Giá mua <input type="checkbox"/> Khác : _____ | <input type="checkbox"/> Quảng cáo mua bán <input type="checkbox"/> Đại lý Xe hơi <input type="checkbox"/> Kelly blue Book (Hãng đánh giá giá trị xe) <input type="checkbox"/> Thợ máy <input type="checkbox"/> Giá mua <input type="checkbox"/> Khác : _____ |
| Số tiền tôi còn nợ với phương tiện vận chuyển này | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết được số tiền còn nợ | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết được số tiền còn nợ | \$ <input type="checkbox"/> Tôi không biết/Tôi cần được trợ giúp để biết được số tiền còn nợ |
| Cách thức mà tôi đã dùng để biết số tiền còn nợ với phương tiện vận chuyển này | <input type="checkbox"/> Hoá đơn Cuối cùng <input type="checkbox"/> Bản kê của bên Cho vay <input type="checkbox"/> Ước tính <input type="checkbox"/> Khác : _____ | <input type="checkbox"/> Hoá đơn Cuối cùng <input type="checkbox"/> Bản kê của bên Cho vay <input type="checkbox"/> Ước tính <input type="checkbox"/> Khác : _____ | <input type="checkbox"/> Hoá đơn Cuối cùng <input type="checkbox"/> Bản kê của bên Cho vay <input type="checkbox"/> Ước tính <input type="checkbox"/> Khác : _____ |
| Đây có phải là một phương tiện vận chuyển được thuê không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |