



OFFICE OF ECONOMIC
SELF-SUFFICIENCY
MYFLFAMILIES.COM

Đơn Xin

Quý vị có lý do gì gây khó khăn làm cho quý vị không thể đến văn phòng để tham dự cuộc phỏng vấn không?

- Bị bệnh Phương tiện di chuyển Bạn Làm Việc hoặc Huấn Luyện Sống tại thôn quê
 Chăm sóc thành viên hộ gia đình đau ốm hoặc tàn tật Lý do Khác (giải thích):



Đóng dấu ngày : _____

Số Hồ sơ : _____

Tôi muốn nộp đơn xin : Trợ cấp thực phẩm Tiền mặt Chăm sóc thân nhân OSS/Trợ cấp Bổ sung của Tiểu bang Medical Khước từ Medicaid /Dịch vụ Căn cứ vào Hộ gia đình & Cộng Đồng
 Viện chăm sóc đặc biệt Viện Điều Dưỡng – Địa chỉ chỗ ở trước khi vào Viện Điều Dưỡng.

Xin chào mừng quý vị đến với Sở Trẻ Em và Gia đình (DCF) Tiểu bang Florida. Nếu quý vị cần giúp đỡ điền đơn xin này hoặc cần dịch vụ thông dịch, xin quý vị vui lòng liên lạc với Văn phòng ACCESS Florida tại số 1-866-762-2237. Chúng tôi cần ít nhất là tên, địa chỉ, và chữ ký của quý vị. Chúng tôi bắt đầu xử lý đơn xin của quý vị kể từ ngày nhận được đơn có chữ ký của quý vị. Các thành viên nào trong hộ gia đình mà không đủ điều kiện, hoặc không nộp đơn xin hưởng phúc lợi, có thể được xem là người không nộp đơn. Những người không nộp đơn, hoặc những người chỉ nộp đơn xin Cấp cứu Y tế, Tiền trợ cấp Tị nạn, hoặc Hỗ trợ Y tế Tị nạn, KHÔNG cần thiết cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN). Nếu quý vị không đủ điều kiện được cấp số An sinh Xã hội vì tình trạng di trú của quý vị, quý vị có thể có đủ điều kiện được cấp số An sinh Xã hội (SSN) quý vị có thể đủ điều kiện được cấp số An sinh Xã hội bất buộc phải có để nhận phúc lợi. Nếu quý vị cần số SSN, chúng tôi có thể giúp quý vị nộp đơn xin số này. Người không nộp đơn KHÔNG cần thiết cung cấp bằng chứng về tình trạng di trú. Người không phải là công dân đang nộp đơn xin hưởng phúc lợi sẽ được xác minh tình trạng di trú với Sở Nhập tịch và Di trú Hoa Kỳ (USCIS). Chúng tôi sẽ không báo cho Sở Nhập tịch và Di trú Hoa Kỳ (USCIS) về tình trạng di trú của những người sống trong hộ gia đình quý vị mà không nộp đơn xin hưởng phúc lợi. Trong bất cứ trường hợp nào, không có cá nhân nào không nộp đơn xin phúc lợi mà bị báo cáo là cư trú bất hợp pháp tại Hoa Kỳ. Nếu quý vị điền đơn xin này cho người nào khác, hãy trả lời các câu hỏi căn cứ vào hoàn cảnh của họ.

XÁC TIỀN TRỢ CẤP THỰC PHẨM – Các hộ gia đình có đủ điều kiện có thể nhận phúc lợi trợ cấp thực phẩm trong vòng 7 ngày:

Tổng lợi tức của hộ gia đình quý vị có dưới \$150 không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có trả tiền để sưởi ấm hoặc làm mát nhà quý vị không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Tổng số tài sản luân chuyển (chẳng hạn tiền mặt, tài khoản ngân hàng, v.v...) của quý vị có dưới \$100 không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Số tiền thuê nhà hoặc tiền trả góp thế chấp nhà hàng tháng của quý vị là bao nhiêu?	\$
Tổng lợi tức hàng tháng cộng với tổng tài sản luân chuyển của hộ gia đình quý vị có ít hơn tiền thuê nhà hoặc tiền trả góp thế chấp nhà hàng tháng cộng với phí tiện ích không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Có phải tất cả lợi tức của hộ gia đình quý vị vừa mới ngưng lại không? Nếu có thì KHI NÀO ?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Đánh dấu các hóa đơn quý vị trả : <input type="checkbox"/> Điện <input type="checkbox"/> Khí đốt <input type="checkbox"/> Nước <input type="checkbox"/> Cổng rãnh <input type="checkbox"/> Điện thoại	Có ai trong hộ gia đình của quý vị là di dân hoặc làm việc ở nông trại theo mùa không? Nếu có, NGƯỜI NÀO?		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên	Tên Đệm	Họ	Số Điện thoại Nhà hoặc Số Điện thoại để nhận tin	Địa chỉ Email:
-----	---------	----	--	----------------

Địa chỉ nhà	Đường	Căn hộ số.	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu chính	Số Điện thoại Sở làm:
-------------	-------	------------	-----------	-----------	--------------	-----------------------

Địa chỉ nơi quý vị nhận thư từ (nếu khác nơi quý vị cư ngụ)	Tên Đường/Hộp thư Bưu chính	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu chính	Số Điện thoại Di động:
---	-----------------------------	-----------	-----------	--------------	------------------------

THÔNG TIN CHO TẤT CẢ CÁC CHƯƠNG TRÌNH

Có người nào trong nhà quý vị chạy trốn pháp luật do phạm trọng tội hay bị quản chế hoặc vi phạm tạm tha không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?	Có người nào trong nhà quý vị bị kết án về trọng tội buôn bán ma túy không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?	Có ai trong nhà quý vị đã từng bị kết tội nhận trợ cấp thực phẩm, trợ cấp tiền mặt tạm thời hoặc Medicaid đồng thời tại nhiều tiểu bang không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?
Có người nào trong nhà quý vị bán hoặc cho bất kỳ tài sản nào trong 5 năm qua không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?	Có người nào trong nhà quý vị từ bỏ công việc trong 60 ngày qua hoặc có ai tham gia đình công không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?	Có ai trong nhà của quý vị nhận thực phẩm, tiền mặt, hoặc hỗ trợ y tế của một tiểu bang khác hoặc của một nguồn khác trong 30 ngày qua không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, NGƯỜI NÀO?

CAM KẾT HIỂU RÕ

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi cung cấp theo đơn xin này, khi dự phỏng vấn, hay khi yêu cầu các phúc lợi khác, kể cả thông tin trên máy điện toán so với các cơ quan khác, phải được văn phòng DCF và các cơ quan Liên bang và Tiểu bang khác kể cả cơ quan phụ trách xử lý Gian lận Trợ cấp Cộng đồng xác minh. Tôi hiểu và đồng ý về những điều sau đây: văn phòng DCF, cơ quan phụ trách xử lý Gian lận Trợ cấp Cộng đồng (PAF), và các cơ quan có thẩm quyền của Liên bang có thể xác minh những thông tin tôi cung cấp trong đơn này, khi dự phỏng vấn, hoặc khi yêu cầu các phúc lợi khác. Có thể thu thập thông tin từ các chủ cũ và hiện tại của tôi. Tôi ký tên cho phép tiết lộ thông tin đó cho văn phòng DCF và / hoặc cơ quan PAF. Là một điều kiện để tham gia Medicaid, tôi ưng thuận xem lại và tiết lộ tất cả các hồ sơ y tế mà Medicaid xét thấy cần thiết theo quyền kiểm toán và điều tra của cơ quan này. Nếu có thông tin nào không đúng, phúc lợi có thể bị giảm bớt hoặc bị từ chối và tôi có thể bị truy tố hình sự hoặc bị loại ra khỏi chương trình do cố tình cung cấp thông tin không đúng hoặc thông tin sai lệch hoặc che giấu. Tôi đã đọc các Quyền lợi và Trách nhiệm của tôi. Căn cứ theo hình phạt về tội khai man, tôi xác nhận các thông tin trong đơn này là đúng sự thật theo tôi biết, bao gồm tình trạng công dân hoặc không phải là công dân của những người đang nộp đơn xin hưởng phúc lợi. Tôi xác nhận đã nhận được Chương 1, Phụ lục 2 về Chính sách Quản lý và Bảo vệ Thông tin Y tế Cá nhân của văn bản DCF CFOP 60-17 của Tiểu bang Florida

KÝ TÊN

Chữ ký của Thành viên Trưởng thành trong Hộ Gia đình _____ Ngày ký _____

Chữ ký của Chứng nhân nếu ký với chữ "X" _____

Người Đại diện được Ủy Quyền / được Chỉ định – Viết theo lối chữ in Tên, Địa chỉ, và số Điện thoại _____

Chữ ký của Người Đại diện được Ủy quyền / được Chỉ định _____

Đơn Xin tiếp theo ở trang 2. Xin quý vị vui lòng cung cấp thông tin tối đa để giúp chúng tôi thẩm định nhanh chóng việc hội đủ điều kiện của quý vị.

DANH RIÊNG CHO CƠ QUAN CHỨC NĂNG SỬ DỤNG	Tên của người Tham gia Truy cập Trang Web của Cộng Đồng / Số điện thoại :	Đóng dấu ngày :
--	---	-----------------

THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH : Nếu quý vị cần thêm chỗ cho những phần này, xin quý vị vui lòng sử dụng thêm các trang giấy khác. Xin quý vị vui lòng cung cấp thông tin tối đa để giúp chúng tôi nhanh chóng thẩm định việc hội đủ điều kiện của quý vị.

Kê khai về bản thân quý vị và tất cả những người cư ngụ trong nhà của quý vị ngay cả khi quý vị không xin cho họ. Nếu quý vị không nộp đơn xin cho một thành viên, quý vị không cần cung cấp số An sinh Xã hội hoặc tình trạng công dân của họ.

Nếu cư ngụ trong viện dưỡng lão hay tổ chức khác, chỉ kê khai về bản thân, vợ hoặc chồng và người phụ thuộc.

THÔNG TIN TỰY CHỌN – SẮC TỘC: A = Tây Ban Nha hoặc La tinh; B = Không phải Tây Ban Nha hoặc La tinh
CHŨNG TỘC: Quý vị có thể chọn một hoặc nhiều số: 1 - Mỹ Bản Địa (American Indian), hoặc Alaska Bản địa (Alaskan Native), 2 – Á châu, 3 - Da Mâu hoặc Mỹ gốc Phi, 4 – Bản địa Hawaii, 5 – Da trắng

Phần A – Liệt kê tất cả những Người Lớn cư ngụ tại Địa chỉ của quý vị

Tên HợpPháp Tên, Tên Đệm, Họ	Liên hệ với quý vị	Muốn nộp đơn ?	Giới tính	Số An sinh Xã Hội (Xem chỉ dẫn trên dây)	Ngày và Nơi Sinh	Công dân Hoa Kỳ	Sắc tộc (xem ở trên)	Chủng tộc (xem ở trên)	Tình trạng gia đình	Đi học /số Giờ/Tuần lẽ/ Lớp Cuối Cùng đã hoàn tất	Mua thức ăn và Ăn cùng với quý vị
	BẢN THÂN	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Số giờ hàng tuần: _____ Lớp học cuối cùng đã hoàn tất: _____	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Số giờ hàng tuần: _____ Kết thúc Lớp học cuối cùng: _____	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Số giờ hàng tuần: _____ Kết thúc Lớp học cuối cùng: _____	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Số giờ hàng tuần: _____ Kết thúc Lớp học cuối cùng: _____	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

Phần B – Liệt kê tất cả các Trẻ Em cư ngụ tại Địa chỉ của quý vị. Nếu có thai phụ, ghi “thai nhi” tại ô Tên và Ngày Sẻ Sinh tại ô Ngày Sinh.

Tên Hợp Pháp Tên, Tên Đệm, Họ	Liên hệ với quý vị	Muốn nộp đơn ?	Giới tính	Số An sinh Xã Hội (Xem chỉ dẫn trên dây)	Ngày và Nơi Sinh	Công dân Hoa Kỳ	Sắc tộc (xem trang 2)	Chủng tộc (xem trang 2)	Trẻ em dưới 5 tuổi Chủng ngừa	Đi học / Tên Trường	Ngày Tốt Nghệp	Mua thức ăn và Ăn cùng với quý vị
Trẻ Em thứ 1 Quý vị có muốn trẻ em này nhận được dịch vụ kiểm tra sức khỏe cho trẻ em không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, ghi tên trường		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Trẻ Em thứ 2 Quý vị có muốn trẻ em này nhận được dịch vụ kiểm tra sức khỏe cho trẻ em không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM			<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, ghi tên trường		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

Trẻ Em thứ 3 Quý vị có muốn trẻ em này nhận được dịch vụ kiểm tra sức khỏe cho trẻ em không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> NAM	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, ghi tên trường	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Trẻ Em thứ 4 Quý vị có muốn trẻ em này nhận được dịch vụ kiểm tra sức khỏe cho trẻ em không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> NAM	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, ghi tên trường	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

Medicaid: Đối với trẻ em dưới 16 tuổi, nếu không có bằng chứng khác về nhận dạng có sẵn như là hồ sơ nhà trường hoặc CMND có ảnh, hãy đọc và ký tên dưới đây: Theo hình phạt về tội khai man, tôi xác nhận tất cả các trẻ em được liệt kê khai ở trên là đúng sự thật.

Ký tên _____

Phần C – Thông tin về người cha/mẹ vắng mặt : Hãy cung cấp thông tin sau đây cho mỗi trẻ em trong Phần B có mẹ hoặc cha không có mặt ở nhà.

Trẻ Em 1	Tên và Địa Chỉ Cuối Cùng của người cha/mẹ Vắng mặt						Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt
	Mẹ	Người này có phải là cha/mẹ hợp pháp của em này không? <input type="checkbox"/> PHẢI <input type="checkbox"/> KHÔNG		Quý vị có muốn dịch vụ Cường thu Tiền Cấp dưỡng Con nếu không được chấp thuận hưởng phúc lợi không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nơi Sinh của Người Mẹ	Số Điện thoại của Người Mẹ	Thông tin về Bảo hiểm Y tế			
	Tên Người Chủ của Người Mẹ.		Địa chỉ của Người Chủ:				Tên Hãng Bảo hiểm	Số Hợp đồng		
	Cha					Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt	
	Tên Người Chủ của Người Cha.		Địa chỉ của Người Chủ:				Tên Hãng Bảo hiểm	Số Điện thoại của Người Chủ:		
Trẻ Em 2	Tên và Địa Chỉ Cuối Cùng của người cha/mẹ Vắng mặt						Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt
	Mẹ	Người này có phải là cha/mẹ hợp pháp của em này không? <input type="checkbox"/> PHẢI <input type="checkbox"/> KHÔNG		Quý vị có muốn dịch vụ Cường thu Tiền Cấp dưỡng Con nếu không được chấp thuận hưởng phúc lợi không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nơi Sinh của Người Mẹ	Số Điện thoại của Người Mẹ	Thông tin về Bảo hiểm Y tế			
	Tên Người Chủ của Người Mẹ.		Địa chỉ của Người Chủ:				Tên Hãng Bảo hiểm	Số Hợp đồng		
	Cha					Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt	
	Tên Người Chủ của Người Cha.		Địa chỉ của Người Chủ:				Tên Hãng Bảo hiểm	Số Điện thoại của Người Chủ:		
Tên và Địa Chỉ Cuối Cùng của người cha/mẹ Vắng mặt						Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt	
Tên Người Chủ của Người Cha.		Employer's Address:				Tên Hãng Bảo hiểm	Số Điện thoại của Người Chủ:			

Trẻ Em 3	Tên và Địa Chỉ Cuối Cùng của người cha/me Vắng mặt		Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt	
	Mẹ						
	Người này có phải là cha/me hợp pháp của em này không? <input type="checkbox"/> PHẢI <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có muốn dịch vụ Cường thu Tiền Cấp dưỡng Con nếu không được chấp thuận hưởng phúc lợi không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nơi Sinh của Người Mẹ	Số Điện thoại của Người Mẹ	Thông tin về Bảo hiểm Y tế Tên Hãng Bảo hiểm: _____ Số Hợp đồng: _____		
	Tên Người Chủ của Người Mẹ.	Địa chỉ của Người Chủ:			Số Điện thoại của Người Chủ:	Lý do Vắng mặt	
Trẻ Em 4	Tên và Địa Chỉ Cuối Cùng của người cha/me Vắng mặt		Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Chủng Tộc (xem trang 2)	Lý do Vắng mặt	
	Mẹ						
	Người này có phải là cha/me hợp pháp của em này không? <input type="checkbox"/> PHẢI <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có muốn dịch vụ Cường thu Tiền Cấp dưỡng Con nếu không được chấp thuận hưởng phúc lợi không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nơi Sinh của Người Cha	Số Điện thoại của Người Cha	Thông tin về Bảo hiểm Y tế Tên Hãng Bảo hiểm: _____ Số Hợp đồng: _____		
	Tên Người Chủ của Người Cha.	Địa chỉ của Người Chủ:			Số Điện thoại của Người Chủ:	Lý do Vắng mặt	

Phần D – Thông Tin Tổng Quát: Hãy trả lời những câu hỏi sau đây về những người được liệt kê trong Phần A và B có nộp đơn xin trợ cấp.						
1. Có phải tất cả mọi người đều là cư dân của tiểu bang Florida không?	<input type="checkbox"/> PHẢI	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu không, ghi tên người đó?			
2. Có người nào trong hộ gia đình là thai phụ không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Ngày sẽ sinh:	Số trẻ em sắp sinh:	
3. Có người nào tham dự hội nghị học đường với bất cứ trẻ em nào ở độ tuổi 16 đến 18 không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Khi nào?		
4. Có người nào hoặc phụ huynh nào (nếu vẫn còn là trẻ em) hoặc người vợ / chồng qua đời (nếu có) đã phục vụ trong Quân Đội Hoa Kỳ không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Khi nào?		
5. Có người nào trong hộ gia đình của quý vị không phải là công dân được bảo trợ không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			
6. Có người nào đang sống tại nơi cư ngụ đặc biệt như nhà cho người vô gia cư, trung tâm cai nghiện, viện điều dưỡng, cơ sở cư ngụ được hỗ trợ, nhà chăm sóc gia đình cho người lớn, cơ sở điều trị bệnh tâm thần tại nhà, hoặc tại các tổ chức khác không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Tên và Loại Cơ sở:		
7. Có người nào là con nuôi không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			
8. Có trẻ em nào bị giới hạn hoặc bị trở ngại bằng bất kỳ cách nào trong khả năng của các em để thực hiện những việc mà hầu hết các trẻ em cùng trang lứa có thể thực hiện được không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			
9. Có trẻ em nào cần điều trị đặc biệt như vật lý trị liệu, điều trị về nghề nghiệp, về khả năng nói, hoặc điều trị hay tư vấn cho vấn đề tình cảm, phát triển, hoặc thái độ không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			
10. Có trẻ em nào cần hoặc sử dụng sự chăm sóc y tế, sức khỏe tâm thần, hoặc dịch vụ giáo dục nhiều hơn bình thường ở đa số các em cùng độ tuổi không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			
11. Nếu quý vị đang nộp đơn xin loại dịch vụ như tại viện điều dưỡng, quý vị có người con nào (bất kỳ ở tuổi nào) cư ngụ trong nhà của quý vị mà bị mù hay tàn tật không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Liên hệ với quý vị ra sao?		
12. Có người nào được Sở An sinh Xã Hội hoặc Tiểu bang Florida thẩm định là tàn tật không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?			

13. Có người nào tự khai là tàn tật mà chưa được Sở An Sinh Xã Hội hoặc Tiểu bang Florida thẩm định là tàn tật không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?
14. Có người nào bị từ chối trợ cấp tiền bệnh (SSI) trong 90 ngày qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?
15. Có người nào trong hộ gia đình quý vị cần trợ giúp trả chi phí Medicare hoặc hóa đơn y tế ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào? Khi nào?
16. Có người nào đã bị từ chối trợ cấp khuyết tật, nay có điều kiện y tế mới mà không được Cơ quan Quản Trị An Sinh Xã Hội cứu xét không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?
17. Có người nào trong hộ gia đình của quý vị là nạn nhân của nạn buôn người không? (Nạn nhân của nạn buôn người là những người bị giam giữ hoặc chuyển đi bằng vũ lực hoặc lừa gạt vì mục đích khai thác tình dục hoặc lao động cưỡng bức không?)	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?

Phần E – Tài sản và Bảo hiểm : Nếu quý vị cần thêm chỗ cho các phần sau đây, xin vui lòng sử dụng thêm trang giấy bên ngoài.

1. Có người nào mà quý vị đang nộp đơn sở hữu tất cả hoặc một phần của bất kỳ tài sản nào, như xe cộ, tài khoản ngân hàng, tài khoản hoạc thuế, tài sản, Chứng chỉ Ký thác định kỳ (CDs), tiền mặt, phiếu thế chấp, phiếu hẹn trả tiền, các khoản vay, IRA, 401k, công khó phiếu, niên kim, chứng khoán, bất động sản, tài sản hưởng trọn đời, tín thác, kế hoạch hưu trí Keogh, hợp đồng cộng đồng hưu trí chăm sóc lâu dài hoặc cộng đồng chăm sóc trọn đời, hợp đồng mai táng/lô đất mộ, chi phí mai táng trả trước, trái phiếu hoặc chứng chỉ tiết kiệm, tích sản kinh doanh, khoản tiền lớn nhận được trong 3 tháng qua, bảo hiểm y tế/chăm sóc/nhận thọ/xe cộ, HMO, Medicare hoặc Medicare bổ sung, v.v. Bao gồm tài sản/ bảo hiểm của cha mẹ của người nộp đơn xin vị thành niên nếu cư ngụ trong nhà và tài sản/bảo hiểm của vợ hay chồng của người nộp đơn xin nếu cư ngụ trong nhà. CÓ KHÔNG Nếu có, hãy kê khai dưới đây :

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO CHỦ NHÂN CỦA MỘT NIÊN KIM : Theo Công luật 109-171, những cá nhân (và vợ hoặc chồng) là người đang xin hoặc đang nhận Chương trình Medicaid Institutional Care (chăm sóc tại viện điều dưỡng), Nhà tử biệt, những chương trình khước từ Medicaid để hưởng Dịch Vụ Gia đình và Cộng đồng, hoặc các Chương trình Chăm sóc Tổng hợp cho người Cao niên phải liệt kê tất cả các niên kim mà họ sở hữu. Một số lần mua niên kim (hoặc các giao dịch khác) được thực hiện vào ngày 01 tháng 11, 2007 hoặc sau ngày này sẽ được coi là sự chuyển giao tài sản dưới giá thị trường, trừ khi niên kim ghi tên Cơ quan Quản Trị Chăm sóc Sức khỏe của Tiểu bang Florida là người thụ hưởng đầu tiên còn lại (hoặc người thụ hưởng thứ hai còn lại sau người vợ / người chồng hoặc con vị thành niên hay người con tàn tật) cho tổng số tiền quỹ Medicaid trả thay cho người nhận Medicaid.

Cá nhân	Loại Tài Sản và Bảo Hiểm	Xe Năm. Hiệu, Kiểu	Số tiền Xe / Tài Sản Còn nợ	Địa điểm Tài sản / Bảo hiểm Tên và Địa chỉ Ngân hàng / Công ty	Số Tài khoản hoặc Số Bảo hiểm	Số tiền hoặc \ Giá trị

2. Có tài sản nào trên đây dành để trang trải chi phí mai táng không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Tài sản gì?	Số tiền?
3. Có người nào đóng tài khoản ngân hàng hoặc bất cứ khoản tiền đầu tư nào khác, thêm người nào vào giấy sở hữu tài sản, cho tài sản đi hoặc thanh lý số tài sản trên \$ 3,000 để mua một tài sản hoặc dịch vụ khác trong 5 năm qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào? Khoản tài sản nào?	Khi nào? Trị giá bao nhiêu?

Phần F – Lợi tức

1. Có người nào mà quý vị đang nộp đơn giùm, nhận bất kỳ loại lợi tức nào chẳng hạn như: tiền lương, tiền thưởng, tiền của công việc tự làm chủ, An sinh Xã hội /Hưu trí Hòa xa hoặc Tàn tật, SSI, các bệnh tàn tật khác, lợi tức VA, hưu trí, công chức, thất nghiệp, cấp dưỡng con, cấp dưỡng, cổ tức, tiền lãi, tiền thù lao, tiền bạc từ người khác, niên kim, tiền cho thuê nhà, tiền bồi thường cho công nhân, bất động sản/tín thác, trợ cấp xã hội, tài trợ, học bổng, tiền cho sinh viên vay, thanh toán bồi thường, trợ cấp đào tạo, v.v...? (Bao gồm lợi tức của cha mẹ cư ngụ trong nhà với các trẻ em vị thành niên và lợi tức của vợ hoặc chồng và người phụ thuộc của người nộp đơn nếu cư ngụ trong nhà.) CÓ KHÔNG Nếu có, hãy kê khai dưới đây :

Cá nhân	Loại Lợi tức	Tên của Người Chủ hoặc Nguồn Lợi tức	Số Điện thoại của Người Chủ	Khoản tiền hàng tháng trước khi Khấu trừ	Nhận Bao lâu Một lần (hàng tuần/hai tuần một lần/hàng tháng)	Ngày Lãnh lương là Ngày nào trong tuần	Số Giờ Làm việc hàng tuần

2. Có người nào trong hộ gia đình có lợi tức chấm dứt trong 60 ngày qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào? Khi nào?	Nguồn tiền?					
3. Có người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận lợi tức bổ sung từ nguồn tiền đã chấm dứt không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào? Khi nào?	Tổng số tiền (trước khi khấu trừ) chỉ nhận được trong tháng này? \$					
4. Có người nào trong gia đình đã nộp đơn chờ hưởng phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Tiền Bồi thường Thất nghiệp không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Người nào?	Phúc lợi nào?					
5. Có người nào ký gửi tiền vào Tiền Lợi tức hoặc Tín dụng Miller trong bất kỳ tháng nào trong 3 tháng vừa qua không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Tiền tín dụng của người nào?	Ngày và Khoản Tiền Ký gửi:					

Phần G – Chi phí

1. Có người nào mà quý vị đang nộp đơn giùm, yêu cầu thanh toán chi phí, chẳng hạn như: tiền thuê nhà, tiền thuê chấp, thuế tài sản, bảo hiểm của chủ nhà, chung cư / lệ phí bảo trì, khí đốt, điện, nhiên liệu, LIHEAP, hóa đơn y tế nhưng không giới hạn như: đơn thuốc, kính đeo mắt, vận chuyển, thăm khám bác sĩ, nha khoa, trợ lý y tế, bệnh viện, hoặc bảo hiểm, phí bảo hiểm lệ phí Medicare không được bảo hiểm hoặc bên thứ ba khác, điện thoại, chăm sóc (trẻ em) ban ngày, hoặc tòa án ra lệnh hỗ trợ nuôi con cho một trẻ em không có trong hộ gia đình của quý vị? Bao gồm các chi phí của cha mẹ của trẻ em vị thành niên nộp đơn nếu cư ngụ trong nhà và các chi phí của vợ / chồng của người nộp đơn nếu người phối ngẫu đang cư ngụ trong nhà. CÓ KHÔNG Nếu có, hãy liệt kê dưới đây :

Loại Chi phí	Người nào bắt buộc phải Thanh toán Chi Phí này?	Nếu đây là Chi Phí Y Tế, Người nào nhận Dịch vụ Y tế	Khoản tiền hàng tháng	Thanh toán cho Người nào	Ngày Thanh toán	Có còn nợ lại không?	Dành riêng cho Trẻ em được Tòa Án Ra lệnh Hỗ trợ, Tên Trẻ Em được Thanh toán tiền Trợ cấp
						<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	
						<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

2. Quý vị sưởi ấm hoặc làm mát nhà của quý vị bằng cách nào?

3. Có người nào hỗ trợ quý vị thanh toán chi phí không? CÓ KHÔNG Nếu có, hãy giải thích:

QUY VỊ HỢI ĐU ĐIỀU KIỆN ĐỂ ĐƯỢC GIẢM GIÁ ĐIỆN THOẠI

Đánh dấu CÓ nếu quý vị muốn DCF tiết lộ Tên, số An sinh Xã hội, Số Điện thoại của quý vị, và sự kiện quý vị nhận trợ cấp lương thực, trợ cấp tiền mặt Tam Thời, hoặc Medicaid cho công ty điện thoại địa phương để quý vị có thể được giảm giá điện thoại qua Chương trình Lifeline. CÓ KHÔNG

THÔNG BÁO VỀ HÌNH PHẠT

Quý vị có thể bị truy tố về tội cố ý cung cấp thông tin không chính xác để nhận phúc lợi hỗ trợ công cộng.

QUY VỊ CÓ THỂ GHI DANH ĐỀ BẦU PHIẾU TẠI ĐÂY

Nếu quý vị không ghi danh bầu phiếu ở nơi quý vị hiện cư ngụ, hôm nay quý vị có muốn ghi danh bầu phiếu ở đây không? Đánh dấu **CÓ** nếu quý vị muốn nộp đơn ghi danh đề bầu phiếu hoặc cập nhật thông tin ghi danh cử tri của quý vị. Nếu quý vị đánh dấu vào ô **KHÔNG**, quý vị được xem như quý vị không quyết định nộp đơn để ghi danh bầu phiếu hoặc cập nhật thông tin ghi danh cử tri của quý vị. Khi đánh dấu ô **CÓ**, **KHÔNG** hoặc để trống câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc nhận lãnh phúc lợi. **CÓ** **KHÔNG**

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN LỢI

Hỗ trợ: Nếu quý vị muốn hỗ trợ điền đơn ghi danh cử tri của quý vị, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị. Việc quyết định tìm kiếm hoặc nhận sự hỗ trợ là của quý vị. Quý vị có thể điền đơn ghi danh cử tri của quý vị tại nơi kín đáo.

Phúc Lợi: Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp xã hội của cơ quan này, việc ghi danh, hoặc từ chối ghi danh bầu phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị được cơ quan này cung cấp.

Việc giữ kín đáo: Việc quý vị quyết định không ghi danh hoặc cập nhật hồ sơ của quý vị và địa điểm nơi quý vị ghi danh hoặc cập nhật hồ sơ ghi danh cử tri của quý vị được giữ kín và có thể chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Khiếu nại Chính thức: Nếu quý vị tin rằng người nào đó đã can thiệp vào quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bầu phiếu, quyền riêng tư trong việc từ chối quyết định nên ghi danh đề bầu phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng chính trị của quý vị hoặc sự lựa chọn chính trị khác, quý vị có thể lập hồ sơ khiếu nại với Bộ trưởng Bộ Ngoại giao của Tiểu bang Florida, Ban Bầu cử, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Mẫu để điền đơn khiếu nại có sẵn tại <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> hoặc điện thoại đến số 1-850-245-6200.

[Cơ quan thẩm quyền: Điều Luật Ghi Danh Bầu Phiếu Quốc Gia (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 and 97.0585, F.S.]

YÊU CẦU BẢO CAO

Quý vị phải báo cáo bất kỳ sự thay đổi nào về tình hình của quý vị theo yêu cầu của chương trình cho DCF. Yêu cầu các hộ gia đình nhận trợ cấp thực phẩm báo cáo về sự thay đổi làm gia tăng phúc lợi và khi lợi tức hàng tháng của hộ gia đình vượt quá giới hạn tổng số trợ cấp thực phẩm đối với số người trong hộ gia đình. Gia đình nhận được Medicaid phải hoặc Trợ cấp Tiền mặt Tạm thời phải tiếp tục báo cáo về những thay đổi có thể ảnh hưởng đến sự hội đủ điều kiện trong vòng 10 ngày.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NGƯỜI NHẬP CƯ

Việc nộp đơn hoặc nhận lãnh phúc lợi trợ cấp thực phẩm hoặc Medicaid sẽ không ảnh hưởng đến quý vị hoặc tình trạng nhập cư của các thành viên trong hộ gia đình quý vị hoặc khả năng nhận được tình trạng thường trú (thẻ xanh). Việc nhận Trợ cấp Tiền mặt Tạm thời hoặc chăm sóc tại cơ sở lâu dài chẳng hạn như phúc lợi tại viện điều dưỡng có thể gây ra những vấn đề với việc nhận tình trạng này, đặc biệt nếu phúc lợi là lợi tức duy nhất của hộ gia đình quý vị.

THÔNG BÁO VỀ HÌNH PHẠT – Trợ cấp Thực Phẩm

Nếu quý vị bị phát hiện phạm tội (do tòa án tiểu bang hoặc liên bang, hoặc bị loại trong một buổi điều trần hành chính, hoặc ký văn bản miễn trừ xét xử) khi có tình khai man hoặc lừa dối, che giấu hoặc giữ kín các sự kiện nhằm nhận hoặc nỗ lực nhận được trợ cấp thực phẩm hoặc có hành vi phạm Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng, quy định trợ cấp lương thực, hay bất kỳ đạo luật nào của tiểu bang cho mục đích sử dụng, giới thiệu, chuyển nhượng, mua, nhận, hay sở hữu phúc lợi trợ cấp thực phẩm, quý vị sẽ bị loại. Quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận trợ cấp lương thực trong 12 tháng khi vi phạm lần đầu, 24 tháng khi vi phạm thứ hai và vĩnh viễn khi vi phạm thứ ba. Nếu quý vị bị kết tội buôn bán trợ cấp phúc lợi thực phẩm với giá trị là \$500 hoặc nhiều hơn nữa, quý vị sẽ bị loại vĩnh viễn. Nếu quý vị bị kết án về các hành vi này, quý vị có thể bị xử phạt số tiền lên đến \$250,000, bị cấm tù đến 20 năm hoặc cả hai, tùy theo mức độ nghiêm trọng.

Nếu quý vị bị tòa án tiểu bang hoặc liên bang kết tội vì khai gian về danh tánh hoặc nơi cư trú để nhận trợ cấp thực phẩm ở nhiều tiểu bang cùng một lúc, quý vị sẽ không đủ điều kiện để tham gia vào Chương trình Trợ cấp Thực phẩm trong thời gian 10 năm.

Nếu quý vị chạy trốn để tránh bị truy tố, câu lưu hoặc giam cầm, sau khi bị kết án về một tội phạm hoặc tìm cách phạm một tội phạm, đây là trọng tội, hay vi phạm quản chế hoặc tạm tha áp dụng theo điều luật của liên bang hay tiểu bang, quý vị không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp thực phẩm. Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan khác của liên bang và tiểu bang để kiểm tra chính thức, và các quan chức thực thi pháp luật nhằm mục đích bắt giữ người chạy trốn để tránh pháp luật.

Nếu quý vị bị tòa án tiểu bang hoặc liên bang hoặc địa phương phát hiện phạm trọng tội buôn bán ma túy, hoặc bị kết án về tội buôn bán vũ khí, đạn được hoặc chất nổ để nhận phúc lợi trợ cấp thực phẩm, quý vị không đủ điều kiện nhận trợ cấp thực phẩm.

THÔNG BÁO VỀ HÌNH PHẠT – Trợ Cấp Tiền Mặt Tạm Thời:

Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận Trợ cấp Tiền Mặt Tạm thời và bị tòa án tiểu bang hoặc liên bang kết án hoặc trong một phiên điều trần hành chính, hoặc ký một văn bản miễn trừ xét xử, quý vị có thể bị loại trong thời hạn 12 tháng khi vi phạm lần đầu, 24 tháng khi vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn khi vi phạm lần thứ ba.

Nếu quý vị bị phát hiện vi phạm trọng tội buôn bán ma túy, hoặc chạy trốn để tránh bị truy tố, câu lưu hoặc tạm giam, sau khi bị kết án vì trọng tội hoặc tìm cách phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh quản chế hoặc lệnh tạm tha theo luật pháp của liên bang hoặc tiểu bang, quý vị không đủ điều kiện nhận Trợ cấp Tiền mặt Tạm thời. Nếu quý vị bị tòa án tiểu bang hoặc liên bang kết án do khai man danh tánh hoặc nơi cư ngụ nhằm nhận Trợ cấp Tiền mặt Tạm thời trong nhiều tiểu bang cùng một lúc, quý vị không đủ điều kiện tham gia vào chương trình Trợ cấp Tiền mặt Tạm thời trong thời hạn 10 năm.

CÔNG BỐ VỀ SỰ KHÔNG KỶ THỊ CỦA SỞ TRẺ EM VÀ GIA ĐÌNH TẠI TIỂU BANG FLORIDA

Căn cứ trên cơ sở chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, hoặc tàn tật, không một người nào bị loại trừ không cho tham gia, bị từ chối hưởng các phúc lợi, hoặc bị kỳ thị bất hợp pháp trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động tiếp nhận hoặc sự hưởng trợ cấp tài chính của liên bang do Sở quản lý. Muốn lập hồ sơ khiếu nại về cáo buộc vi phạm chính sách này, xin quý vị hãy liên lạc với Văn Phòng Dân Quyền, Sở Trẻ em và Gia đình tại Tiểu bang Florida, 1317 Đại lộ Winewood, Tòa nhà 1, Phòng 101, Tallahassee, Tiểu bang Florida 32399-0700 hoặc điện thoại đến số 1-850-487-1901, hoặc TDD 1-850-922-9220.

CÔNG BỐ VỀ SỰ KHÔNG KỶ THỊ CỦA BỘ NÔNG NGHIỆP HOA KỲ (USDA) VÀ BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SỰ (HHS) HOA KỲ

Chiếu theo Luật liên bang và chính sách của Bộ Nông nghiệp Hoa kỳ (USDA) và Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự (HHS) Hoa kỳ, tổ chức này bị cấm kỳ thị trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, hoặc tàn tật. Theo Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng và chính sách USDA, cũng cấm sự kỳ thị dựa trên cơ sở tín ngưỡng hoặc niềm tin chính trị. Muốn nộp đơn kiện về sự kỳ thị, xin quý vị hãy liên lạc với USDA hoặc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự (HHS) Hoa kỳ. Xin quý vị ghi USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 hoặc điện thoại đến số (202) 720-5964 (bằng tiếng nói hoặc TDD). Xin quý vị ghi Regional Manager, DHHS Office of Civil Rights, Region IV, Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 hoặc điện thoại đến số 1-800-368-1019 hoặc TDD 1-800-537-7697.

NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP

Quý vị có thể đích thân nộp Đơn xin Trợ Cấp cho bất kỳ Văn Phòng Dịch vụ Tự túc Kinh Tế của Sở Trẻ em và Gia Đình tại Tiểu bang Florida hoặc nhờ người nào đại diện cho quý vị đích thân nộp đơn bằng đường bưu điện, FAX, hoặc gửi điện thư qua mạng. Các đơn xin nhận được trong giờ làm việc thông thường được xem là nhận cùng một ngày. Khi một đơn xin nhận được sau giờ làm việc, đơn này sẽ được xem như nhận được vào ngày làm việc kế tiếp sau khi nhận được.