Cơ quan Dịch vụ Xã hội và Phục hồi Kansas
Đơn xin trợ cấp dành cho những người độc thân, người già và người khuyết tật

Đây là hồ sơ đăng ký của quý vị cho các chương trình và dịch vụ do chúng tôi cung cấp. Hãy trả lời tất cả các câu hỏi theo khả năng tốt nhất của quý vị. Nếu tiếng Anh không phải là ngôn ngữ ưa thích của quý vị, quý vị sẽ có một phiên dịch viên miễn phí.

Phần chỉ dành cho cơ quan

Date Received: _____

Date Interviewed: _____

____ Initial _____ Review

Worker: _____

Case Number(s): _____

Mẫu đơn đăng ký này cung cấp cho chúng tôi những thông tin mà chúng tôi cần để xác định tính hợp lệ cho quý vị và gia đình của quý vị. Sau đây là các chương trình và dịch vụ mà quý vị có thể đăng ký với mẫu đơn này:

Hỗ trợ Y tế: Các chương trình hỗ trợ y tế cung cấp bảo hiểm y tế cho những người già và người khuyết tật. Bảo hiểm y tế có thể giúp chi trả các hóa đơn y tế, các đợt thăm khám của bác sỹ và thuốc. Để đăng ký hỗ trợ y tế, hãy điền vào tất cả các mục mà quý vị nhìn thấy hình túi y tế.

Hỗ trợ lương thực: Hỗ trợ lương thực là các trợ cấp điện tử mà quý vị có thể sử dụng để mua thức ăn. Nếu quý vị cần giúp đỡ mua thức ăn hãy điền vào tất cả các mục mà quý vị nhìn thấy hình xe mua hàng. Quý vị có thể nhận hỗ trợ lương thực trong vòng 7 ngày.

Hỗ trợ tiền mặt: Hỗ trợ tiền mặt giúp những người khuyết tận chưa nhận được các trợ cấp An sinh Xã hội (SSA) hoặc Thu nhập Bảo đảm Bổ sung. Để đăng ký hỗ trợ tiền mặt, hãy điền vào tất cả các mục mà quý vị nhìn thấy biểu tượng đồng đô-la.

Hãy làm theo những bước sau để đăng ký.

- Hãy hoàn thành mẫu đơn này hoặc vào www.srskansas.org để đăng ký trực tuyến. Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc có câu hỏi nào hãy gọi 1-888-369-4777.
- Hãy đọc các câu hỏi cẩn thận và trả lời một cách trung thực. Nếu quý vị đăng ký cho ai đó, hãy trả lời các câu hỏi hộ người đó.
- Hãy đảm bảo ký và ghi ngày tháng vào mẫu đơn này. Hồ sơ của quý vị không hoàn chỉnh khi quý vị vẫn chưa ký vào đó.
- Nếu quý vị không thể hoàn thành hồ sơ ngay bây giờ, hãy đề tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị vào trang 1 và gửi lại mẫu đơn. Chúng tôi cần tất cả các thông tin để xem liệu quý vị có thể có được hỗ trợ mà quý vị yêu cầu không.
- Hãy nộp lại mẫu đơn này càng sớm càng tốt. Nếu quý vị đủ điều kiện, một vài trợ cấp sẽ bắt đầu ngay từ ngày văn phòng của chúng tôi nhận được hồ sơ đăng ký có đầy đủ chữ ký.
- Hãy gửi thư, fax hoặc mang mẫu đơn này đến văn phòng SRS địa phương của quý vị. Việc xử lý hồ sơ của quý vị có thể mất 30-45 ngày.
- Nếu cần phải phỏng vấn, chúng tôi sẽ liên hệ tới quý vị.
- Một danh sách các mục mà chúng tôi có thể cần từ phía quý vị nằm ở trang cuối cùng của mẫu đơn này. Hãy xé phần đó ra và giữ lại cho hồ sơ của quý vị.

Các dịch vụ khác: SRS cũng cung cấp các dịch vụ được liệt kê ở dưới đây. Nếu quý vị muốn có thêm thông tin hoặc muốn đăng ký, hãy đánh dấu vào ô thích hợp.

☐ **Thi hành Hỗ trợ Trẻ em** - Nhằm thi hành các lệnh hỗ trợ trẻ em và để giúp đảm bảo rằng trẻ em tiếp cận được hỗ trợ tài chính và chăm sóc sức khỏe.

☐ **Phục hồi hướng nghiệp** - Nhằm giúp những người khuyết tật có việc làm.

<u>Hãy nộp lại mẫu đơn này tới:</u>

A. Hãy giúp chúng tôi quyết định nhanh hơn việc liệu quý vị có thể nhận hỗ trợ y tế/lương thực

Nếu quý vị có ít hoặc không có tiền, chúng tôi có thể cấp cho quý vị hỗ trợ lương thực trong vòng 7 ngày. Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi có thể cấp cho quý vị một thẻ y tế trong vòng 10 ngày. Hãy hoàn thành phần này để giúp chúng tôi quyết định việc liệu quý vị có thể nhận trợ cấp nhanh hơn.

Phần chỉ dành cho cơ quan

Expedited FS?

☐ No ☐ Yes

Expedited Medical?

☐ No ☐ Yes

1. Có ai trong hộ gia đình của quý vị đang mang thai không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê tên và kỳ hạn sinh nở _____

   _____

2. Tổng thu nhập của hộ gia đình của quý vị trong một tháng có ít hơn $150 không?

   ☐ Không ☐ Có

3. Hộ gia đình của quý vị có tiền mặt, tiền séc và tiền tiết kiệm ít hơn $100 không?

   ☐ Không ☐ Có

4. Có bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị là người di cư hoặc người làm công ở trang trại theo mùa vụ không? ☐ Không ☐ Có

5. Hãy điền vào số tiền nợ/thuê nhà hiện tại của quý vị ..... $_____

6. Hãy điền vào khoản tiền tiện ích hàng tháng hiện tại ..... +$_____

7. Tổng chi phí nhà ở (tổng dòng 5 & 6) ..... =$_____

8. Điền vào tổng thu nhập dự tính tháng này của hộ gia đình quý vị ..... $_____

9. Điền vào tổng số tiền mặt, tiền séc và tiền tiết kiệm của hộ gia đình của quý vị..... +$_____

10. Tổng các Tài sản và Thu nhập dự tính (tổng dòng 8 &9) ..... =$_____

11. Các chi phí về nhà ở của hộ gia đình của quý vị (dòng 7) có nhiều hơn tổng thu nhập và các nguồn lực dự tính (dòng 10) không?

    ☐ Không ☐ Có

B. Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị và những người trong nhà của quý vị

Quý vị đang đăng ký (những) chương trình nào? (Đánh dấu tất cả những chương trình mà quý vị đăng ký)

☐ Hỗ trợ Y tế: ☐ Hỗ trợ lương thực: ☐ Hỗ trợ tiền mặt:

Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị cần bất cứ chương trình y tế nào sau đây:

☐ Sức khỏe Lao động ☐ Các dịch vụ tại cộng đồng và tại nhà

☐ Cơ sở điều dưỡng ☐ Hỗ trợ các chi phí y tế (QMB/LMB)

Hãy cung cấp các thông tin sau và ký vào phần này của bản đăng ký.

Tên: _____ **Chữ ký:** _____

Họ, Tên đệm viết tắt, Tên

Địa chỉ Phố: _____ Thành phố: _____ Hạt: _____ Mã vùng: _____

Địa chỉ nhận thư: _____ Thành phố: _____ Hạt: _____ Mã vùng: _____

Điện thoại nhà riêng: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____ Điện thoại di động: _____ Thư điện tử: _____

Quý vị: ☐ Độc thân ☐ Có gia đình (Gồm cả hôn nhân không đăng ký) ☐ Ly hôn ☐ Ly thân ☐ Góa chồng/vợ

Nếu góa chồng/vợ hoặc ly hôn, hãy liệt kê (các) tên của (những) người chồng/vợ cũ của quý vị:_____

B. Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị và những người trong nhà của quý vị (tiếp theo)

Trợ cấp phụ thuộc vào những người sống trong hộ gia đình quý vị và họ có quan hệ như thế nào với quý vị. Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị trước tiên. Sau đó hãy cho chúng tôi biết thêm về quý vị và mọi người trong hộ gia đình của quý vị trong các ô dưới đây và tại trang tiếp theo. **Hãy sử dụng các phần thông tin thêm ở trang 13 nếu hộ gia đình quý vị có hơn 3 người.**

Họ, Tên đệm viết tắt Tên	Mối quan hệ với quý vị	Quý vị có đăng ký cho người này không?	Giới tính Nam/Nữ	Ngày sinh	Số an sinh xã hội	Chủng tộc/Nhóm dân tộc (không bắt buộc) **Hãy sử dụng các mã dưới đây** Chủng tộc | Dân tộc		Thành phố và Tiểu bang nơi sinh/Tình trạng Công dân (Hãy liệt kê nơi sinh và đánh dấu vào một ô).
	Bản thân	☐ Không ☐ Có	☐ Nam ☐ Nữ					Thành phố và Tiểu Bang nơi sinh _____ ☐ Công dân ☐ Người nước ngoài
		☐ Không ☐ Có	☐ Nam ☐ Nữ					Thành phố và Tiểu Bang nơi sinh _____ ☐ Công dân ☐ Người nước ngoài
		☐ Không ☐ Có	☐ Nam ☐ Nữ					Thành phố và Tiểu Bang nơi sinh _____ ☐ Công dân ☐ Người nước ngoài

Các mã chủng tộc/dân tộc: Các mã sau nhằm phục vụ cho mục đích báo cáo của liên bang và sẽ không ảnh hưởng đến các lợi ích của quý vị.

Chủng tộc (chọn những chủng tộc thích hợp): A = Người da đỏ Châu Mỹ/Người Alaska bản địa B = Người Mỹ da đen/Người Mỹ gốc Phi

P = Người bản địa Hawaii/Người dân đảo Thái bình dương S = Người Châu Á W = Người da trắng

Dân tộc (hãy chọn chỉ một): H = Người Tây Ba Nha hoặc Bồ Đào Nha hoặc người La-tin

N = Người không phải người Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha/người La-tin

1. Câu nào sau đây mô tả đúng nhất tình hình cuộc sống hiện tại của quý vị?

   ☐ Ở trong nhà của quý vị ☐ Thuê nhà ☐ ở với ai đó ☐ Cơ sở trợ sinh ☐ bệnh viện – ngày nhập viện: _____

   ☐ Cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở khác – ngày vào:_____ ☐ Tình trạng sinh sống khác: _____

   Tên của cơ sở điều dưỡng, bệnh viện hoặc cơ sở khác: _____

2. Quý vị đã từng ở trong một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng hơn 30 ngày chưa?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, khi nào? (tháng/ngày/năm trong suốt tháng/ngày/năm): _____

3. Quý vị có phải là cựu chiến binh không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, liệt kê số xác nhận VA: _____

4. Quý vị đã bao giờ kết hôn với một cựu chiến binh chưa?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê tên của người chồng/vợ cựu chiến binh: _____

5. Có ai đang nhận hoặc có ai đã từng nhận hỗ trợ y tế, lương thực hoặc tiền mặt hoặc các hàng hóa của người bộ lạc ở tiểu bang này hoặc tiểu bang khác chưa? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn thành thông tin sau:

   Các trợ cấp gì: _____Tiểu bang:_____Tháng/Năm: _____

6. Có thành viên nào của gia đình không ở nhà không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê (các) tên: _____

   Tại sao họ lại ra khỏi nhà? _____

   Ngày trở về dự kiến:_____

B. Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị và những người trong nhà của quý vị (tiếp theo)

7. Các thành viên trong hộ gia đình của quý vị có là thành viên của một Bộ lạc người Mỹ bản địa không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, bộ lạc nào? _____ Hộ gia đình của quý vị có sống trong một vùng đất dành riêng cho người bản địa không? ☐ Không ☐ Có

Nếu quý vị chỉ đăng ký hỗ trợ y tế, hãy bỏ qua các câu hỏi 8-10 và tiếp tục phần C.
Các câu hỏi sau đây được yêu cầu theo luật pháp của liên bang và tiểu bang chỉ đối với các mục đích của chương trình hỗ trợ tiền mặt và lương thực. Nếu quý vị trả lời có đối với bất cứ câu hỏi nào dưới đây, hãy chắc chắn rằng quý vị liệt kê (các) tên của (những) người có liên quan.

8. Có ai trong gia đình quý vị phạm tội nghiêm trọng liên quan đến ma túy sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê (các) tên: _____

9. Có ai trong hộ gia đình của quý vị đang chạy trốn khỏi tù hoặc việc thi hành tội nguy hiểm không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê (các) tên: _____

10. Có ai trong hộ gia đình của quý vị vi phạm án tù treo hoặc bản cam kết không?

    ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê (các) tên: _____

C. Hãy cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị như thế nào

Chúng tôi cung cấp người phiên dịch và các dịch vụ dịch thuật. Hãy điền vào phần này để giúp chúng tôi đáp ứng các nhu cầu của quý vị.
Có ai trong hộ gia đình của quý vị thích nói hoặc đọc một ngôn ngữ khác với tiếng Anh không? ☐ Không ☐ Có
Nếu có, hãy viết tên của ngôn ngữ nói và/hoặc viết ưa thích đó dưới đây. Cũng vậy, hãy kèm theo các nhu cầu giao tiếp khác như chữ Braille, tiếp âm, tiếng Anh ra hiệu, thiết bị trợ thính/trợ âm TDD/TTY, chữ viết to, chương trình tổng hợp giọng nói, v.v.

Tên	Ngôn ngữ nói	Ngôn ngữ viết	Các nhu cầu khác

D. Hãy cho chúng tôi biết về các hóa đơn và bảo hiểm y tế của quý vị

Chúng tôi cần biết về các hóa đơn y tế của quý vị và bất kỳ bảo hiểm nào mà quý vị có để xác định chính xác tính hợp lệ của quý vị. Hãy trả lời các câu hỏi sau:

1. Quý vị có các hóa đơn y tế nào chưa thanh toán được trong ba tháng trước không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê: _____

   _____

2. Quý vị có muốn được giúp đỡ giải quyết các hóa đơn y tế (bao gồm cả phí bảo hiểm y tế) từ ba tháng trước không? ☐ Không ☐ Có
3. Có ai trong hộ gia đình quý vị có Medicare không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn thành thông tin dưới đây.

   Về thẻ Medicare của quý vị:

Người được bảo hiểm	Số Xác nhận Bảo hiểm y tế	Loại bảo hiểm hãy đánh dấu vào (các) ô	Ngày hiệu lực	Số tiền phí bảo hiểm	Tên hợp đồng bảo hiểm
		Phần A ☐			
		Phần B ☐			
		Phần D ☐			
		Phần A ☐			
		Phần B ☐			
		Phần D ☐			
		Phần A ☐			
		Phần B ☐			
		Phần D ☐			

D. Hãy cho chúng tôi biết về các hóa đơn y tế và bảo hiểm sức khỏe của quý vị (tiếp)

4. Có ai trong hộ gia đình quý vị được hưởng bảo hiểm sức khỏe không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy hoàn thành thông tin sau:
(Hãy đính kèm theo những bảo sao của các thẻ bảo hiểm của quý vị – sao chụp cả hai mặt.)

Người được bảo hiểm	Tên của công ty bảo hiểm	Loại bảo hiểm (Bệnh viện, Y tế, RX, khác)	Liệt kê phí bảo hiểm hàng tháng	Ngày hiệu lực	Số Hợp đồng/Xác nhận

E. Ai ăn cùng với quý vị

Các hộ gia đình được nhận hỗ trợ lương thực dựa trên những người sống cùng với nhau, và những người cùng nhau mua và nấu thức ăn.

Quý vị có mua và nấu (hoặc sẽ mua và nấu sau khi được chấp thuận) thức ăn riêng với những người khác trong nhà của quý vị không?

☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy liệt kê tên của họ và mối quan hệ với quý vị: _____

_____

F. Hãy cho chúng tôi biết về những sinh viên trong nhà của quý vị

Những quy định đặc biệt áp dụng cho sinh viên. Hãy hoàn chỉnh thông tin này để giúp chúng tôi quyết định liệu những quy định này có áp dụng đối với hộ gia đình của quý vị không.

Có ai trong nhà của quý vị là học sinh cấp 3, sinh viên đại học hoặc học sinh của một trường kỹ thuật dạy nghề không?

☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

Tên sinh viên	Lớp	Tên trường học	PT- Bán thời gian FT - Toàn thời gian

Phần chỉ dành cho cơ quan

G. Hãy cho chúng tôi biết liệu quý vị có muốn chỉ định ai đó giúp đỡ vụ việc của quý vị không

Quý vị có thể đưa ra tên của một người khác để giúp quý vị nhận trợ cấp. Người này có thể giúp điền vào hồ sơ đăng ký, trả lời các câu hỏi cho quý vị, và sử dụng thẻ Vision hoặc thẻ Medical cho quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin với người này. Người này có thể là họ hàng, hàng xóm, bạn bè, luật sư được ủy nhiệm lâu dài hoặc người khác mà quý vị tin tưởng.

1. Nếu quý vị muốn có ai đó giúp đỡ quý vị, hãy điền đầy đủ thông tin về người này dưới đây:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Căn hộ #: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____ Thư điện tử: _____

Mối quan hệ của người này với quý vị là gì (ví dụ như là con, bạn bè, luật sư, v.v.)? _____

Tôi chỉ định người được nêu tên ở trên là người đại diện cho tôi để đăng ký và quản lý trợ cấp của tôi. Người này sẽ nhận các bản sao của bất cứ lá thư nào được gửi đến về vụ việc của tôi và có trách nhiệm hoàn chỉnh việc xem lại các mẫu đơn và báo cáo những thay đổi:

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Người làm chứng: _____ Ngày: _____

Người làm chứng: _____ Ngày: _____

2. Nếu quý vị được chấp nhận hỗ trợ tiền mặt hoặc phiếu lương thực, quý vị sẽ được nhận một Thẻ Vision để tiếp cận trợ cấp của quý vị. Quý vị có muốn người được nêu tên ở trên tiếp cận trợ cấp của quý vị không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, trợ cấp nào? ☐ Tiền mặt ☐ Hỗ trợ lương thực Nếu không, quý vị có muốn chọn ai khác để giúp quý vị nhận trợ cấp hỗ trợ tiền mặt hoặc lương thực không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy hoàn thành đầy đủ thông tin sau cho người này. Người này sẽ là đại diện được ủy quyền của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin với người này và người này có thể tiếp cận các trợ cấp lương thực và/hoặc tiền mặt của quý vị.

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____

H. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị là người khuyết tật

Chúng tôi cần biết liệu có người nào trong hộ gia đình của quý vị bị khuyết tật không. Ghi chú: Thông tin Sức khỏe Cá nhân được tiết lộ ở đây sẽ chỉ được sử dụng để xác định tình trạng khuyết tật của quý vị và sẽ không được chia sẻ với những người khác. Hãy hoàn thành đầy đủ thông tin sau:

1. Có ai trong hộ gia đình quý vị bị khuyết tật không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, ai? _____

   Nếu Không, hãy tiếp tục Phần I. Ghi chú: Nếu có nhiều hơn một người khuyết tật, hãy trả lời các câu hỏi dành cho người thứ hai ở trang 13.

2. Người này có được nhận trợ cấp khuyết tật An sinh Xã hội không? ☐ Không **Hãy hoàn thành đầy đủ các câu hỏi số 3 đến số 6 dưới đây.** ☐ Có **Làm tiếp Phần I**

3. Làm ơn hãy mô tả khuyết tật: _____

4. Quý vị có nghĩ khuyết tật này sẽ kéo dài quá 12 tháng không? ☐ Không ☐ Có

5. Quý vị có nghĩ khuyết tật này sẽ dẫn đến cái chết không? ☐ Không ☐ Có

6. Người này đã bao giờ đăng ký trợ cấp An sinh Xã hội chưa? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

   a. Có phải hồ sơ đăng ký đã bị từ chối? ☐ Không ☐ Có Nếu có, khi nào: _____

   b. Có phải sự từ chối đó đang được kháng cáo không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, tình trạng: _____

   c. Điều kiện hiện tại có trở nên xấu đi từ kể từ lúc bị từ chối An sinh Xã hội không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy giải thích: _____

   d. Quý vị có khuyết tật mới hoặc điều kiện mới nào đó mà An sinh Xã hội đã không xem xét đến không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy mô tả ngắn gọn khuyết tật đó: _____

   e. Luật sư hoặc người nào đó có giúp đỡ quý vị đăng ký An sinh Xã hội để xin trợ cấp khuyết tật không? ☐ Không ☐ Có

   Nếu có, hãy liệt kê tên của người đó và tổ chức đó: _____ Số điện thoại: _____

I. Hãy cho chúng tôi biết về các tài sản của quý vị

Chúng tôi cần biết về các tài sản của quý vị để quyết đinh liệu quý vị có thể nhận trợ cấp hay không. Nếu cần thiết, hãy sử dụng trang 13 để liệt kê thêm thông tin.

1. Có ai trong hộ gia đình của quý vị sở hữu hoặc đứng tên bất cứ tài sản nào không?

☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau: Đánh dấu không hoặc có vào mỗi một mục dưới đây.

Loại Tài sản		(Những) người đứng tên Tài sản:	Số tiền hoặc Giá trị	Tài sản đó được cất giữ ở đâu? (Tên Ngân hàng, Tổ chức Tín dụng hoặc Công ty)	Số tài khoản
Tiền mặt	☐ Không ☐ Có				
Tài khoản séc	☐ Không ☐ Có				
Tiết kiệm/Chứng chỉ tiền gửi	☐ Không ☐ Có				
IRA	☐ Không ☐ Có				
Các tài khoản của cơ sở điều dưỡng	☐ Không ☐ Có				
Cổ phiếu và Trái phiếu	☐ Không ☐ Có				
Các kế hoạch đám tang hoặc chôn cất	☐ Không ☐ Có				
Nơi chôn cất	☐ Không ☐ Có				
Khác: _____	☐ Không ☐ Có				
Khác: _____	☐ Không ☐ Có				
Quý vị có phương tiện đi lại không? ☐ Không ☐ Có Có đăng ký ở Kansas không? ☐ Không ☐ Có	Năm: _____ Hãng sản xuất: _____ Mẫu: _____ Người sở hữu: _____ Năm: _____ Hãng sản xuất: _____ Mẫu: _____ Người sở hữu: _____				

2. Có ai trong nhà của quý vị có bảo hiểm nhân thọ không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:
(Bao gồm các bản sao của tất cả các hợp đồng bảo hiểm.)

Chủ hợp đồng	Công ty Bảo hiểm	Số Hợp đồng bảo hiểm	Giá trị Bề ngoài	Giá trị Tiền mặt

I. Hãy cho chúng tôi biết về các tài sản của quý vị (tiếp)

3. Có ai trong hộ gia đình quý vị sở hữu một ngôi nhà không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy điền vào thông tin sau:

   Những người chủ sở hữu: _____ Địa điểm: _____

   Ngày mua: _____ Giá trị: _____ Số tiền còn nợ: _____

   Ai sống trong ngôi nhà này? _____

   Nếu chủ nhà không sống ở đó, giải thích tại sao: _____

   Nếu chủ nhà không sống ở đó, chủ nhà có ý định trở về ngôi nhà đó không? ☐ Không ☐ Có

4. Có ai trong hộ gia đình của quý vị sở hữu mảnh đất khác không (bao gồm các tòa nhà, mảnh đất, đất trang trại, nhà thứ hai)?

   ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

   Mô tả tài sản: _____

   Địa điểm: _____

   (Những) người chủ sở hữu: _____ Giá trị: _____ Số tiền còn nợ: _____

5. Có ai trong hộ gia đình của quý vị có tài sản được hưởng trọn đời hoặc lợi tức trọn đời từ bất cứ tài sản nào không?

   ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

   Mô tả tài sản: _____

   Địa điểm: _____ (Những) người chủ sỡ hữu: _____

   Liệt kê ngày có tài sản trọn đời: _____ Giá trị tài sản: _____

6. Có ai trong hộ gia đình quý vị có quỹ ủy thác không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, liệt kê dưới đây loại quỹ, chủ sở hữu, mục đích và số tiền:

   _____

   _____

7. Có ai trong hộ gia đình của quý vị có tiền trợ cấp hàng năm hoặc khoản đầu tư tương tự khác, bao gồm cả những khoản được đưa ra như là một phần của gói hưu trí không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

   (Những) người chủ sở hữu: _____ Giá trị: _____

   Công ty: _____

   Ghi chú: Đối với hỗ trợ Chăm sóc Dài hạn, Tiểu bang Kansas phải được đứng tên như là người hưởng lợi của bất kỳ khoản tiền trợ cấp hàng năm nào của quý vị mà đã được mua vào hoặc sau ngày 8 tháng 2, 2006. Nhiều thông tin hơn nữa về quá trình này sẽ được cung cấp cho quý vị. Khi quý vị ký vào hồ sơ đăng ký này quý vị đã đồng ý thực hiện việc chuyển nhượng này.

8. Có ai nợ quý vị tiền bằng giấy hẹn trả tiền hoặc khoản nợ khác không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, hãy giải thích:

   _____

9. Có ai trong hộ gia đình quý vị có tài sản khác không (như một R.V, xe moóc, thuyền, gia súc, quyền khai thác dầu, máy móc, v...)?

   ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau: Nếu cần thiết, hãy sử dụng trang 13 để liệt kê thêm thông tin.

   a. Mô tả tài sản: _____

      (Những) người chủ sở hữu: _____ Giá trị: _____

   b. Mô tả tài sản: _____

      (Những) người chủ sở hữu: _____ Giá trị: _____

10. Trong năm năm qua quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có vay nợ bằng tài sản nào, bao gồm cả thế chấp lần hai không?

    ☐ Không ☐ Có

11. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã bao giờ khước từ một thừa kế hoặc di chúc không?

    ☐ Không ☐ Có

12. Quý vị hoặc bạn đời của quý ví đã bao giờ làm việc với một luật sư để Lập kế hoạch Bất động sản chưa? ☐ Không ☐ Có

    Nếu có, hãy nhập các thông tin sau: Tên luật sư: _____ Ngày: _____

I. Hãy cho chúng tôi biết về các tài sản của quý vị (tiếp)

13. Quý vị hoặc chồng/ vợ của quý vị đã bao giờ thay đổi quyền sở hữu, bán hoặc cho bất cứ tài sản nào trong vòng năm năm qua (như tiền mặt, CD, cổ phiếu, nhà, đất, hoặc bất kỳ tài sản nào khác) không?

☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

Ngày thay đổi quyền sở hữu	Loại tài sản	Giá trị	Cho/Bán Cho	Mục đích

J. Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập kiếm được của quý vị

Chúng tôi cần biết về tất cả các thu nhập từ các công việc, tự làm, lao động hợp đồng, v.v... Có ai trong hộ gia đình của quý vị tự làm hoặc làm một công việc gì không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin dưới đây đối với tất cả các việc. Công việc tự làm bao gồm các thu nhập từ các công việc vặt, trông trẻ, cắt cỏ, quét tuyết, bán mỹ phẩm, v...Nếu cần thiết, hãy sử dụng trang 13 để liệt kê thêm thông tin.

Tên	Tên người tuyển dụng, Số điện thoại và Địa chỉ (nếu tự làm chủ, hãy liệt kê loại hình kinh doanh)	Lương hoặc Tiền công theo Giờ	Tiền thưởng hoặc Hoa hồng	Số giờ làm việc mỗi tuần	Quý vị thường được trả lương như thế nào?	Số ngày trong tuần được trả công

Quý vị có các chi phí đặc biệt liên quan đến khuyết tật của quý vị để hỗ trợ quý vị làm việc không? (Ví dụ bao gồm chó dịch vụ, người chăm sóc bên cạnh, vận chuyển chuyên dụng để làm việc, v.v...) ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

Loại chi phí	Số tiền chi phí	Thường trả như thế nào?

Có ai trong hộ gia đình quý vị mất hoặc bỏ một công việc trong vòng 60 ngày qua không? ☐ Không ☐ Có Nếu Có, hãy hoàn chỉnh thông tin sau:

Tên: _____ Nhà tuyển dụng: _____

Ngày làm việc cuối cùng: _____ Lý do: _____

_____

K. Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập khác của quý vị

Chúng tôi cũng cần được biết về tất cả các thu nhập khác trong hộ gia đình của quý vị để quyết định liệu quý vị có thể nhận trợ cấp hay không.

Hãy hoàn thành đầy đủ biểu đồ sau: Đánh dấu không hoặc có vào mỗi một mục dưới đây. Nếu cần thiết, hãy sử dụng trang 13 để liệt kê thêm thông tin.

Loại/Nguồn thu nhập		Tên của người nhận thu nhập này	Số tiền được nhận (trước khi bị khấu trừ)	Được nhận thường xuyên thế nào	Số Xác nhận
Trợ cấp An sinh Xã hội	☐ Không ☐ Có	1.			
	☐ Không ☐ Có	2.			
	☐ Không ☐ Có	3.			
Thu nhập Bảo hiểm Bổ sung (SSI)	☐ Không ☐ Có	1.			
	☐ Không ☐ Có	2.			
Trợ cấp của Cựu chiến binh	☐ Không ☐ Có				
Khoản tiền về hưu của người làm trong ngành đường sắt	☐ Không ☐ Có				
Tiền ký gửi	☐ Không ☐ Có				
Tiền trợ cấp hàng năm	☐ Không ☐ Có				
Các khoản tiền về hưu hoặc lương hưu khác. Nguồn: _____	☐ Không ☐ Có				
Tiền bồi thường của người lao động/Thất nghiệp	☐ Không ☐ Có				
Đặc quyền khai thác dầu / Quyền khai thác khoáng sản / Các khoản thanh toán cho bộ lạc	☐ Không ☐ Có				
Bán hàng theo hợp đồng / Thu nhập từ tài sản cho thuê	☐ Không ☐ Có				
Thu nhập khác Nguồn 1:_____	☐ Không ☐ Có				
Nguồn 2:_____	☐ Không ☐ Có				

Đã có ai đăng ký thu nhập hoặc trợ cấp khác chưa? ☐ Không ☐ Có

Nếu có, hãy liệt kê ai đăng ký và đăng ký thu nhập hoặc trợ cấp nào: _____

_____

Phần chỉ dành cho cơ quan

L. Hãy cho chúng tôi biết các chi phí của hộ gia đình quý vị

Để giúp chúng tôi quyết định khoản tiền chính xác dành cho trợ cấp hỗ trợ thực phẩm, hãy cho chúng tôi biết các chi phí về nhà ở và các chi phí khác của quý vị.

Loại chi phí	Số tiền	Ai thanh toán?
Quý vị có thuê nhà không? ☐ Không ☐ Có Nếu thuê nhà, hãy liệt kê tên, địa chỉ và điện thoại của chủ nhà: _____ _____ Quý vị có sở hữu hoặc sẽ mua nhà không? ☐ Không ☐ Có		
Số tiền thuê nhà hoặc thanh toán mua nhà hàng tháng của quý vị là bao nhiêu?.....	$	
Nếu thuê nhà, đó có phải là nhà được trợ cấp, Mục 8, HUD, hay loại khác không? ☐ Không ☐ Có		
Nếu có, hãy cho chúng tôi biết số tiền quý vị có trách nhiệm thanh toán hàng tháng.....	$	
Quý vị có thanh toán các khoản thuế tài sản không tính vào thanh toán tiền nhà không?	$	
Quý vị có thanh toán bảo hiểm của chủ nhà không tính vào thanh toán tiền nhà không? ☐ Không ☐ Có	$	
Quý vị có thanh toán tiền chăm sóc trẻ em hoặc người lệ thuộc không? ☐ Không ☐ Có	$	
Quý vị có thanh toán hỗ trợ trẻ em không? ☐ Không ☐ Có Hãy liệt kê số tiền phải thanh toán và mã số lệnh tòa án cho từng đứa trẻ:_____	$	
Nếu quý vị từ 60 tuổi trở lên, hoặc bị khuyết tật, quý vị có các khoản chi phí y tế nào không? ☐ Không ☐ Có Hãy đưa vào bảo hiểm sức khỏe và Phí bảo hiểm Medicare. Hãy sử dụng trang 13 để liệt kê thêm các thông tin.		

Quý vị có các khoản chi phí tiện ích không? ☐ Không ☐ Có

Quý vị có các khoản chi phí sưởi ấm hoặc làm mát không? ☐ Không ☐ Có

Nếu không, hãy đánh dấu các tiện ích sau mà quý vị có trách nhiệm thanh toán:

☐ Nước ☐ Thoát nước ☐ Rác thải ☐ Điện thoại ☐ Điện/gas để nấu ăn hoặc chiếu sáng ☐ Khác _____

☐ Không có

Quý vị có nhận Hỗ trợ Năng lượng dành cho người có Thu nhập thấp (LIEAP) không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, khi nào: _____

Có ai giúp quý vị thanh toán các khoản chi phí trên không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, quý vị nhận giúp đỡ cho các khoản chi phí nào?

_____ Họ thanh toán bao nhiêu tiền? _____

Phần chỉ dành cho cơ quan

Hãy đọc thông tin này trước khi ký Trang 12

Quyền, Trách nhiệm, và Hình phạt

- Tôi đã đọc và hiểu các quyền và trách nhiệm của tôi được liệt kê tại trang xé rời ở cuối mẫu đơn này.
- Tôi hiểu các câu hỏi trong hồ sơ đăng ký này.
- Tôi hiểu các hình phạt vì sự che dấu thông tin (các hình phạt được trình bày tại trang xé rời ở cuối mẫu đơn này).
- Tôi hiểu các hình phạt vì việc đưa ra thông tin sai lệch (các hình phạt được trình bày tại trang xé rời ở cuối mẫu đơn này).

Tình trạng công dân

- Việc ký vào mẫu đơn này có nghĩa là tôi đồng ý rằng mọi người sống trong nhà của tôi, những người đang yêu cầu trợ giúp, là một công dân Mỹ hoặc có tình trạng nhập cư hợp pháp. Tôi hiểu yêu cầu này không áp dụng cho những người đang yêu cầu Trợ giúp Y tế Khẩn cấp (Chương trình SOBRA).

Các thay đổi mà quý vị phải báo cáo

- Tôi đồng ý báo cáo các thay đổi như thay đổi địa chỉ của tôi, thay đổi thu nhập, và các thay đổi về các cá nhân sống trong nhà của tôi.
- Tôi hiểu nhân viên xử lý yêu cầu của tôi sẽ gửi cho tôi thông báo về các thay đổi mà tôi phải báo cáo.
- Tôi sẽ cho nhân viên này biết về các thay đổi mà có thể ảnh hưởng đến sự đủ điều kiện hoặc mức độ trợ cấp của tôi.

Chúng tôi sẽ kiểm tra thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi

- Tôi hiểu quý vị sẽ kiểm tra thông tin mà tôi cung cấp trong hồ sơ đăng ký này.
- Tôi hiểu quý vị có thể liên hệ các cơ quan khác như các nhân viên liên bang, tiểu bang, địa phương, các nhà tuyển dụng, các nhà cung cấp dịch vụ y tế, các doanh nghiệp, các tổ chức tài chính, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em để kiểm tra thông tin.
- Tôi hiểu quý vị sẽ sử dụng thông tin mà quý vị kiểm tra và rằng điều đó có thể ảnh hưởng đến sự đủ điều kiện hoặc mức độ trợ cấp của tôi.

Thông tin về Số an sinh xã hội

- Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp hoặc đăng ký Số An sinh Xã hội cho những người trong hộ gia đình của tôi, những người đang yêu cầu trợ giúp.
- Tôi hiểu cơ quan Dịch vụ Xã hội và Phục hồi (SRS) và Cơ quan Bảo hiểm Sức khỏe Kansas (KHPA) sử dụng Số An sinh Xã hội để hoạt động. Các số này được sử dụng để đối chiếu trên máy tính với cơ quan Quản lý An sinh Xã hội, các ngân hàng, cơ quan Dịch vụ Doanh thu Nội bộ, và các tổ chức và cơ quan khác.

Thông tin về các Chi phí Trợ giúp Thực phẩm

- Tôi hiểu tôi phải báo cáo và kiểm tra các khoản chi phí thuộc hộ gia đình của tôi hoặc tôi sẽ không có được khoản khấu trừ dành cho chúng.

Thông tin về sự hợp tác

- Tôi đồng ý rằng những người đang đăng ký và nhận tiền hoặc trợ giúp y tế và những người tự nhận là khuyết tật phải hợp tác trong việc xác định tình trạng khuyết tật y tế hợp lý.
- Tôi hiểu tôi không thể nhận trợ giúp bằng tiền nếu một ai đó không hợp tác.

Thông tin về Bảo hiểm Trợ giúp Y tế

- Tôi hiểu Cơ quan Bảo hiểm Y tế Kansas (KHPA) có trách nhiệm quản lý chương trình trợ giúp y tế.

Các tài sản thuộc bên thứ ba

- Tôi hiểu rằng Chương trình Trợ giúp Y tế Kansas (Quyền XIX và Quyền XXI) sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ không được chi trả bởi các khoản bảo hiểm khác hoặc các bên thứ ba khác.
- Tôi có trách nhiệm sử dụng và báo cáo về tất cả các tài sản bên thứ ba cho mọi người trong nhà tôi, những người nhận trợ giúp y tế. Các ví dụ về các tài sản bên thứ ba gồm chi trả bảo hiểm sức khỏe, dàn xếp của tòa án, các khoản thanh toán hỗ trợ y tế, sự giao phó ủy thác, hoặc sự bảo vệ. Các nguồn này có thể có trách nhiệm về mặt pháp lý trong việc thanh toán một số khoản chi phí y tế cho một người nhất định.
- Tôi hiểu rằng quý vị có thể không thanh toán cho các dịch vụ y tế mà quý vị cho rằng một tài sản bên thứ ba không được sử dụng trước tiên.
- Tôi đồng ý giúp quý vị được xét đến sau tất cả các tài sản bên thứ ba. Bộ phận Bảo hiểm Y tế được xét đến sau các bên khác trong việc thanh toán các dịch vụ y tế. Tôi sẽ giúp bộ phận này theo đuổi tất cả các tài sản bên thứ ba.

Thanh toán và Hỗ trợ

- Nếu chúng tôi được phê duyệt trợ giúp y tế, chúng tôi đồng ý để cho các khoản thanh toán cho các dịch vụ y tế được gửi trực tiếp cho các bác sỹ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác.
- Nếu chúng tôi được phê duyệt trợ giúp y tế, chúng tôi sẽ chuyển cho Cơ quan Bảo hiểm Sức khỏe Kansas (KHPA) bất kỳ khoản thanh toán hỗ trợ y tế nào mà chúng tôi nhận được.

Thông tin về Bảo hiểm Trợ giúp Y tế (tiếp theo)

Quy định Lấy lại tiền từ Tài sản – Những điểm sau KHÔNG áp dụng cho Chương trình Tiết kiệm Medicare.

- Nếu bất kỳ ai nhận trợ giúp y tế sau tuổi 54 hoặc trong khi thuộc một tổ chức, tôi hiểu rằng có thể có các đòi hỏi liên quan đến tài sản của người nhận hoặc người bạn đời để lấy lại số tiền chi phí y tế đã trả nhân danh họ.
- Tôi hiểu rằng quý vị sẽ thông báo cho tất cả các tổ chức tài chính của chúng tôi và các công ty đầu tư khác về đòi hỏi đang chờ xử lý của quý vị đối với tài sản.

Chuyển thông tin đến cơ quan sức khỏe

Tôi cho phép cung cấp tên của tôi và tên của những người trong vụ việc của tôi, địa chỉ, số điện thoại, và tình trạng đủ điều kiện của chúng tôi cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các cơ quan sức khỏe địa phương sao cho họ có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin về các dịch vụ họ cung cấp.

☐ Không ☐ Có

Thông tin về Chương trình Điện thoại Cứu sinh

- Chỉ dành cho trợ giúp thực phẩm, tôi đồng ý rằng SRS có thể cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại của tôi cho các công ty điện thoại để tham gia đăng ký tự động vào Chương trình Cứu sinh. Chương trình Cứu sinh cung cấp dịch vụ điện thoại cơ bản với giá cước giảm.
- Tôi hiểu rằng thông tin của tôi được giữ bí mật và sẽ chỉ được sử dụng để đăng ký vào Chương trình Cứu sinh.
- Tôi hiểu rằng chương trình này không mang tính bắt buộc và rằng tôi có thể từ chối dịch vụ này bằng cách liên hệ với công ty điện thoại tại địa phương của tôi.

Cho phép công bố thông tin và chữ ký

Chữ ký của tôi trên hồ sơ đăng ký này cho phép các nhà tuyển dụng, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các tổ chức tài chính, các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm, các nhà cung cấp trợ cấp, và những người hoặc cơ quan khác có kiến thức về các tình huống của tôi cung cấp cho Sở Dịch vụ Xã hội và Phục hồi Kansas (SRS) và Cơ quan Bảo hiểm Sức khỏe Kansas (KHPA) bất kỳ thông tin nào, bao gồm các thông tin bí mật và liên quan đến sức khỏe, cần thiết để xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi đối với các trợ cấp hoặc để quản lý bất kỳ chương trình nào mà tôi đã đăng ký.

Tôi cho phép SRS và KHPA chia sẻ các thông tin y tế vì mục đích quản lý với các cơ quan và các nhà thầu phụ khác.

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin được cung cấp trong hồ sơ đăng ký này và tất cả các thông tin được cung cấp cho nhân viên SRS hoặc KHPA nhân danh cá nhân tôi được bảo vệ theo các điều luật về giữ bí mật của tiểu bang và liên bang.

Việc công bố thông tin này là hợp lệ từ ngày ký được chỉ ra dưới đây và sẽ duy trì tính hợp lệ cho đến khi bị thu lại bằng văn bản bởi người ký. Bản sao của giấy phép này cũng hợp lệ như bản gốc.

Tôi chứng nhận với sự chấp nhận các hình phạt về sự khai man rằng các câu trả lời là chính xác và đầy đủ với kiến thức tốt nhất của tôi.

Chữ ký của quý vị	Ngày
Chữ ký của người bạn đời của quý vị hoặc một người lớn khác trong nhà của quý vị (Không yêu cầu)	Ngày
Chữ ký của Người làm chứng thứ nhất (Nếu “X” được sử dụng)	Ngày
Chữ ký của Người làm chứng thứ hai (Nếu “X” được sử dụng)	Ngày
Chữ ký của Người giám hộ/Người bảo vệ được chỉ định bởi Tòa án (nếu có thể áp dụng)	Ngày
Chữ ký của Người đại diện về mặt Y tế (nếu có thể áp dụng)	Ngày

Thông tin Đăng ký Cử tri Kansas

Mục này sẽ không ảnh hưởng đến sự trợ giúp hoặc các dịch vụ mà quý vị có thể nhận từ SRS hoặc KHPA. Nếu quý vị không đánh dấu bất kỳ hộp nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu lần này.

Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ngày hôm nay không? ☐ Không ☐ Có ☐ Đã đăng ký tại nơi tôi đang sống hiện tại.

SRS và KHPA lấy làm vui mừng giúp quý vị đăng ký cử tri. Nếu quý vị có các câu hỏi khác hoặc cần báo cáo về một sự cố, quý vị có thể liên hệ với nhân viên tại hạt của quý vị, văn phòng Thư ký Tiểu bang, hoặc gọi 1-800-262-VOTE (8683).

Sử dụng vùng trống này để cung cấp thêm các thông tin

Cơ quan các Dịch vụ Xã hội và Phục hồi Kansas
Hồ sơ đăng ký Trợ cấp cho Người già và Người khuyết tật
Các quyền và trách nhiệm – Hãy đọc và xé để lưu giữ lại cho quý vị

Thời gian xử lý hồ sơ của quý vị là:

- trong vòng 30 ngày đối với trợ giúp thực phẩm;
- trong vòng 45 ngày đối với trợ giúp tiền mặt và y tế;
- trong vòng 90 ngày đối với việc xác định tình trạng khuyết tật y tế hợp lệ.

Nếu quý vị có đủ điều kiện, một vài trợ cấp sẽ bắt đầu từ ngày văn phòng SRS của chúng tôi nhận được hồ sơ đăng ký có đầy đủ chữ ký. Quý vị có thể nhận trợ giúp thực phẩm trong vòng 7 ngày nếu quý vị đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quý vị có đủ điều kiện cho việc xử lý đặc biệt này không.

Thông tin sau áp dụng cho tất cả các chương trình:

Các trách nhiệm của quý vị:

Quý vị có trách nhiệm:

- cung cấp tất cả các thông tin cần có để xác định sự đủ điều kiện của quý vị;
- báo cáo về các thay đổi như được yêu cầu – chúng tôi sẽ cho quý vị biết những gì cần phải báo cáo (ví dụ bao gồm ai đó chuyển đi hoặc chuyển đến nhà của quý vị, thay đổi về thu nhập, bán tài sản, chuyển đến nhà an dưỡng, địa chỉ mới, .v.v.);
- sử dụng, và báo cáo cho SRS, về bất kỳ tài sản nào mà có thể giúp thanh toán cho các chi phí y tế của gia đình quý vị (ví dụ bao gồm các hợp đồng bảo hiểm, tiền có được từ các vụ kiện, hoặc các thanh toán hỗ trợ y tế) (chỉ dành cho trợ giúp tiền mặt và y tế);
- hợp tác với nhân viên Bảo đảm Chất lượng nếu vụ việc của quý vị được kiểm tra.

Các quyền của quý vị:

Quý vị có quyền:

- có người phiên dịch miễn phí nếu tiếng Anh không phải là ngôn ngữ ưa thích của quý vị;
- thông tin cung cấp cho SRS được giữ bí mật, trừ khi liên quan trực tiếp đến việc quản lý các chương trình của SRS;
- rút lại hồ sơ đăng ký của quý vị vào bất kỳ lúc nào;
- yêu cầu việc điều trần công bằng trong vòng 30 ngày đối với trợ giúp tiền mặt và y tế, hoặc trong vòng 90 ngày đối với trợ giúp thực phẩm nếu quý vị không đồng ý với quyết định;
- trợ cấp của quý vị được xác định từ ngày SRS nhận hồ sơ đăng ký này;
- xem xét đặc biệt và các dịch vụ bí mật, nếu quý vị gặp nguy hiểm về bạo hành trong gia đình hoặc hành hung tình dục; và
- Theo chính sách của Luật pháp Liên bang và Bộ Nông nghiệp Mỹ (USDA) và Bộ Dịch vụ Sức khỏe và Con người Mỹ, tổ chức này không được phép phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, hoặc tình trạng khuyết tật. Theo chính sách của Đạo luật Phiếu Thực phẩm và USDA, việc phân biệt đối xử bị cấm trên cơ sở tín ngưỡng tôn giáo hoặc chính trị.
- Để gửi khiếu kiện về sự phân biệt đối xử, hãy liên hệ với USDA hoặc HHS. Hãy viết cho USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 hoặc gọi (800) 795-3272 (điện thoại) hoặc (202) 720-6382 (TTY). Hãy viết cho HHS, Director, Office of Civil Rights, Phòng 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi (202) 619-0403 (điện thoại) hoặc (202) 619-3257 (TTY). USDA và HHS là các nhà cung cấp và nhà tuyển dụng cơ hội công bằng.

Những Quyền của SRS

SRS có quyền:

- sử dụng những thông tin trong hồ sơ đăng ký này bao gồm Số An sinh Xã hội (SSN) của mỗi người trong nhà của quý vị, nhằm quyết định việc hộ gia đình của quý vị có thể nhận trợ cấp không. Chúng tôi sẽ xác minh những thông tin này thông qua chương trình so sánh trên máy vi tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để đảm bảo chắc chắn rằng quý vị sẽ nhận được số tiền trợ cấp chính xác.
- Từ chối cấp trợ cấp cho hộ gia đình của quý vị nếu quý vị không cung cấp đầy đủ các thông tin theo yêu cầu.
- Tiết lộ thông tin có trên hồ sơ đăng ký của quý vị cho các cơ quan của liên bang và tiểu bang để điều tra chính thức, và cho các nhân viên thi hành luật pháp với mục đích bắt giữ những người đang chạy trốn pháp luật. Tuy nhiên quý vị hoặc các thành viên của hộ gia đình của quý vị sẽ không bị báo cáo lên Văn phòng Thi hành Nhập cư và Hải quan (INS trước đây)
- chuyển những thông tin trên hồ sơ đăng ký này đến các cơ quan liên bang và tiểu bang, cũng như các cơ quan khiếu nại tư nhân, nhằm giải quyết các khiếu nại nếu nảy sinh việc trả tiền quá cao chống lại hộ gia đình quý vị.
- tiến hành việc điều tra đầy đủ về tính hợp lệ của quý vị bao gồm cả việc liên lạc với nhà tuyển dụng, ngân hàng, bác sỹ hoặc đến thăm nhà quý vị;
- từ chối hồ sơ đăng ký của quý vị hoặc khởi tố quý vị vì dối trá nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi những thông tin sai lệch để quý vị có thể nhận được hỗ trợ, và
- cung cấp thông tin cho Cơ quan Bảo hiểm Sức khỏe Kansas để thực hiện hỗ trợ y tế.

Các hình phạt

Quý vị cũng cần biết rằng:

Người ta có thể bị mất trợ cấp vì không hợp tác với những chương trình sau:

- **Chương trình Việc làm Hỗ trợ Lương thực – tìm việc, chuẩn bị cho công việc, và giữ việc (nếu thích hợp)**

Bất cứ thành viên nào của hộ gia đình của quý vị cố tình phá vỡ những quy định sau đây có thể không nhận được hỗ trợ tiền mặt hoặc hỗ trợ lương thực trong một năm đối với việc vi phạm lần thứ nhất, hai năm đối với việc vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn đối với việc vi phạm lần thứ ba. Nếu quý vị đang đăng ký hỗ trợ lương thực quý vị cũng có thể bị phạt đến mức $250,000 và/hoặc bị tù đến 20 năm, cũng như bị cấm không được tham gia Chương trình Hỗ trợ Lương thực thêm 18 tháng nếu tòa ra lệnh, có thể mất các khấu trừ, và có thể bị khởi tố theo các luật khác.

- **Không được nói dối hoặc che dấu thông tin để được trợ cấp mà hộ gia đình của quý vị đáng nhẽ không được.**
- **Không được sử dụng trợ cấp hỗ trợ lương thực để mua các mặt hàng không phải là thức ăn, ví dụ như rượu hoặc thuốc lá, hoặc để thanh toán các tài khoản tín dụng.**
- **Không được sử dụng, hoặc sở hữu các Thẻ Vission không phải của quý vị.**
- **Không được buôn bán hoặc bán thẻ Vision, hoặc sử dụng thẻ của ai đó.**
- **Nếu quý vị mua, bán hoặc buôn bán hơn $500 trong số tiền trợ cấp hỗ trợ lương thực, quý vị có thể bị cấm hoàn toàn không được tham gia chương trình Hỗ trợ Lương thực. Nếu tòa án luật pháp phát hiện quý vị phạm tội buôn bán trợ cấp hỗ trợ lương thực để mua súng cầm tay, đạn, chất nổ hoặc các chất kiểm soát, quý vị sẽ là đối tượng bị:**
    - **mất các trợ cấp trong hai năm đối với vi phạm lần đầu, và mãi mãi với vi phạm lần thứ hai liên quan đến việc bán các chất bị kiểm soát; và**
    - **hoàn toàn mất các trợ cấp vì vi phạm lần một liên quan đến buôn bán súng, đạn , hoặc chất nổ.**

nếu quý vị cung cấp các lời khai sai hoặc lừa dối về nơi quý vị sống để có được gấp đôi hỗ trợ lương thực hoặc trợ cấp tiền mặt, quý vị có thể không được nhận hỗ trợ lương thực hoặc trợ cấp tiền mặt trong 10 năm. Thêm vào đó, nếu quý vị tạo ra những lời khai sai hoặc dối trá về bản thân quý vị để được nhận gấp đôi trợ cấp hỗ trợ lương thực, quý vị có thể không được nhận trợ cấp hỗ trợ lương thựcv trong 10 năm.

Phỏng vấn

Đối với hỗ trợ lương thực và/hoặc tiền mặt, chúng tôi yêu cầu có một buổi phỏng vấn như là một phần của quá trình đăng ký. Phỏng vấn cho hỗ trợ y tế là không bắt buộc nhưng quý vị có thể yêu cầu có một buổi.

☐ Buổi phỏng vấn của quý vị được lên lịch tại: ->

☐ Thời gian và ngày phỏng vấn của quý vị là – Ngày: _____ Thời gian: _____

☐ Hãy gọi đến để hẹn phỏng vấn:_____

☐ Khác: _____

Những thông tin cần thiết để xử lý hồ sơ đăng ký của quý vị

Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp một vài hoặc tất cả các mục sau đây. Hãy sẵn sàng cung cấp thông tin này:

- Bằng chứng về nơi quý vị sống.
- Bằng chứng về tuổi và nhân thân.
- Bằng chứng về tư cách công dân đối với những người muốn nhận trợ cấp.
- Bằng chứng về tình trạng ngoại kiều đối với những người muốn nhận trợ cấp.
- Các hóa đơn và phiếu thanh toán chăm sóc phụ thuộc.
- Bằng chứng về hỗ trợ trẻ em và/hoặc tiền cấp dưỡng cho vợ đã thanh toán hoặc đã nhận.
- Bằng chứng về thu nhập (cuống thanh toán, bảng kê thu nhập, hợp đồng thuê/bán tài sản, tiền thanh toán của Chính phủ, Bồi thường cho Người lao động, lương hưu và các khoản khác).
- Nếu tự làm chủ, các hoá đơn hoàn thuế thu nhập liên bang, các báo cáo kế toán, các báo cáo bán hàng và chi tiêu.
- Bảo hiểm nhân thọ và kế hoạch chôn cất.
- Hóa đơn thuê nhà/ thanh toán nhà (bao gồm bảo hiểm và thuế tài sản).
- Bằng chứng về các chi phí y tế như thuốc men, hóa đơn bác sĩ và hóa đơn bệnh viện.
- Thẻ bảo hiểm sức khỏe và các thông tin về bảo hiểm.
- Bảng kê ngân hàng đối với những tài khoản tiền séc, tài khoản tiết kiệm, hoặc cổ phiếu/trái phiếu/ các tiền đầu tư tài sản.
- Bằng chứng về các khoản bán chịu và tiền trợ cấp hàng năm
- Khác: _____

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, hoặc cần hỗ trợ hoàn thành đăng ký này, hãy thực hiện cuộc gọi miễn phí cho chúng tôi theo số 1-888-369-4777.