

**KÍNH GỬI:** Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt \_\_\_\_\_  
Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm

# SSI/Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm Đơn Xin

**Hội Đủ Điều Kiện Dịch Vụ Khẩn Cấp**

Nếu gia đình đủ điều kiện cho dịch vụ khẩn cấp, đánh dấu ở trên và FAX mẫu đơn này tới văn phòng DSS địa phương phù hợp.

**Đơn Xin Trước Khi Ra**

Ngày người nộp đơn được dự kiến sẽ ra khỏi tổ chức: \_\_\_\_\_

Tên Tổ Chức: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Tổ Chức: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Của Tổ Chức: \_\_\_\_\_ Người Liên Hệ: \_\_\_\_\_

**TỪ:** \_\_\_\_\_ Văn Phòng SSA

Ngày Nhận Được Bởi SSA: \_\_\_\_\_

Ngày Nhận Được Bởi DSS: \_\_\_\_\_ **NỘP ĐƠN XIN DỊCH VỤ DINH  
DƯỠNG VÀ THỰC PHẨM**

## PHẦN 1 Thông Tin Về Nộp Đơn Xin Của Quý Vị

### ➤ **Nộp Đơn Xin Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm**

Để nộp đơn xin Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, quý vị cần điền tên và địa chỉ của quý vị vào bên dưới. Ký tên vào dòng được đánh dấu **chữ ký**. Cung cấp biểu mẫu có chữ ký cho nhân viên SSI của bạn.

<b>TÊN (viết hoa):</b> _____	<b>ĐỊA CHỈ:</b> _____
<b>THÀNH PHỐ:</b> _____ <b>TIỂU BANG:</b> _____ <b>SỐ ZIP:</b> _____	
<b>CHỮ KÝ:</b> _____	<b>NGÀY:</b> _____ <b># Điện thoại hoặc Liên hệ</b> _____

Số lượng các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm quý vị nhận được dựa trên thời điểm quý vị nộp đơn. Quý vị ký vào đơn này và chuyển cho nhân viên SSI của quý vị càng sớm thì càng sớm nhận được các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm. Quý vị có thể nộp đơn xin và nhận các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, nếu đủ điều kiện, không phân biệt chủng tộc, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, hoặc niềm tin chính trị của quý vị.

**Tôi hiểu rằng đơn xin Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm của tôi có thể được xử lý trước khi nộp đơn xin SSI. Tôi hiểu rằng các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm của tôi có thể bị giảm mà không cần thông báo trước khi SSI của tôi được chấp thuận.**

### ➤ **Quyền Dân Sự**

Quý vị có quyền được bảo vệ khỏi phân biệt đối xử hoặc tác động của phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi, tôn giáo, niềm tin chính trị hoặc khuyết tật. Để nộp khiếu nại về phân biệt đối xử đối với **Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm**, hãy gọi theo số 1-(800) 795-3272 (hộp thư thoại) hoặc (202) 720-6382 (TTY) hoặc viết thư tới:

United States Department of Agriculture (USDA)  
 Director, Office of Civil Rights  
 1400 Independence Avenue, S.W.  
 Washington, D.C. 20250-9410

### ➤ **Phòng Vấn**

Sau khi quý vị ký vào mẫu này và chuyển cho nhân viên SSI của quý vị, quý vị sẽ phải trả lời một số câu hỏi về thu nhập, hóa đơn, và những người sống trong gia đình quý vị.

### ➤ **Nói Sự Thật**

Mọi điều quý vị nói với nhân viên SSI của quý vị cần đúng, hoặc quý vị có thể bị kiện ra tòa và bị buộc tội. Nếu bị phát hiện mắc tội, quý vị phải trả lại bất kỳ phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm nào nhận được mà đáng lẽ quý vị không được nhận. Lần đầu tiên xảy ra điều này, quý vị có thể bị ngừng nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong một năm, lần thứ hai trong hai năm, và lần thứ ba trong suốt quãng đời còn lại của quý vị.

Nếu bất kỳ ai trong gia đình của tôi bị tòa kết án cung cấp thông tin sai lệch về nhận dạng của mình **hay** nơi người đó sống để nhận được các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm ở nhiều hơn một nơi, người đó sẽ không đủ điều kiện nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong 10 năm kể từ khi bị kết án.

Nếu bất cứ ai trong gia đình của tôi bị kết tội (1) mua súng, vật liệu nổ, hoặc đạn dược bằng các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm **hoặc** (2) bán các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm để lấy trên \$500, người đó sẽ không nhận được Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong suốt quãng đời còn lại của mình.

### ➤ **Cung Cấp Những Điều Quý Vị Cho Chúng Tôi Biết**

Quý vị phải chứng minh một số điều quý vị nói với nhân viên SSI của quý vị.

- **Nhận Các Phúc Lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm Của Quý Vị**  
 Nếu đơn xin của quý vị được chấp thuận, quý vị sẽ nhận các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm lần đầu trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị ký vào đơn này và chuyển cho nhân viên SSI của quý vị.  
  
 Nếu quý vị cần các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm ngay lập tức và đáp ứng các quy tắc nhất định, văn phòng tem thực phẩm sẽ hoàn tất đơn xin của quý vị trong vòng 7 ngày. Nhân viên SSI của quý vị sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có đáp ứng những quy tắc này hay không.
- **Sử Dụng Sai Các Phúc Lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm Của Quý Vị**  
 Nếu quý vị bị tòa án phát hiện đã sử dụng Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm để mua ma túy bất hợp pháp, quý vị sẽ bị ngừng nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong hai năm với lần đầu tiên và trong quãng đời còn lại của quý vị với lần thứ hai. Nếu quý vị bị tòa án phát hiện đã sử dụng các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm để mua súng, đạn dược, hoặc vật liệu nổ, quý vị sẽ không được nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong quãng đời còn lại của quý vị.
- **Quốc Tịch**  
 Khi ký vào mẫu này, quý vị thề hoặc khẳng định rằng quý vị và tất cả mọi người trong gia đình của quý vị là một công dân Hoa Kỳ hoặc được phép sinh sống tại Hoa Kỳ theo pháp luật.

**PHẦN 2 Những Người Sống Cùng Quý Vị**

Liệt kê tất cả những người sống trong gia đình

TÊN	Số An Sinh Xã Hội	Ngày sinh	Chủng tộc	Giới tính	Quý vị có mua và nấu ăn với người này không?	
1. (Quý vị) _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
3. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
4. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

**PHẦN 3 Thu Nhập và Các Nguồn Lọc**

Liệt kê tổng thu nhập và các nguồn lọc cho từng người ăn cùng người nộp đơn đối với tháng nộp đơn và tháng tiếp theo nếu khác nhau.

Hộ Gia Đình Thành viên	TỔNG THU NHẬP (tháng nộp đơn)		TỔNG THU NHẬP (tháng tiếp theo)		Đã ngừng		NGUỒN LỰC THANH KHOẢN	
	Tổng số	Nguồn	Tổng số	Nguồn	Có	Không	Tổng số	Nguồn
1	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
2	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
3	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
4	\$ _____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____	_____

**TỔNG SỐ:** \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**PHẦN 4 Các Chi Phí**

Liệt kê số tiền hàng tháng của bất kỳ khoản chi phí sau mà hộ gia đình có trách nhiệm thanh toán. (Khoanh tròn nguồn sưởi ấm và/hoặc làm mát chính.)

Kinh phí	Chi phí	Kinh phí	Chi phí	Kinh phí	Chi phí	Kinh phí	Chi phí
Cấp Dưỡng Nuôi Con Theo Quy Định Của Pháp Luật	\$ _____	Chăm Sóc Trẻ Em	\$ _____	Y tế	\$ _____	Tự Làm Chủ	
Tiền Thuê Nhà hoặc Tiền Vay Thế Chấp	\$ _____	Điện Thoại	\$ _____	Điện	\$ _____	Dầu Nhiên Liệu	\$ _____
Thuế Bất Động Sản	\$ _____	Rác Từ Thực Phẩm và Rác Từ Phế Phẩm	\$ _____	Dầu Hỏa	\$ _____	Gỗ	\$ _____
Bảo Hiểm Nhà	\$ _____	Nước và Nước Thải	\$ _____	Khí (LP hoặc N)	\$ _____	Than Đá	\$ _____

**TỔNG SỐ:** \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích về quyền được hưởng một khoản khấu trừ thu nhập đối với bất kỳ mục sau đây: Cấp dưỡng nuôi con theo quy định của pháp luật, chi phí chăm sóc trẻ em, chi phí y tế, chi phí nhà ở, chi phí tiện ích, và các chi phí hoạt động tự làm chủ. Tôi hiểu rằng việc không báo cáo hoặc xác minh bất kỳ chi phí nào được liệt kê ở trên sẽ được xem là xác nhận từ hộ gia đình của tôi rằng tôi không muốn nhận một khoản khấu trừ cho (các) chi phí không được báo cáo.

**TỔNG CHI PHÍ:** \$ \_\_\_\_\_

**MỘT PHẦN 5 THÔNG TIN BỔ SUNG VỀ CÁ NHÂN ĐƯỢC BAO GỒM TRONG CÁC PHÚC LỢI DỊCH VỤ DINH DƯỠNG VÀ THỰC PHẨM CỦA QUÝ VỊ**

Vui lòng trả lời câu hỏi bên dưới.

(1) Có ai trong gia đình của quý vị:

- Muốn trốn tránh bị truy tố hành vi phạm tội? **Có  hoặc Không**
- Chạy trốn cơ quan thực thi pháp luật? **Có  hoặc Không**
- Muốn trốn tránh hình phạt tù sau khi bị kết án phạm tội? **Có  hoặc Không**
- Vi phạm các điều kiện của tình trạng quản chế hoặc tạm tha? **Có  hoặc Không**

(2) Có ai trong gia đình của bạn bị kết án về tội liên quan đến ma túy vào hoặc sau ngày 23 tháng 8, 1996 không? **Có  hoặc Không**

Nếu có, kết án diễn ra tại Bắc Carolina? **Có  hoặc Không**

Nếu bị kết tội tại Bắc Carolina, phân loại hành vi phạm tội nếu quý vị biết? **Loại: \_\_\_\_\_**

Nếu quý vị chọn "có" cho bất kỳ ô nào ở trên, vui lòng viết vào khoảng trống bên dưới tên của (các) cá nhân, ngày vi phạm, và loại vi phạm (**cá nhân này không đủ điều kiện để nhận các phúc lợi Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, trừ khi cá nhân đã bị kết tội sử dụng chất bị kiểm soát H hoặc I tại Bắc Carolina.**):

Tôi hiểu rằng nếu một cán bộ thực thi pháp luật yêu cầu địa chỉ của bất cứ ai trong gia đình tôi, cơ quan này phải cung cấp nó.

**PHẦN 6      Sàng Lọc Cho Dịch Vụ Khẩn Cấp**

Sử dụng hướng dẫn này để xác định xem liệu người nộp đơn có đủ điều kiện cho dịch vụ khẩn cấp hay không. Hỏi những câu hỏi sau đây. Thông báo cho người nộp đơn nếu người đó đủ điều kiện để xử lý dịch vụ khẩn cấp trong 7 ngày.

TRẢ LỜI		CÂU HỎI	CÓ HIỆU LỰC
Có	Không		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❶ Quý vị và tất cả những người ăn cùng quý vị có tổng tiền mặt và trong ngân hàng dưới hoặc bằng \$100? và tổng thu nhập hàng tháng hiện giờ có dưới \$150 không?	Nếu có, người nộp đơn đủ điều kiện được xử lý dịch vụ khẩn cấp. Nếu không, đi tới ❷, dưới đây.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❷ Tổng thu nhập và các nguồn thanh khoản trong Phần 3 có ít hơn toàn bộ chi phí nhà ở trong Phần 4 không?	Nếu có, người nộp đơn đủ điều kiện được xử lý dịch vụ khẩn cấp. Nếu không, đi tới ❸, dưới đây.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❸ Quý vị hay bất kỳ ai ăn cùng quý vị có là người nhập cư hoặc công nhân trang trại theo thời vụ không?	Nếu có, đi tới (A) bên dưới. Nếu không, người nộp đơn không đủ điều kiện để được xử lý dịch vụ khẩn cấp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(A) Quý vị và tất cả những người ăn cùng quý vị có tổng tiền mặt và trong ngân hàng dưới hoặc bằng \$100?	Nếu có, đi tới (B) bên dưới. Nếu không, người nộp đơn không đủ điều kiện để được xử lý dịch vụ khẩn cấp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(B) Thu nhập của hộ gia đình quý vị đã dừng lại gần đây?	Nếu có, đã nhận được khoản lương cuối cùng chưa? Nếu có, đi tới (C) bên dưới. Nếu không, người nộp đơn không đủ điều kiện để được xử lý dịch vụ khẩn cấp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(C) Quý vị hoặc bất kỳ ai ăn cùng quý vị sẽ nhận được trên \$25 từ một nguồn mới trong 10 ngày tiếp theo không?	Nếu không, người nộp đơn không đủ điều kiện được xử lý dịch vụ khẩn cấp. Nếu không, người nộp đơn đủ điều kiện được xử lý dịch vụ khẩn cấp.

Hoàn thành nếu người nộp đơn có Medicaid, Medicare, bảo hiểm y tế tư nhân, hoặc bất kỳ chi phí y tế khác nào mà người đó có trách nhiệm thanh toán.

Cá Nhân Nhận Dịch Vụ	Loại Chi Phí?	Số tiền \$	Tần suất

Tôi hiểu rằng tôi có thể không đủ điều kiện để được hưởng khấu trừ y tế cho đến khi SSI của tôi được phê duyệt. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi kỳ vọng nhận được một khoản khấu trừ y tế tại thời điểm đó, tôi cần cung cấp SSI của tôi với bằng chứng về tất cả các chi phí y tế mà tôi có trách nhiệm thanh toán.

**Chữ Ký Của Khách Hàng:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Chữ ký của người phỏng vấn:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Chữ Ký Của Nhân Viên Phụ Trách DSS:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Được phê duyệt:**  Có  Không **Nếu không, tại sao không?** \_\_\_\_\_ **Được Chứng Nhận Từ** \_\_\_\_\_ **Qua** \_\_\_\_\_