

Tờ Thông Tin Đăng Ký Hỗ Trợ



Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe

Medicaid: Cung cấp bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp cho một số cá nhân và gia đình có thu nhập thấp. Tùy theo mức thu nhập hộ gia đình của quý vị, một số thành viên trong gia đình có thể đủ điều kiện nhận Phạm Vi Bảo Hiểm Medicaid đầy đủ hoặc giới hạn.

Chương Trình Tiết Kiệm Medicare (Medicare Savings Program): Hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A (Bảo hiểm Bệnh viện) và/hoặc Medicare Part B (Bảo hiểm Y tế) và các khoản khấu trừ của Medicare.

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP): Giúp nhiều hộ gia đình có thu nhập thấp mua thực phẩm cần thiết để đảm bảo các thành viên trong gia đình có thể duy trì sức khỏe và hiệu suất hoạt động.

Hỗ Trợ Tiền Mặt: Cung cấp hỗ trợ tiền mặt cho các gia đình, trẻ em nghèo phụ thuộc và người lớn tàn tật.

Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng Tại Nhà Dành Cho Các Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP): Hỗ trợ chi phí sưởi ấm và làm mát cho các gia đình và cá nhân có thu nhập thấp đủ điều kiện.

Đăng ký các trợ cấp trên trực tuyến tại:

www.yes.nm.gov

Hoặc mang đơn đăng ký có chữ ký của quý vị tại văn phòng Ban Hỗ Trợ Thu Nhập (Income Support Division, ISD) tại địa phương của quý vị

Hoặc gửi đơn đăng ký có chữ ký của quý vị **qua đường bưu điện** đến:
Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO Box 830
Bernalillo, NM 87004

Hoặc gửi fax đơn đăng ký có chữ ký của quý vị đến số 1-855-804-8960

Hoặc hoàn tất đơn đăng ký qua điện thoại bằng cách gọi 1-800-283-4465



Sở Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế New Mexico (New Mexico Health Insurance Exchange, NMHIX)

- NMHIX là một nơi để mua sắm và so sánh các gói bảo hiểm y tế cho các cá nhân và gia đình không đủ điều kiện nhận Medicaid.
- Quý vị hoặc gia đình quý vị có thể đủ điều kiện tham gia một chương trình có thể giúp quý vị chi trả phí bảo hiểm y tế ngay cả khi quý vị kiếm được \$98,000 một năm (cho một gia đình 4 người).
- Trợ cấp thuế có thể giúp thanh toán phí bảo hiểm y tế của quý vị ngay lập tức.

Quý vị có thể đăng ký bảo hiểm y tế giá rẻ trực tuyến thông qua NMHIX tại:

www.bewellnm.com

Hoặc gọi số 1-833-862-3935
TTY: 711

Chương Trình Hỗ Trợ

Tùy theo mức thu nhập hộ gia đình của quý vị, một số thành viên trong gia đình có thể đủ điều kiện nhận phạm vi bảo hiểm Medicaid đầy đủ hoặc giới hạn. Sau đây là một số loại Medicaid mà các thành viên trong gia đình có thể đủ điều kiện nhận:

Hoàn Thành Mục 1-9 & 16

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trẻ sơ sinh • Trẻ em dưới 18 tuổi • Cha mẹ/Người chăm sóc | <ul style="list-style-type: none"> • Phụ nữ mang thai • Người lớn có thu nhập thấp • Dịch vụ y tế khẩn cấp cho người không phải là công dân (EMSNC) |
|---|--|

Hoàn Thành Mục 1-9, 12-13 & 16

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Người già, người khiếm thị và người khuyết tật • Các cá nhân tàn tật do tai nạn lao động • Chăm sóc Tập trung <ul style="list-style-type: none"> ○ Cơ sở điều dưỡng ○ Cơ sở chăm sóc trung gian (Intermediate Care Facility, ICF) cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ (Individuals with Intellectual Disabilities, IID) ○ Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE) | <ul style="list-style-type: none"> • Miễn Trừ Các Dịch Vụ Dựa Trên Gia Đình Và Cộng Đồng: <ul style="list-style-type: none"> ○ Miễn Trừ Trợ Cấp Cộng Đồng (CB) ○ Miễn Trừ Khuyết Tật Phát Triển (DDW) ○ Miễn trừ Tình Trạng Sức Khỏe Yếu (MFW) ○ Miễn trừ Mi Via (MVW) |
|--|--|

SỞ GIAO DỊCH BẢO HIỂM Y TẾ NEW MEXICO (NM HEALTH INSURANCE EXCHANGE, NMHIX)

NMHIX là một nơi để mua sắm và so sánh các gói bảo hiểm y tế cho các cá nhân và gia đình không đủ điều kiện nhận Medicaid. Nếu quý vị không đủ điều kiện hưởng Medicaid, quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình quý vị có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp thuế có thể giúp thanh toán phí bảo hiểm y tế ngay lập tức. Nếu quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình của quý vị không đủ điều kiện hưởng Medicaid, đơn đăng ký của quý vị sẽ tự động được gửi đến NMHIX, nơi quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình của quý vị có thể đủ điều kiện tham gia các gói bảo hiểm y tế giá cả hợp lý khác.

Chương Trình Tiết Kiệm Medicare

Trợ cấp Medicaid hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A (Bảo hiểm Bệnh viện) và/hoặc Medicare Part B (Bảo hiểm Y tế) và các khoản khấu trừ của Medicare.

Hoàn Thành Mục 1-9, 12-13 & 16

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) giúp các hộ gia đình có thu nhập thấp mua thực phẩm để duy trì sức khỏe và năng suất lao động. Chương trình trợ cấp SNAP rất dễ sử dụng tại các cửa hàng tạp hóa và cũng hỗ trợ người lớn tìm kiếm việc làm và tăng thu nhập, góp phần thúc đẩy sự ổn định tài chính lâu dài.

Hoàn thành Mục 1-3, 5 -7, 11 - 13, 15 & 16 để ISD có thể xác định trợ cấp nhanh hơn.

Hỗ trợ Tiền mặt

Hỗ Trợ Tạm Thời cho Các Gia Đình Có Nhu Cầu (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) cung cấp hỗ trợ tiền mặt cho các gia đình đủ điều kiện.

HOẶC

Trợ Cấp Chung có thể cung cấp hỗ trợ tiền mặt cho trẻ em nghèo phụ thuộc và người lớn tàn tật không đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo một chương trình hỗ trợ tiền mặt tương ứng của liên bang, chẳng hạn như New Mexico Works (NMW) hoặc chương trình Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) của Liên bang.

Hoàn thành Mục 1-3, 5 -7, 10-13, 15 & 16

Chương trình Hỗ trợ Năng lượng tại Nhà Dành cho các Gia đình có Thu nhập Thấp (LIHEAP)

Chương Trình Hỗ Trợ Năng Lượng Tại Nhà Dành Cho Các Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (LIHEAP) hỗ trợ chi phí sưởi ấm và làm mát cho các gia đình và cá nhân có thu nhập thấp đủ điều kiện.

Hoàn thành Mục 1-3, 5 -7, 14 & 16

Quý vị có quyền nộp đơn đăng ký ngay hôm nay, đừng chậm trễ.

Trợ Cấp SNAP/Thực Phẩm bắt đầu kể từ ngày quý vị đăng ký. Những người lớn không đăng ký trợ cấp có thể đăng ký cho các thành viên hộ gia đình khác. Chúng tôi sẽ tiếp nhận đơn đăng ký của quý vị nếu có ghi rõ họ tên, địa chỉ và chữ ký trong Phần 1. Thông tin này sẽ thiết lập ngày đăng ký của quý vị. ISD khuyến nghị quý vị điền đầy đủ đơn đăng ký để được xác định trợ cấp nhanh hơn. Quý vị có thể nộp đơn đăng ký cho ISD trực tiếp, qua thư hoặc qua fax (1-855-804-8960).

Đánh Dấu Vào Các Chương Trình Mà Quý Vị Muốn Đăng Ký ▶	<input type="checkbox"/> SNAP/Thực phẩm	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ y tế	<input type="checkbox"/> Tiền mặt	<input type="checkbox"/> LIHEAP
Hãy Cho Chúng Tôi Biết Quý Vị Có Cần ▶	<input type="checkbox"/> Giúp điền vào đơn đăng ký không?	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí? Ngôn Ngữ Ưu Tiên: _____	<input type="checkbox"/> Đi lại	<input type="checkbox"/> Điều Chính Thích Nghi Cho Người Tàn Tật

▶ **Đơn đăng ký SNAP và Hỗ Trợ TIỀN MẶT yêu cầu phải phỏng vấn. Hầu hết các hạng mục Hỗ Trợ Y Tế đều không cần phỏng vấn. Nếu quý vị đăng ký một chương trình yêu cầu phải phỏng vấn, quý vị có ưu tiên phỏng vấn qua điện thoại hơn không?** Hãy cho chúng tôi biết lý do, vui lòng đánh dấu vào một lựa chọn:

<input type="checkbox"/> Tôi bị khuyết tật	<input type="checkbox"/> Bệnh tật	<input type="checkbox"/> Bạo Lực Gia Đình	<input type="checkbox"/> Hơn 60 tuổi	<input type="checkbox"/> Chăm sóc trẻ dưới 6 tuổi	<input type="checkbox"/> Chăm sóc người khác
<input type="checkbox"/> Sống quá xa văn phòng	<input type="checkbox"/> Thời tiết xấu	<input type="checkbox"/> Tôi không có phương tiện đi lại	<input type="checkbox"/> Lý Do Khác: _____		

1. Hãy Chia Sẻ Với Chúng Tôi Về Quý Vị: Nếu quý vị cần giúp điền đơn đăng ký hoặc muốn nhận thông tin cần thiết, vui lòng liên hệ với văn phòng ISD địa phương. Nếu quý vị đăng ký thay cho người khác, hãy hoàn thành phần này thay cho họ.

Tên, Tên đệm, Họ	Ngày sinh (không bắt buộc cho SNAP và Trợ Cấp Tiền Mặt)	Thời gian tốt nhất để liên hệ với quý vị	
Địa chỉ đường phố	Thành phố	Quận	Tiểu bang Mã bưu chính
Địa chỉ Email	Số điện thoại	Số điện thoại thay thế (không bắt buộc)	

Nếu địa chỉ gửi thư khác, vui lòng điền vào bên dưới. Nếu không, vui lòng để trống.

Địa chỉ đường phố hoặc PO Box	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Quý vị có phải là cư dân New Mexico? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có dự định ở lại New Mexico không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

Quý vị có muốn nhận thông tin của mình gửi đến email không? Nếu trả lời CÓ, vui lòng điền địa chỉ email cập nhật nhất của quý vị ở trên.
 CÓ KHÔNG

Sàng Lọc SNAP Nhanh (chỉ dành cho SNAP) Điền vào mục này nếu quý vị đang đăng ký SNAP để xem liệu quý vị có thể nhận được trợ cấp SNAP nhanh hơn không. Đây được gọi là dịch vụ nhanh. Nếu quý vị đủ điều kiện cho SNAP Nhanh, quý vị phải nhận được SNAP trong vòng 7 ngày. Nếu quý vị bị từ chối dịch vụ nhanh, quý vị có quyền yêu cầu một cuộc họp không chính thức và cuộc họp sẽ được tổ chức trong vòng 48 giờ. Hãy yêu cầu được trò chuyện với giám sát viên nếu quý vị có thắc mắc.

1. Thu nhập hằng tháng của quý vị có <u>DƯỚI</u> \$150 và số tiền trong ngân hàng hoặc tiền mặt có <u>DƯỚI</u> \$100 hay không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
2. Chi phí tiền nhà và dịch vụ tiện ích hằng tháng của quý vị có NHIỀU HƠN thu nhập, tiền mặt và tiền trong ngân hàng của quý vị không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
3. Hộ gia đình của quý vị có phải là hộ gia đình lao động nông nghiệp thời vụ hoặc nhập cư có thu nhập rất thấp không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

Ký Tên Tại Đây x _____ **Ngày Tháng Năm của Hôm Nay** _____

Chữ ký của quý vị xác nhận tất cả thông tin trong mục 16 của đơn đăng ký này là chính xác.

2. Người Đại Diện Cho Quý Vị (Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hoặc Người Giám Hộ) Người đại diện được ủy quyền có thể là người giúp quý vị đăng ký hoặc gia hạn trợ cấp, hoặc có thể là một người khác. Nếu quý vị muốn có một người đại diện được ủy quyền, quý vị phải thông báo với chúng tôi về người đó bằng văn bản ở bên dưới.

Quý vị có muốn người này: Đăng ký trợ cấp thay cho quý vị không? Sử dụng trợ cấp của quý vị không? (Chỉ SNAP & Trợ cấp tiền mặt)

Họ tên của Người được ủy quyền Địa chỉ gửi thư Số điện thoại ưu tiên hoặc TDD

() -

3. Hãy Cho Chúng Tôi Biết Những Người Đang Sống Cùng Quý Vị và/hoặc Các Cá Nhân Có Tên Trong Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang Của Quý Vị.

Vui lòng liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình của quý vị, ngay cả khi quý vị không muốn đăng ký trợ cấp cho họ. Quý vị chỉ phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội (SSN) và Quốc Tịch Hoa Kỳ cho các thành viên trong gia đình đang đăng ký hỗ trợ. SSN không bắt buộc đối với những người không đăng ký hỗ trợ y tế nhưng nếu cung cấp SSN thì có thể đẩy nhanh quy trình xử lý đơn đăng ký. Quý vị không cần phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc nộp tờ khai thuế để nộp đơn đăng ký trợ cấp. Tình trạng nhập cư của tất cả các cá nhân nộp đơn đăng ký trợ cấp có thể được Bộ An Ninh Nội Địa (Department of Homeland Security, DHS) xác minh thông qua việc gửi thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này cho DHS và thông tin nhận được từ DHS có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện và mức độ trợ cấp của hộ gia đình quý vị. Người nhập cư không phải là công dân không yêu cầu trợ cấp cho bản thân, không cần cung cấp thông tin về tình trạng nhập cư, SSN hoặc các bằng chứng tương tự khác; tuy nhiên, họ phải đưa ra thông tin về thu nhập vì phần thu nhập và những tài sản họ sở hữu có thể được tính vào khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của hộ gia đình. Một số chương trình cụ thể có thể được cấp cho những người không có SSN; hãy hỏi ISD. Dữ liệu về chủng tộc và dân tộc về hộ gia đình của người đăng ký là tự nguyện và sẽ không ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của quý vị hoặc số tiền trợ cấp mà hộ gia đình quý vị có thể nhận được. Người Mỹ Bản Địa được khuyến khích nêu danh tính rõ ràng vì Người Mỹ Bản Địa được hưởng một số biện pháp bảo vệ đặc biệt theo luật. Chúng tôi yêu cầu tất cả mọi người cung cấp thông tin về chủng tộc và dân tộc để đảm bảo rằng lợi ích được phân phối mà không phân biệt chủng tộc, màu da hoặc nguồn gốc quốc gia. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy dùng một tờ giấy khác.

Điền họ tên và thông tin của bản thân quý vị và tất cả những người sống cùng quý vị. Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký hỗ trợ y tế, vui lòng ghi tên những người mà quý vị sẽ đưa vào tờ khai thuế thu nhập liên bang của mình: Phần này chỉ bắt buộc cho từng người đăng ký nhận hỗ trợ.

Tên (Họ và tên)	Mối quan hệ	Đăng ký hỗ trợ?	Giới tính Nam/Nữ	Ngày sinh	Sắc tộc Người Gốc Tây Ban Nha/La-tinh Có/Không (Không bắt buộc)	Chủng tộc 1-6 (Xem bên dưới) (Không bắt buộc)	Liên Minh Bộ Lạc (Không bắt buộc – Có thể giúp quý vị được miễn giới hạn về thời gian nhận trợ cấp SNAP)	Số An Sinh Xã Hội (SSN) – bắt buộc nếu có (không bắt buộc cho những người không đăng ký)	Tình trạng Quốc Tịch/Nhập Cư 1-38 (xem bên dưới)
1.	(BẢN THÂN)	<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							
5.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							
6.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							
7.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							
8.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							
9.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							
10.		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							

1. Ngôn ngữ viết ưu tiên của quý vị là gì?

2. Ngôn ngữ nói ưu tiên của quý vị là gì?

3. Mọi người lớn trong hộ gia đình của quý vị có nói cùng ngôn ngữ với quý vị không? CÓ KHÔNG

4. Có người lớn nào sống chung với quý vị thành thạo tiếng Anh không? CÓ KHÔNG

Chủng tộc: Với từng người đăng ký nhận hỗ trợ, hãy chọn trong (các) con số dưới đây sao cho đúng nhất chủng tộc của họ và điền (các) số này ở trên.					
1 – Thổ dân Mỹ/Người Alaska Bản địa	2 – Người gốc Á	3 – Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	4 – Thổ dân Hawaii hoặc Gốc Đảo Thái Bình Dương	5 – Người Da Trắng	6 – Khác
Tư Cách Công Dân/Tình Trạng Nhập Cư: Với từng người đăng ký nhận hỗ trợ, hãy chọn từ (các) số dưới đây mô tả đúng nhất tình trạng Nhập Cư/Quốc Tịch Hoa Kỳ của họ và điền số ở trên.					
1 – Công Dân Hoa Kỳ	2 – Thường Trú Nhân Hợp Pháp (LPR/Người Có Thẻ Xanh)	3 – Người tị nạn chính trị	4 – Người tị nạn	5 – Người nhập cư Cuba/Haiti	6 – Được đặc xá nhập cảnh vào Hoa Kỳ (ít nhất một năm)
7 – Người nhập cảnh có điều kiện được cấp phép trước năm 1980	8 – Vợ/chồng, con cái, cha mẹ bị bạo hành hoặc người vợ/chồng còn sống chưa tái hôn	9 – Nạn nhân buôn bán người và vợ/chồng, con cái, anh chị em, cha mẹ của họ	10 – Được cấp lệnh tạm hoãn trục xuất hoặc tránh bị trục xuất	11 – Thành viên của bộ tộc Da Đỏ được Liên Bang công nhận hoặc Người Bản Địa Mỹ sinh ra ở Canada	12 – Người nhập cư đặc biệt từ Afghanistan hoặc Iraq
13 – Cá nhân có tình trạng không nhập cư	14 – Người nước ngoài được cho tạm cư trú ở Hoa Kỳ (dưới một năm)	15 – Trạng thái được bảo vệ tạm thời (TPS)	16 – Hoãn thi hành cưỡng ép trục xuất (DED)	17 – Trạng thái Tạm hoãn Thị hành Lệnh	18 – Tạm trú hợp pháp (LTR)
19 – Được DHS cấp quyền lưu trú hành chính hoặc trục xuất	20 – Được cấp lệnh tạm hoãn trục xuất theo Công Ước Chống Tra Tấn (CAT)	21 – Cư dân Samoa thuộc Mỹ	22 – Người đăng ký xin Tình Trạng Vị Thành Niên Nhập Cư Đặc Biệt	23 – Người đăng ký xin Điều chỉnh Tình Trạng LPR với đơn xin thị thực đã được chấp thuận	24 – Người đăng ký xin thị thực Nạn Nhân của nạn buôn người
25 – Người đăng ký xin Tị Nạn Chính Trị (có EAD hoặc dưới 14 tuổi có đơn đăng ký đang chờ xử lý trong ít nhất 180 ngày)	26 – Người đăng ký xin được cấp lệnh Tạm Hoãn Trục Xuất hoặc Tránh Bị Trục Xuất (có EAD hoặc dưới 14 tuổi có đơn đăng ký đang chờ xử lý trong ít nhất 180 ngày)	27 – Người đăng ký quốc tịch (có EAD)	28 – Lệnh giám sát (có EAD)	29 – Người Nộp đơn Xin Hủy bỏ Việc Trục xuất hoặc Tạm hoãn Trục xuất (có EAD)	30 – Người đăng ký xin Hợp Pháp Hóa theo IRCA (có EAD)
31 – Người đăng ký Trạng thái được bảo vệ tạm thời (TPS)	32 – Hợp pháp hóa theo Đạo Luật LIFE (có EAD)	33 – Người Mỹ gốc Á	34 – Người Hmong/Người Lào		
35 – Công dân theo COFA của Liên Bang Micronesia, Quần Đảo Marshall và Palau, những người cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ theo Mục 141 của Hiệp Ước Liên Kết Tự Do giữa Hoa Kỳ và chính phủ các nước này.	36 – Có mặt ở Hoa Kỳ hợp pháp nhưng không được liệt kê phía trên	37 – Khác	38 – Không chắc chắn		

4. Thông Tin Nộp Tờ Khai Thuế (Điền vào mục này nếu quý vị đang đăng ký Hỗ Trợ Y Tế)

Vui lòng cung cấp thông tin sau đây cho mọi thành viên trong hộ gia đình đang đăng ký hỗ trợ y tế, ngay cả khi người nộp thuế hoặc người phụ thuộc trong hồ sơ thuế không ở trong nhà quý vị. Quý vị không cần phải nộp tờ khai thuế thu nhập để đăng ký trợ cấp.

A Tên	B Người đó có dự định nộp Tờ khai hoàn thuế thu nhập liên bang trong năm tiếp theo không?	C Người này có nộp đơn đăng ký chung với vợ/chồng/bạn đời không?	D Người này có người phụ thuộc trong hồ sơ thuế không?	E Người này có được xác nhận là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không?	F Người này có mối quan hệ gì với người khai thuế?
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên vợ/chồng hoặc bạn đời:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người phụ thuộc:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người khai thuế:	
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên vợ/chồng hoặc bạn đời:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người phụ thuộc:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người khai thuế:	
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên vợ/chồng hoặc bạn đời:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người phụ thuộc:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người khai thuế:	
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên vợ/chồng hoặc bạn đời:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người phụ thuộc:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người khai thuế:	
	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên vợ/chồng hoặc bạn đời:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người phụ thuộc:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu trả lời CÓ , hãy ghi tên người khai thuế:	

5. Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây về những người mà quý vị đã liệt kê trong Phần 3 đang đăng ký trợ cấp cho bản thân.

Với các thành viên hộ gia đình đang đăng ký trợ cấp nhưng không phải là Công dân Hoa Kỳ, vui lòng cung cấp thông tin như trên giấy tờ nhập cư của họ, nếu biết rõ. Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định xem ai có thể nhận trợ cấp. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, vui lòng gửi kèm theo một tờ giấy riêng.

Tên	Loại giấy tờ nhập cư (nếu biết)	Số A hoặc Số I-94 (nếu biết)	Số Thẻ hoặc Số Hộ Chiếu (nếu biết)	ID SEVIS hoặc Ngày hết hạn (không bắt buộc)	Khác (Mã danh mục hoặc Quốc gia cấp, nếu biết)	Sống tại Hoa Kỳ từ 1996?	Người này có phải là vợ/chồng hoặc cha mẹ của một cựu quân nhân hoặc đang tại ngũ tại Quân đội Hoa Kỳ 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
a. Có người đăng ký nào nhận Medicaid, trợ cấp SNAP/Thực Phẩm hoặc Tiền Mặt tại một tiểu bang khác không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?	Trợ cấp gì?	
					Ở tiểu bang nào?		
b. Có người đăng ký nào đang mang thai không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
					Ngày đến hạn?		
					Số lượng em bé dự sinh trong lần mang thai này (nếu biết)?		
c. Có người đăng ký nào bị bỏ tù (tạm giữ hoặc giam giữ) không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
					Tại nhà tù nào?		
					Ngày vào tù:		
					Ngày ra tù (nếu biết):		
d. Có người đăng ký nào trong hộ gia đình đang nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
e. Có người đăng ký nào có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc dẫn đến hạn chế trong các hoạt động (như tắm rửa, mặc quần áo, làm việc nhà hàng ngày, v.v.) không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
f. Có trẻ em nào trong đơn đăng ký này có cha/mẹ hiện không sống chung nhà không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
Chỉ hoàn thành các câu hỏi g-k của mục này nếu quý vị đăng ký Hỗ Trợ Y Tế.							
g. Có thành viên nào trong hộ gia đình dưới 21 tuổi và là sinh viên toàn thời gian không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?		
h. Có ai đang đăng ký hiện từ 18 đến 25 tuổi từng ở trong hệ thống chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời và nhận được Medicaid khi họ đủ 18 tuổi không?				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu CÓ thì đó là ai?	Ở tiểu bang nào?	
i. Có người đăng ký nào đã hoặc đang ở viện dưỡng lão, bệnh viện, hoặc cơ sở điều trị không?					Nếu CÓ thì đó là ai?	Ngày nhập viện là khi nào?	
						Người đăng ký được nhập viện từ đâu?	

Mục 5 tiếp tục ở trang sau

Mục 5 tiếp tục

j. Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi (i) ở trên, tên và loại hình cơ sở đó là gì?

Tên Viện dưỡng lão / Cơ sở điều dưỡng:	Tên Bệnh viện:	Tên Cơ sở chăm sóc trung gian (ICF) cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ (IID):	Có ghi danh tham gia PACE không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Tên Cơ sở hỗ trợ sinh hoạt:
--	----------------	---	--	-----------------------------

k. Có người đăng ký nào nhận được thư Tự Do Lựa Chọn Chính cho Miễn Trừ Các Dịch Vụ Dựa Trên Gia Đình Và Cộng Đồng không? CÓ KHÔNG Nếu **CÓ** thì đó là ai?

6. Vui lòng cho biết thu nhập từ tiền lương của quý vị.

Quý vị hoặc bất kỳ ai sống chung với quý vị có nhận được thu nhập từ tiền lương hoặc dự kiến sẽ nhận được thu nhập từ tiền lương trong tháng này? CÓ KHÔNG
Nếu trả lời có, vui lòng hoàn thành bảng bên dưới.

Vui lòng báo cáo tổng thu nhập của quý vị **trước** thuế. Nếu quý vị đăng ký hỗ trợ y tế và quý vị hoặc người khác trong hộ gia đình quý vị được cung cấp bảo hiểm y tế từ bất kỳ hãng sở nào, vui lòng điền vào biểu mẫu Bảo Hiểm Hãng Sở đính kèm với đơn đăng ký này. Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Medicaid, Sở Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế NM (NMHIX) có thể cần sử dụng thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế nào mà quý vị có thể có thông qua việc làm để tìm hiểu xem quý vị có thể được trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế hay không. Việc không điền vào biểu mẫu này sẽ không làm chậm trễ đơn đăng ký hỗ trợ của quý vị. Quý vị không bắt buộc phải điền Biểu mẫu Bảo Hiểm Hãng Sở cho Medicaid.

Người có thu nhập	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần?	Nguồn thu nhập? (Đi làm, tự làm chủ, công việc lặt vặt, v.v.)	Tần suất nhận thu nhập của người này như thế nào? (Hàng năm, Hàng tháng, Hai tuần một lần, Hàng tuần, v.v.)	Người này nhận được thu nhập bao nhiêu trước thuế?	Người này có hãng sở cung cấp bảo hiểm y tế không? Nếu có, vui lòng điền vào Mẫu Bảo Hiểm của Hãng Sở đính kèm với đơn này.
				\$	<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 khoản nào sau đây được khấu trừ từ thu nhập của quý vị không (nếu đang nộp đơn xin Hỗ Trợ Y Tế)

<input type="checkbox"/> Lãi suất Khoản Vay Sinh Viên? Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế? Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____	<input type="checkbox"/> Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế/Chi Tiêu Linh Hoạt? Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____
<input type="checkbox"/> Loại khác Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____	<input type="checkbox"/> Loại khác Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____	<input type="checkbox"/> Loại khác Ai? _____ Bao Nhiêu \$ _____ Tần Suất? _____

Vui lòng cho biết thu nhập khác của quý vị. Quý vị hoặc bất kỳ ai sống chung với quý vị có nhận được thu nhập khác hoặc dự kiến sẽ nhận được thu nhập khác trong tháng này? CÓ KHÔNG

Nếu trả lời có, vui lòng hoàn thành bảng bên dưới.

Ví dụ về thu nhập không phải từ tiền lương/thu nhập khác bao gồm, nhưng không giới hạn ở trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp An sinh xã hội, lương hưu, tiền hưu trí, thu nhập từ cho thuê, lãi vốn, tiền đặc quyền, quà tặng tài chính và tiền thắng/giải thưởng cờ bạc. Báo cáo tiền cấp dưỡng nuôi con hoặc cấp dưỡng cho vợ/chồng nếu quý vị đang đăng ký SNAP hoặc Tiền mặt. Nếu quý vị chỉ đăng ký Hỗ Trợ Y Tế thì không cần báo cáo thu nhập từ tiền cấp dưỡng nuôi con.

Người có thu nhập	Nguồn Thu Nhập Ngoài Tiền Lương?	Tần suất nhận? (Hằng năm, Hằng tháng, Hai tuần một lần, Hằng tuần, v.v.)	Người này nhận được thu nhập bao nhiêu?
			\$
			\$
			\$

7. Có thay đổi về thu nhập không?

Thu nhập của quý vị hoặc bất kỳ ai sống chung với quý vị có thay đổi theo từng tháng không? CÓ KHÔNG Không Biết

Ví dụ bao gồm: Mất việc, giảm giờ làm, thay đổi công việc, thay đổi mức lương và/hoặc chỉ làm việc vào một số tháng trong năm không?

Nếu trả lời có, hãy điền vào bảng dưới đây.

Người có thu nhập thay đổi	Thu Nhập Thay Đổi Như Thế Nào?	Thời gian và lý do thay đổi?	Tổng thu nhập trong năm nay	Tổng thu nhập dự kiến cho năm tới

8. Thông tin chăm sóc y tế (nếu đăng ký Hỗ Trợ Y Tế)

Có ai trong hộ gia đình quý vị đã nhận các dịch vụ y tế trong vòng 3 tháng qua mà chưa thanh toán không?

CÓ KHÔNG

Nếu trả lời **có**, vui lòng điền vào bảng dưới đây. Chúng tôi có thể giúp chi trả những hóa đơn này.

Người có Hóa đơn y tế chưa thanh toán	Tháng lập hóa đơn

Vui lòng liệt kê tất cả bảo hiểm y tế công cộng và tư nhân, bao gồm thông tin về Medicare, cho quý vị và tất cả những người sống chung với quý vị hiện đang đăng ký Hỗ Trợ Y Tế.

Những người được bảo hiểm	Tên Hãng Bảo Hiểm	Số Yêu Cầu Bảo Hiểm Medicare hoặc Số ID Hội Viên Bảo Hiểm	Ngày bắt đầu

9. Tổ Chức Chăm Sóc Được Quản Lý (Managed Care Organization, MCO). Phần này sẽ chỉ áp dụng nếu quý vị được xét là đủ điều kiện nhận Medicaid. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid, các dịch vụ của quý vị sẽ được cung cấp bởi một trong ba tổ chức chăm sóc được quản lý (MCO) có tên dưới đây. Quý vị có quyền lựa chọn MCO sẽ cung cấp dịch vụ cho quý vị. Nếu quý vị không chọn một MCO thì Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe New Mexico New Mexico sẽ tự động chỉ định cho một MCO cho quý vị. Sau khi quý vị đã ghi danh với một MCO, quý vị sẽ có thể chọn chuyển sang MCO khác trong vòng 3 tháng sau khi đăng ký.

Thông tin đặc biệt dành cho Người Mỹ Bản Địa

Quý vị có phải là Người Mỹ Bản Địa không? Nếu có, quý vị không phải chọn MCO. Nếu quý vị không chọn MCO, quý vị sẽ nhận được Medicaid tính phí dịch vụ (FFS). Điều này là tự động. Nếu cần các dịch vụ chăm sóc dài hạn thì quý vị sẽ phải chọn MCO. (Các dịch vụ này bao gồm Chăm sóc tập trung và Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà Và Dựa Vào Cộng Đồng.) Ngoài ra, nếu quý vị có Medicare, quý vị sẽ phải chọn MCO.

Tôi là Người Mỹ Bản Địa: CÓ KHÔNG

Nếu trả lời có, vui lòng điền vào phần Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska trên trang sau.

Nếu trả lời có, vui lòng thông báo cho chúng tôi nếu quý vị muốn ghi danh vào một tổ chức chăm sóc được quản lý (MCO): CÓ KHÔNG

Nếu quý vị muốn ghi danh vào một MCO, vui lòng chọn MCO bên dưới.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

(866) 689-1523

www.bcbsnm.com/medicaid

Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi muốn ghi danh tất cả những người nhận Medicaid trong gia đình tôi với MCO này.

HOẶC

Chỉ những người nhận Medicaid từ hộ gia đình này có tên dưới đây mới được ghi danh với MCO này:

Presbyterian Turquoise Care

(888) 977-2333

www.phs.org/health-plans/turquoise-care-medicaid

Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi muốn ghi danh tất cả những người nhận Medicaid trong gia đình tôi với MCO này.

HOẶC

Chỉ những người nhận Medicaid từ hộ gia đình này có tên dưới đây mới được ghi danh với MCO này:

Molina Healthcare of New Mexico

(844) 862-4543

www.welcometomolina.com/nm

Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi muốn ghi danh tất cả những người nhận Medicaid trong gia đình tôi với MCO này.

HOẶC

Chỉ những người nhận Medicaid từ hộ gia đình này có tên dưới đây mới được ghi danh với MCO này:

Chương Trình Cộng Đồng UnitedHealthcare của New Mexico

(877) 236-0826

myuhc.com/communityplan/new-mexico/plans

Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi muốn ghi danh tất cả những người nhận Medicaid trong gia đình tôi với MCO này.

HOẶC

Chỉ những người nhận Medicaid từ hộ gia đình này có tên dưới đây mới được ghi danh với MCO này:

Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska

Người Mỹ Bản Địa và Người Bản Địa Alaska ghi danh vào chương trình Medicaid, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em (Children's Health Insurance Program, CHIP) và Sở Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế (NMHIX) cũng có thể nhận được các dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa, các chương trình y tế dành cho bộ lạc hoặc các chương trình y tế đô thị dành cho người Mỹ Bản Địa. Nếu quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị là Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska, quý vị có thể không phải chi trả khoản chia sẻ chi phí và có thể nhận được thời gian ghi danh tham gia bảo hiểm đặc biệt hằng tháng thông qua NMHIX. Chúng tôi yêu cầu quý vị trả lời những câu hỏi sau đây để đảm bảo quý vị và gia đình nhận được sự trợ giúp nhiều nhất có thể. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, vui lòng gửi kèm theo một tờ giấy riêng.

Có người đăng ký nào là thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận không? Để đảm bảo rằng quý vị không được ghi danh vào MCO một cách tự động, vui lòng cung cấp liên minh bộ lạc của quý vị.

CÓ KHÔNG

Nếu có, thì đó là ai? _____

Bộ Lạc Nào? _____

Có người đăng ký nào nhận các khoản thanh toán bình quân đầu người từ một bộ lạc từ nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, tiền cho thuê hoặc tiền đặc quyền không?

CÓ KHÔNG

Nếu có, thì đó là ai? _____

Bao Nhiêu Tiền? _____ Tần Suất? _____

Có người đăng ký nào từng nhận được dịch vụ từ Chương Trình Dịch Vụ Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa, một chương trình y tế dành cho bộ lạc, hoặc chương trình y tế đô thị dành cho Người Mỹ Bản Địa hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?

CÓ KHÔNG

Nếu có, thì đó là ai? _____

Nếu trả lời Không, người này có đủ điều kiện nhận được dịch vụ từ Chương Trình Dịch Vụ Y Tế cho Người Mỹ Bản Địa, một chương trình y tế dành cho bộ lạc, hoặc chương trình y tế đô thị dành cho Người Mỹ Bản Địa hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?

Có người đăng ký nào từng nhận các khoản thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, trồng trọt, chăn nuôi, đánh bắt cá, cho thuê hoặc tiền đặc quyền từ vùng đất được Bộ Nội Vụ chỉ định là vùng đất ủy thác cho Người Mỹ Bản Địa (bao gồm khu bảo tồn và khu bảo tồn trước đây) không?

CÓ KHÔNG

Nếu có, thì đó là ai? _____

Bao Nhiêu Tiền? _____ Tần Suất? _____

Có người đăng ký nào nhận được tiền từ việc bán những đồ vật có ý nghĩa văn hóa không?

CÓ KHÔNG

Nếu có, thì đó là ai? _____

Bao Nhiêu Tiền? _____ Tần Suất? _____



Nếu quý vị không đăng ký các chương trình dưới đây, vui lòng hoàn thành mục 16 và nộp đơn đăng ký. Nếu quý vị đăng ký các chương trình hỗ trợ dưới đây, vui lòng chỉ điền vào các mục được yêu cầu.

Mục: 12, 13 & 16	Mục: 10 đến 16
<ul style="list-style-type: none">Viện Dưỡng LãoChương Trình Tiết Kiệm Medicare (Chỉ 13 & 16)Dịch Vụ Miễn TrừCá nhân Tàn tật do Tai nạn Lao động	<ul style="list-style-type: none">SNAPHỗ trợ Tiền mặtLIHEAP

10. Cha Mẹ Không Sống Chung Với Con Cái (chỉ khi đăng ký Hỗ Trợ Tiền Mặt)

Quý vị có nhận hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ y tế cho con mình không? Nếu có thì quý vị cấp cho HCA quyền thu tiền cấp dưỡng nuôi con, cấp dưỡng vợ/chồng và cấp dưỡng y tế từ cha/mẹ không sống chung của con quý vị. Quý vị cũng cấp cho HSD quyền thu tiền cấp dưỡng vợ/chồng và y tế. Vui lòng liệt kê tất cả thông tin cho cha mẹ không sống chung của con quý vị. Nếu quý vị cho rằng làm việc cùng với Ban Dịch Vụ Cấp Dưỡng Nuôi Con (Child Support Services Division (CSSD) để thu tiền cấp dưỡng sẽ gây hại cho quý vị hoặc con quý vị thì quý vị có thể đưa ra lý do chính đáng để không hợp tác.

Có người đăng ký nào là nạn nhân của Bạo lực gia đình không? CÓ KHÔNG

Tên Trẻ	Thông tin Cha/mẹ không sống chung		
	Tên	Ngày sinh	Địa chỉ đã biết gần nhất

11. Điểm danh tại trường Liệt kê tất cả thông tin học sinh cho từng thành viên hộ gia đình.

Họ tên Học sinh	Họ tên Học sinh	Ngày tốt nghiệp	Cấp lớp			
			<input type="checkbox"/> Mẫu giáo - Lớp 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Chứng chỉ	<input type="checkbox"/> Đại học
			<input type="checkbox"/> Mẫu giáo - Lớp 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Chứng chỉ	<input type="checkbox"/> Đại học
			<input type="checkbox"/> Mẫu giáo - Lớp 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Chứng chỉ	<input type="checkbox"/> Đại học
			<input type="checkbox"/> Mẫu giáo - Lớp 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Chứng chỉ	<input type="checkbox"/> Đại học

12. Tài Sản Sở Hữu của Quý Vị (Nguồn Lực/Tài Sản)

Trong tháng này, quý vị hoặc bất kỳ ai sống chung với quý vị có nguồn lực hay không? CÓ KHÔNG

Nếu **CÓ**, vui lòng hoàn thành biểu đồ ở trang tiếp theo bên dưới.

Một số nguồn lực/tài sản nhất định như tài khoản ngân hàng có thể được tính vào tính đủ điều kiện của quý vị tùy theo chương trình quý vị đang đăng ký. Một số nguồn lực/tài sản nhất định có thể không được tính, chẳng hạn như ngôi nhà và lô đất nơi quý vị sống và nguồn lực của những người nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

Mục 12 tiếp tục ở trang sau

Mục 12 tiếp tục

Ví dụ về các tài sản mà quý vị sở hữu bao gồm nhưng không giới hạn ở: Tiền mặt có sẵn, (các) tài khoản séc, (các) tài khoản tiết kiệm, (các) quỹ tín thác, CD - (các) Giấy chứng nhận tiền gửi, tiền đặc quyền, bảo hiểm nhân thọ hoặc mai táng, cổ phiếu hoặc trái phiếu, tài khoản hưu trí, vật nuôi, nhà/đất - không sử dụng hoặc phương tiện giải trí.

A. Mô tả tất cả các mục từ trên xuống thuộc sở hữu của quý vị và tất cả những người sống chung với quý vị:

Nguồn lực/Tài sản	Người sở hữu?	\$ Giá trị	Tên Ngân hàng hoặc Công ty, nếu có:
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

B. Quý vị hoặc bất kỳ ai sống cùng quý vị có chuyển bất cứ thứ gì có giá trị cho người khác trong 5 năm (60 tháng) qua không? (Chỉ Medicaid) CÓ KHÔNG

Các mục đã chuyển	Chuyển cho ai?	\$ Giá trị	Ngày chuyển?
		\$	
		\$	

13. Chi phí hằng tháng: Để nhận được tối đa trợ cấp mà quý vị hội đủ điều kiện, hãy liệt kê tất cả các chi phí tự trả HẰNG THÁNG của quý vị. Không bao gồm bất kỳ số tiền nào được trả bởi CYFD, HUD hoặc tổ chức hoặc cá nhân khác. Nếu quý vị không khai báo bất kỳ khoản chi phí nào dưới đây, quý vị sẽ không được khấu trừ các khoản chi phí đó. **Trường hợp không kê khai hoặc không cung cấp xác minh bất kỳ khoản chi phí nào được liệt kê sẽ được xem là một khẳng định từ gia đình quý vị là không muốn nhận khấu trừ cho những khoản chi phí chưa được khai báo.**

Chăm Sóc Trẻ Em hoặc Người Phụ Thuộc Là Người Lớn ▶ \$	Số dặm Di chuyển Khứ hồi cho việc Chăm sóc Người phụ thuộc:	\$
--	---	----

Ai/Cơ quan nào được thanh toán chi phí Giữ trẻ?

Chi Phí Y Tế cho người đăng ký là Người Cao Niên/Người Tàn Tật, bao gồm cả phí bảo hiểm Medicare:	\$	Trợ Cấp Nuôi Con Theo Lệnh Tòa/Tần Suất:	\$ /
---	----	--	------

Chi phí nơi trú ẩn toàn thời gian hoặc tạm thời: Vui lòng liệt kê tất cả chi phí xuất túi quý vị bỏ ra cho nơi trú ẩn. Nếu quý vị mua hoặc thuê nhà, vui lòng liệt kê thuế tài sản và bất kỳ khoản bảo hiểm nào quý vị phải trả. Nếu quý vị là người vô gia cư, vui lòng liệt kê bất kỳ khoản tiền nào quý vị phải chi tiêu cho những mục như giặt là, nơi trú ẩn tạm thời hoặc những mục khác mà quý vị phải trả để có nơi trú ẩn trong tháng.

Đánh dấu vào các ô bất kỳ mô tả tốt nhất việc Sắp xếp sinh hoạt và liệt kê số tiền quý vị phải trả từ tiền túi.

<input type="checkbox"/> Tiền thế chấp \$	<input type="checkbox"/> Tiền thuê nhà không bao gồm dịch vụ tiện ích \$	<input type="checkbox"/> Tiền thuê nhà bao gồm dịch vụ tiện ích \$	<input type="checkbox"/> Vô gia cư \$
<input type="checkbox"/> Nhà ở cộng đồng \$		<input type="checkbox"/> Khác \$	

Sưởi Ấm và Làm Mát ▶ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Lifeline/Link-Up: Quý vị có thể đủ điều kiện để được giảm giá cước điện thoại cho dịch vụ hằng tháng và phí cài đặt hoặc kích hoạt điện thoại ban đầu. Liên hệ với nhà cung cấp điện thoại của quý vị để biết thêm thông tin.
Nước, Cống Rãnh và Thùng Rác ▶ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

Điện thoại ▶ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Tên công ty điện thoại:
---	-------------------------

14. Điền vào mục này nếu quý vị đăng ký LIHEAP:				
A. ▼ Thông Tin Về LIHEAP ▼				
Quý vị cần LIHEAP cho: <input type="checkbox"/> Sưởi ấm <input type="checkbox"/> Làm mát		Quý vị có tình huống khẩn cấp về năng lượng không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Nếu Có , hãy đánh dấu vào các mục liệt kê bên dưới áp dụng cho tình huống của quý vị trong hôm nay. <input type="checkbox"/> Hệ thống lò/lò hơi/sưởi ấm không hoạt động <input type="checkbox"/> Hết nhiên liệu (propan, củi, viên nén, than, dầu) <input type="checkbox"/> Còn ít hơn 10% nhiên liệu (propan, củi, viên nén, than, dầu) <input type="checkbox"/> Cần tiền đặt cọc dịch vụ tiện ích/nhiên liệu <input type="checkbox"/> Ngắt kết nối - nhà cung cấp nhiên liệu ĐÃ ngừng dịch vụ của quý vị <input type="checkbox"/> Thông Báo Ngắt Kết Nối - nhà cung cấp nhiên liệu CHƯA ngừng dịch vụ của quý vị nhưng đang cảnh cáo rằng họ sẽ ngừng dịch vụ nếu quý vị không có hành động.		Tình huống khẩn cấp về năng lượng có đe dọa đến tính mạng không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Chọn loại hỗ trợ LIHEAP mà quý vị mong muốn, chọn một: <input type="checkbox"/> Điện <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Củi <input type="checkbox"/> Khí thiên nhiên <input type="checkbox"/> Viên nén <input type="checkbox"/> Than <input type="checkbox"/> Kerosene				
Hóa đơn năng lượng này có được tính trong tiền thuê nhà không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		Quý vị có nhận được trợ giá cho hóa đơn năng lượng này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Đây có phải là đồng hồ dùng chung không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		Mục đích sử dụng có phải dành cho việc kinh doanh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Tên công ty dịch vụ tiện ích:		Số Tài Khoản:		Tên trên Tài Khoản:
Quý vị có sử dụng năng lượng nào khác ngoài các mục quý vị đang yêu cầu trợ cấp LIHEAP không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Nếu trả lời không , vui lòng cho chúng tôi biết lý do:	<input type="checkbox"/> Quý vị là người vô gia cư	<input type="checkbox"/> Quý vị sống ở vùng nông thôn	<input type="checkbox"/> Không có tiện ích nào cả	<input type="checkbox"/> Khác:
B. ▼ Vui lòng cung cấp thông tin sử dụng năng lượng cho nhà quý vị. ▼				
Nguồn sưởi chính của quý vị là gì?				
Chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Giống như trên tại Mục 14A (Bỏ qua đến Mục 14C) <input type="checkbox"/> Điện <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Củi <input type="checkbox"/> Khí thiên nhiên <input type="checkbox"/> Viên nén <input type="checkbox"/> Than <input type="checkbox"/> Kerosene				
Đây có phải là đồng hồ dùng chung không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		Mục đích sử dụng có phải dành cho việc kinh doanh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Tên công ty dịch vụ tiện ích:		Số Tài Khoản:		Tên trên Tài Khoản:
C. ▼ Thông Tin Tài Khoản Dịch Vụ Điện ▼				
Quý vị có tài khoản cho dịch vụ điện không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG – Nếu có, vui lòng hoàn tất mụcn bên dưới. Nếu nguồn sưởi của quý vị trong Phần B là Điện hoặc quý vị đã chọn Không ở trên, vui lòng KHÔNG hoàn thành phần bên dưới				
Đây có phải là đồng hồ dùng chung không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		Mục đích sử dụng có phải dành cho việc kinh doanh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Tên công ty dịch vụ tiện ích:		Số Tài Khoản:		Tên trên Tài Khoản:
D. Hỗ Trợ Cải Thiện Điều Kiện Chống Chịu Thời Tiết: Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia LIHEAP, quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia Chương trình thời tiết hóa NM Energy\$mart. Nếu quý vị quan tâm đến việc đăng ký Chương trình chống chịu thời tiết, vui lòng gọi cho Cơ quan tài chính thể chấp NM theo số 1-800-444-6880 để biết chi tiết.				

15. Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây về những người mà quý vị được liệt kê trong Phần 3 đang đăng ký trợ cấp.					
Mua và cùng chuẩn bị bữa ăn? Nếu trả lời không thì ai ăn riêng?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Sống tại Khu Bảo Tồn Người Mỹ Bản Địa? Tên Khu Bảo Tồn:	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Có ai là người đang lẩn trốn vì phạm tội nghiêm trọng không? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Nhận trợ giúp từ Chương Trình Phân Phối Thực Phẩm dành cho Người Mỹ Bản Địa (FDPIR)?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Có ai đã bị kết án về bất kỳ tội nghiêm trọng nào được nêu ở Mục 18 dưới đây không? Nếu trả lời có thì người này có tuân thủ thời hạn theo bản án không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Thanh toán tiền ăn ở? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có bị kết tội nhận trợ cấp SNAP trùng lặp ở bất kỳ Tiểu bang nào sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Vi phạm quản chế hoặc tạm tha? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Bị loại khỏi một chương trình hỗ trợ?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Có ai là cựu quân nhân không? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Bị giám giữ làm việc xuống dưới 30 giờ mỗi tuần trong 30 ngày qua? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Nhận TANF Bộ Lạc hoặc Trợ Cấp Chung?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Tự nguyện nghỉ việc trong 30 ngày qua? Nếu trả lời có thì đó là ai?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có bị kết tội mua bán trợ cấp SNAP hơn \$500 sau ngày 22 tháng Chín, 1996 không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có bị kết tội giao dịch súng, đạn dược hoặc chất nổ bằng trợ cấp SNAP sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG			

16. Vui lòng ký Đơn đăng ký này (Người đại diện được ủy quyền của quý vị cũng có thể ký tên tại đây)

A. Đơn đăng ký này sẽ hợp lệ khi có chữ ký của quý vị. Đơn đăng ký này sẽ không được xử lý nếu không có chữ ký. Chữ ký của quý vị cũng là một dấu hiệu của những điều sau:

- Những gì tôi đã nói và viết gửi cho HCA là đúng sự thật và đầy đủ. Nếu tôi cung cấp dữ kiện không chính xác, tôi có thể bị buộc tội. Nếu tôi che giấu hoặc bỏ qua dữ kiện thực tế, tôi có thể bị buộc tội. Nếu HCA biết rằng tôi cung cấp thông tin thực tế không đúng sự thật hoặc không đầy đủ, SNAP của tôi có thể bị từ chối hoặc giảm đi.
- Tuyên bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư: Việc thu thập thông tin đơn đăng ký, bao gồm cả số an sinh xã hội (SSN) của mỗi thành viên gia đình, được cho phép theo Đạo Luật Tem Phiếu Thực Phẩm năm 1977, đã được sửa đổi, 7 U.S.C. 2011- 2036. Thông tin sẽ được sử dụng để xác định xem hộ gia đình của quý vị có đủ điều kiện hoặc tiếp tục đủ điều kiện tham gia Chương Trình Phiếu Thực Phẩm hay không. Chúng tôi sẽ xác minh thông tin này thông qua các chương trình đối sánh trên máy tính. Thông tin này cũng sẽ được sử dụng để giám sát việc tuân thủ các quy định của chương trình và để quản lý chương trình. Thông tin này có thể được tiết lộ cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang khác để tiến hành hoạt động kiểm tra chính thức và cho các viên chức thực thi pháp luật với mục đích tìm kiếm những người đang bỏ trốn để trốn tránh pháp luật. Nếu có khiếu nại về tem phiếu thực phẩm phát sinh chống lại hộ gia đình của quý vị thì thông tin trên đơn đăng ký này, bao gồm tất cả SSN, có thể sẽ được cung cấp cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang, cũng như các cơ quan thu thập yêu cầu bồi thường cá nhân để tiến hành thu nợ. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu, bao gồm cả SSN của mỗi thành viên trong gia đình, là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp SSN sẽ dẫn đến việc mỗi cá nhân không cung cấp SSN bị từ chối trợ cấp phiếu thực phẩm. Tất cả SSN được cung cấp sẽ được sử dụng và tiết lộ theo cách tương tự như SSN của các thành viên gia đình đủ điều kiện.
- Ngày nộp đơn sẽ khác nếu hộ gia đình đang ở một cơ sở chăm sóc và đăng ký cả SNAP và SSI cùng một lúc. Ngày nộp đơn sẽ là ngày rời khỏi cơ sở chăm sóc này.
- Tôi đang khai báo danh tính của trẻ em dưới 16 tuổi mà tôi giúp nộp đơn đăng ký.
- Tôi sẽ cung cấp bằng chứng của các thông tin tôi báo cáo cho HCA nếu được yêu cầu. Nếu tôi không thể lấy bằng chứng, tôi biết rằng tôi có thể yêu cầu HCA trợ giúp và tôi sẽ để HCA liên hệ với các cá nhân và công ty để lấy bằng chứng.
- Tôi sẽ cho phép HCA cung cấp thông tin hạn chế cho các cơ quan được chấp thuận cung cấp trợ giúp liên quan mà tôi có thể đủ điều kiện được hưởng.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được các trợ cấp SNAP, Tiền mặt hoặc LIHEAP mà tôi không đủ điều kiện thì tôi có thể phải trả lại cho HCA.
- Tôi biết rằng HCA sẽ kiểm tra các thông tin mà tôi cung cấp. HCA có thể sử dụng máy tính hoặc cách thức khác để kiểm tra thông tin trên biểu mẫu này.
- Tôi biết rằng HCA sẽ kiểm tra tình trạng nhập cư của những người đăng ký hoặc nhận trợ cấp. Tôi hiểu rằng tình trạng nhập cư của bất kỳ thành viên nào trong gia đình mà tôi đăng ký giúp có thể sẽ được USCIS (INS) xác minh và điều đó có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện và mức trợ cấp của hộ gia đình.
- Tôi hiểu rằng tôi phải hợp tác với Ban Kiểm Soát Chất Lượng (QC). QC trực thuộc HCA. QC xem xét các hồ sơ để đảm bảo chúng tôi xác định người được nhận trợ cấp một cách chính xác.
- Tôi đã được cung cấp một tờ thông tin giải thích các quyền và trách nhiệm của mình bao gồm, trợ cấp SNAP/thực phẩm nhanh, hình phạt SNAP/thực phẩm và hành vi vi phạm chương trình, quyền điều trần công bằng, v.v. Tôi hiểu rằng những điều này cũng sẽ được giải thích cho tôi trong cuộc hẹn phỏng vấn.
- Tôi hiểu rằng bằng việc cung cấp số tài khoản tại (các) nhà cung cấp năng lượng gia đình của tôi, tôi ủy quyền cho (các) nhà cung cấp năng lượng cung cấp thông tin chi tiết về tài khoản và mức sử dụng năng lượng cho HCA nhằm mục đích xem xét tính hội đủ điều kiện và xét duyệt đơn đăng ký này và đơn đăng ký trong tương lai, xác định trợ cấp, đánh giá và phân tích chương trình.
- Tôi hiểu nếu hội đủ điều kiện nhận trợ cấp năng lượng, tôi có thể được giới thiệu đến các chương trình năng lượng dân cư khác.
- Tôi hiểu rằng thông tin được thu thập trên biểu mẫu này có thể được tiết lộ cho các chương trình năng lượng hoạt động theo HCA. HCA có thể chia sẻ và sử dụng thông tin thu thập được cho mục đích giới thiệu, nghiên cứu, đánh giá và phân tích.
- Tôi hiểu rằng các công ty dịch vụ tiện ích của tôi sẽ không có quyền kiểm soát các dữ liệu được tiết lộ theo giấy ủy quyền này và sẽ không chịu trách nhiệm giám sát hoặc thực hiện các bước tiếp theo để đảm bảo rằng HCA duy trì tính bảo mật của dữ liệu hoặc sử dụng dữ liệu như được ủy quyền.
- QUỸ TÍN THÁC - Tôi hiểu rằng nếu tôi hoặc (những) người mà tôi đang đăng ký giúp, đã thành lập một quỹ tín thác hoặc là những người thụ hưởng quỹ tín thác, tôi phải cung cấp cho HCA bản sao giấy tờ quỹ tín thác, bao gồm tất cả các tệp đính kèm và thông tin liên quan. HCA sẽ phân tích quỹ tín thác để xem nó có ảnh hưởng đến trợ cấp Medicaid mà tôi đang đăng ký hay không.
- THU HỒI DI SẢN - Tôi hiểu rằng, sau khi tôi qua đời, HCA có thể nộp đơn yêu cầu bồi thường đối với di sản của tôi để lấy lại số tiền mà tiểu bang chi trả hoặc đã trả thay cho tôi để được hỗ trợ về tài chính theo chương trình Medicaid. Quy trình này được gọi là "Thu Hồi Tài Sản". "Thu Hồi Tài Sản" là bắt buộc theo luật liên bang và tiểu bang trong đó quy định người nhận Medicaid từ 55 tuổi trở lên và tiểu bang thay mặt họ thực hiện thanh toán hỗ trợ y tế cho các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng, và/hoặc dịch vụ bệnh viện và kê toa liên quan. Số tiền mà HCA thu hồi sẽ không vượt quá số tiền hỗ trợ y tế được chi trả thay cho người nhận Medicaid. Một số trường hợp ngoại lệ có thể được áp dụng.
- Một người đang đăng ký hoặc đang nhận Medicaid hoặc Hỗ Trợ Tiền Mặt sẽ chuyển nhượng cho HCA tất cả các quyền đối với bất kỳ và tất cả các cá nhân về hỗ trợ y tế hoặc thanh toán chi phí y tế được trả thay cho người đăng ký hoặc người nhận và thay mặt cho bất kỳ người nào khác có đơn đăng ký được gửi hoặc nhận trợ cấp.
- Đối với cha mẹ đủ điều kiện nhận Medicaid: Tôi biết tôi sẽ được yêu cầu hợp tác với cơ quan thu tiền hỗ trợ y tế từ cha/mẹ không sống chung. Nếu tôi nghĩ rằng việc hợp tác để thu tiền hỗ trợ y tế sẽ gây hại cho tôi hoặc con tôi, tôi có thể thông báo cho Ban Dịch Vụ Cấp Dưỡng Nuôi Con (CSSD) và tôi có thể không cần hợp tác. Việc không hợp tác với CSSD có thể dẫn đến việc tôi bị chấm dứt tư cách hưởng Medicaid.
- Tôi, với tư cách là Người đại diện được ủy quyền, xác nhận và đồng ý bị ràng buộc về mặt pháp lý để duy trì tính bảo mật của mọi thông tin liên quan đến người đăng ký hoặc người thụ hưởng và sẽ không chuyển nhượng lại bất kỳ yêu cầu chi trả nào với nhà cung cấp, nếu có, và sẽ tuân thủ tất cả các yêu cầu quy định trong 42 CFR 435.923(d) và 7 CFR 273.2(n).

Chữ ký của Người đăng ký:	Tên Nhân chứng (Chỉ cần nhân chứng nếu người đăng ký ký tên bằng dấu hoặc vân tay)	Ngày
Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền:	Chữ ký của Nhân chứng (Chỉ cần nhân chứng nếu người đăng ký ký tên bằng dấu hoặc vân tay)	Ngày

B. Rút Đơn Đăng Ký

Để rút lại đơn đăng ký bất kỳ chương trình nào, hãy ký tắt vào ô bên cạnh chương trình ►

SNAP	Medicaid	Tiền mặt	LIHEAP
------	----------	----------	--------

17. Quyền bỏ phiếu

NẾU QUÝ VỊ HIỆN CHƯA đăng ký bỏ phiếu tại nơi cư trú, **quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ở đây hôm nay không?** (Hãy đánh dấu vào một lựa chọn)
 NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀO THÌ SẼ ĐƯỢC COI LÀ QUÝ VỊ TỪ CHỐI ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU VÀO THỜI ĐIỂM NÀY. CÓ KHÔNG
 ĐẠO LUẬT ĐĂNG KÝ CỬ TRI QUỐC GIA trao cơ hội cho quý vị đăng ký bỏ phiếu tại địa điểm này. Nếu quý vị muốn được trợ giúp trong việc điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quý vị có toàn quyền quyết định có nhờ trợ giúp hay chấp nhận trợ giúp không. Quý vị có thể điền vào đơn đăng ký ở nơi riêng tư.

QUAN TRỌNG: Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu SẼ KHÔNG ẢNH HƯỞNG đến số tiền hỗ trợ mà quý vị nhận được từ cơ quan này.

Chữ ký	Ngày
--------	------

TÍNH BẢO MẬT: Cho dù quý vị có đăng ký bỏ phiếu hay không, quyết định của quý vị sẽ đều được giữ bí mật. **NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG MỘT NGƯỜI ĐÃ CẢN TRỞ quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, hoặc quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền của quý vị trong việc chọn chính đảng của mình hay chọn chính đảng khác, quý vị có thể nộp bản khiếu nại cho:**

The Office of the Secretary of State, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503, số điện thoại 1-800-477-3632

18. Tội Phạm Đã Kết Án

Nêu rõ trong Mục 15 trên trang 15 nếu quý vị đã bị kết án về bất kỳ tội nào sau đây:

(1) Lạm dụng tình dục nghiêm trọng hơn theo mục 2241, chương 18, Bộ Luật Hoa Kỳ;

(2) Giết người theo mục 1111, chương 18, Bộ Luật Hoa Kỳ;

(3) Vi phạm theo mục 110, chương 18, Bộ Luật Hoa Kỳ;

(4) Một hành vi vi phạm theo luật Liên bang hoặc Tiểu bang bao gồm tấn công tình dục, như được định nghĩa trong phần 40002 (a) của Đạo Luật về Bạo Lực với Phụ Nữ năm 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); hoặc

(5) Một hành vi phạm tội theo luật Tiểu bang được Tổng Chương Lý xác định là cơ bản tương tự như một hành vi phạm tội được mô tả trong khoản (1), (2) hoặc (3); và (1), (2), hoặc (3); và

(6) Cá nhân đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, bị giam giữ hoặc biệt giam sau khi bị kết án, theo luật của nơi mà cá nhân đó bỏ trốn, vì một tội ác hoặc nỗ lực phạm tội là một trọng tội hoặc là tội nhẹ ở New Jersey, theo luật của nơi mà cá nhân đó bỏ trốn; hoặc vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm tha được áp dụng theo luật liên bang hoặc tiểu bang, không tuân thủ các điều khoản theo bản án cá nhân hoặc các hạn chế theo 8.139.400.12 C NMAC.

Trang này được cố ý để trống.

Trang Thông Tin Đơn Đăng Ký Chương Trình

Quý vị có thể lưu thông tin này.

1. Thông Tin về Nhu Cầu Đặc Biệt



Nếu quý vị là người tàn tật và yêu cầu cung cấp thông tin này ở định dạng thay thế hoặc yêu cầu điều chỉnh thích nghi đặc biệt để tham gia phiên điều trần, chương trình hoặc dịch vụ công cộng, vui lòng liên hệ với Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe, điều phối viên Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (ADA) theo số 1-505-709-5788 hoặc gọi số 711. HCA yêu cầu thông báo trước ít nhất 10 ngày để cung cấp các định dạng thay thế được yêu cầu và các điều chỉnh thích nghi đặc biệt. (Sửa đổi ngày 22/04/2024)

2. Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử/Quyền Công Dân của Quý Vị

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này không được phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị, đồng thời không được trả đũa hay trả thù vì hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Những người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để nhận thông tin về chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ) cần liên hệ với cơ Quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp.

Những người điếc, khiếm thính hoặc rối loạn phát ngôn có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại phải hoàn thành Mẫu đơn AD-3027, Mẫu Đơn Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình của USDA. Quý vị có thể tải mẫu đơn này trực tuyến tại: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, lấy từ bất kỳ văn phòng nào của USDA, bằng cách gọi điện đến số (833) 620-1071 hoặc gửi thư cho USDA. Thư phải ghi rõ họ tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và mô tả bằng văn bản về hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc với đầy đủ chi tiết để thông báo cho Trợ Lý Bộ Trưởng phụ trách vấn đề Dân Quyền (ASCR) về tính chất của cáo buộc và ngày xảy ra hành vi bị cáo buộc vi phạm dân quyền. Mẫu đơn hoặc thư AD-3027 đã điền đầy đủ thông tin phải được gửi đến:

1. Qua đường bưu điện: Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. Fax: (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442
3. Email: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@USDA.gov

Tổ chức này cung cấp cơ hội bình đẳng.

Để nộp đơn khiếu nại thông qua HCA về sự phân biệt đối xử và/hoặc đối xử thô lỗ liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang hoặc Tiểu bang, quý vị có thể nhận mẫu đơn khiếu nại tại văn phòng ISD hoặc có thể gửi thư cho: NM Health Care Authority, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 hoặc gửi fax đến (505) 827-7241.

3. Bảo mật

Tất cả thông tin quý vị cung cấp cho HCA đều được bảo mật. Thông tin này sẽ được cung cấp cho nhân viên HCA vì họ cần thông tin để quản lý các chương trình mà quý vị đã đăng ký. Thông tin mật cũng có thể được tiết lộ cho các cơ quan liên bang và tiểu bang khác. Tất cả thông tin sẽ được sử dụng để xác định tính hội đủ điều kiện và/hoặc để cung cấp dịch vụ. Thông tin này có thể được cung cấp cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang khác để tiến hành hoạt động kiểm tra chính thức và cho các viên chức thực thi pháp luật với mục đích tìm kiếm những người đang bỏ trốn để trốn tránh pháp luật. Nếu quý vị nhận được các khoản trợ cấp mà bản thân không hội đủ điều kiện nhận và phải trả lại các khoản trợ cấp đó thì đây được gọi là yêu cầu bồi thường. Nếu có khiếu nại chống lại hộ gia đình của quý vị thì thông tin trên đơn đăng ký này, bao gồm tất cả các Số An Sinh Xã Hội, có thể sẽ được cung cấp cho các cơ quan Liên bang và Tiểu bang, cũng như các cơ quan thu thập yêu cầu bồi thường cá nhân để tiến hành thu nợ.

Quý vị chỉ phải cung cấp SSN và Quốc Tịch Hoa Kỳ cho các thành viên trong gia đình mà quý vị giúp đăng ký. Quý vị không cần phải là Công dân Hoa Kỳ để nộp đơn. Người nhập cư không phải là công dân không yêu cầu trợ cấp cho bản thân, không cần cung cấp thông tin về tình trạng nhập cư, SSN hoặc các bằng chứng tương tự khác; tuy nhiên, họ phải đưa ra thông tin về thu nhập vì phần thu nhập và những tài sản họ sở hữu có thể được tính vào khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của hộ gia đình. Một số trợ cấp cụ thể có thể được cung cấp cho những người không có SSN; hãy hỏi ISD. Thông tin nhập cư sẽ không được chia sẻ với bất kỳ cơ quan thi hành luật di trú nào.

HCA cũng sẽ xác minh với các cơ quan khác, Cơ Quan Xác Minh Thu Nhập Và Điều Kiện (IEVS) của liên bang và Hệ Thống Báo Cáo Thông Tin Hỗ Trợ Công Cộng (PARIS) về thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi. Thông tin này có thể ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện và số tiền trợ cấp của hộ gia đình quý vị. (29/4/2024)

4. Ban Dịch Vụ Cấp Dưỡng Nuôi Con

Khi chấp nhận hỗ trợ tiền mặt hoặc y tế, quý vị chuyển (cho) HCA quyền thu tiền cấp dưỡng nuôi con từ cha/mẹ vắng mặt của trẻ. Quý vị phải giúp HCA tìm cha/mẹ vắng mặt trừ khi có lý do chính đáng để không thực hiện, chẳng hạn như bạo lực gia đình; hỏi một nhân viên phụ trách hồ sơ. Nếu quý vị không hợp tác hoặc từ chối hợp tác với văn phòng Ban Dịch Vụ Cấp Dưỡng Nuôi Con (CSSD), trợ cấp tiền mặt của quý vị sẽ giảm đi và cuối cùng hồ sơ sẽ được khép lại và người lớn trong hộ gia đình có thể mất hỗ trợ y tế.

5. Phỏng Vấn

Hầu hết các chương trình hỗ trợ y tế mà quý vị có thể đăng ký qua đơn này đều không yêu cầu phỏng vấn.

- (a) Đối với Hỗ trợ SNAP/Tiền Mặt, tôi sẽ nhận được lịch hẹn phỏng vấn theo yêu cầu sau bao lâu?
- Trong vòng 10 ngày làm việc đối với hỗ trợ SNAP/thực phẩm và tiền mặt hoặc hỗ trợ SNAP/thực phẩm nhanh, kể từ ngày văn phòng nhận được đơn đăng ký của quý vị. Các đơn đăng ký nhận được sau giờ làm việc sẽ được coi là đã nhận được vào ngày làm việc tiếp theo.
 - Hầu hết các Chương trình hỗ trợ y tế không yêu cầu phỏng vấn.
- (b) Tôi có thể phỏng vấn qua điện thoại không?
- Nếu danh mục hỗ trợ y tế của quý vị yêu cầu phỏng vấn, chúng tôi sẽ phỏng vấn qua điện thoại trừ khi quý vị muốn phỏng vấn trực tiếp.
 - Đối với SNAP/Tiền Mặt, quý vị có thể phỏng vấn qua điện thoại vì những lý do sau đây:

▪ Khuyết tật	▪ Đi lại	▪ Sống quá xa Văn Phòng
▪ Hơn 60 tuổi	▪ Thời tiết xấu	▪ Làm việc từ 20 giờ trở lên mỗi tuần
▪ Bệnh tật	▪ Chăm sóc người khác	▪ Chăm sóc trẻ dưới 6 tuổi
 - Nếu có những khó khăn khác, vui lòng trao đổi với ISD

6. Thông Tin Bằng Chứng

HCA sẽ kiểm tra các nguồn dữ liệu điện tử để xem có thể xác minh thu nhập của quý vị và thông tin khác mà quý vị đã cung cấp trong đơn đăng ký này mà không cần yêu cầu tài liệu giấy tờ hay không. Nếu HCA không thể xác minh thu nhập và thông tin khác của quý vị thông qua các nguồn dữ liệu điện tử thì HCA sẽ yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng về thông tin đã cung cấp trong đơn đăng ký của mình. Quý vị sẽ nhận được một lá thư gửi qua đường bưu điện yêu cầu cung cấp thông tin này. Nếu cần thêm thời gian để chuẩn bị bằng chứng cho HCA, quý vị có thể yêu cầu thêm thời gian bằng cách liên hệ với ISD.

Tôi nên mang theo bằng chứng gì đến buổi phỏng vấn cho trợ cấp SNAP hoặc Tiền mặt?

Trong cuộc hẹn phỏng vấn, nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị sẽ đặt những câu hỏi để xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình mà quý vị đã đăng ký hay không. Nhân viên phụ trách hồ sơ sẽ KHÔNG yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng cho mọi vấn đề. Quý vị nên chuẩn bị để sẵn sàng đưa ra nhiều dữ kiện về trường hợp của mình nhất có thể. Vui lòng tham khảo bảng dưới đây có tên là **Ví Dụ Về Bằng Chứng** như một hướng dẫn chung để giúp quý vị quyết định cần những mục bằng chứng nào. Nếu nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có câu hỏi chưa được giải đáp về tính hội đủ điều kiện của quý vị thì họ sẽ yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng. Quý vị sẽ được cung cấp một danh sách tất cả mọi thứ quý vị cần phải cung cấp, cùng với biên bản cho bằng chứng quý vị đã cung cấp. Nếu quý vị cần hỗ trợ, HCA có trách nhiệm giúp quý vị; tuy nhiên, quý vị có trách nhiệm cung cấp các giấy tờ xác minh.

Xác minh:	SNAP/ Thực phẩm	Y tế			Tiền mặt	Năng Lượng/ LIHEAP	Ví dụ về bằng chứng Quý Vị Có Thể Được Yêu Cầu Cung Cấp Cho HCA
		Gia Đình / Người Lớn	Chỉ trẻ em	Người Cao Tuổi / Người Khuyết Tật			
Nơi quý vị cư trú	X	X	X	X	X	Hóa đơn dịch vụ tiện ích, thỏa thuận, thư gửi cho quý vị đến địa chỉ của quý vị	
Số An sinh Xã hội						Thẻ An Sinh Xã Hội hoặc thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội với tên và số của quý vị.	
Danh tính	X			X	X	Quý vị có thể gửi một trong các giấy tờ sau đây nếu cần chứng minh danh tính, mối quan hệ hoặc độ tuổi: Giấy phép Lái xe, thẻ An sinh Xã hội, Giấy khai sinh hoặc rửa tội, hồ sơ nhập tịch, hồ sơ điều tra dân số Người Mỹ Bản Địa, giấy chứng nhận dòng máu Người Mỹ Bản Địa (CIB), hồ sơ chính phủ, hồ sơ tòa án, thẻ đăng ký cử tri, hồ sơ ly hôn, Hộ chiếu Hoa Kỳ, hồ sơ trường học hoặc nhà trẻ, hợp đồng bảo hiểm, hồ sơ nhà thờ hoặc kinh thánh gia đình, thư của Bác sĩ, viên chức tôn giáo hoặc trường học, hoặc ai đó biết rõ quý vị, mối quan hệ của trẻ với quý vị và biết ngày sinh của trẻ. Chương trình Medicaid sẽ yêu cầu bằng chứng danh tính cụ thể.	
Mối quan hệ				X			
Tuổi			X	X			
Giấy khai sinh Hoa Kỳ	X	X	X	X	X	Nếu quý vị là người nhập cư xin hỗ trợ, quý vị có thể phải cung cấp hồ sơ USCIS (trước đây là INS) gốc.	
Tư cách Công dân Hoa Kỳ		X	X	X		Hầu hết các chương trình không yêu cầu bằng chứng về Quốc tịch Hoa Kỳ. Để được hỗ trợ y tế, chính phủ liên bang hiện yêu cầu tất cả các cá nhân cung cấp một số giấy tờ BẢN GỐC (không phải bản sao) chứng minh Quốc tịch, Danh tính hoặc bằng chứng hoặc Tình trạng Thường trú hợp pháp. Các giấy tờ bản gốc sẽ được sao chụp và trả lại. Bằng Chứng Về Tư Cách Công Dân và Danh Tính Bằng chứng Tư cách Công dân riêng Hộ chiếu Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch - (Mẫu Đơn 550 hoặc N-570) Giấy Khai Sinh của Hoa Kỳ - Nếu quý vị sinh ra ở New Mexico, HCA có thể giúp quý vị kiểm tra với Sở Y Tế, Văn Phòng Hồ Sơ Hộ	

							Giấy Chứng Nhận Quốc Tịch Hoa Kỳ - (N-560 hoặc N-561) Giấy chứng nhận Máu Thổ dân (CIB)	Tịch. Vui lòng cung cấp họ tên, ngày sinh, quận sinh, giới tính, họ và tên thời con gái của người mẹ cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để nhận trợ giúp này.
Khuyết tật				X	X	X	Hồ sơ y tế cho biết quý vị sẽ bị tàn tật trong bao lâu, quý vị có thể làm việc hay không và quý vị có cần sự giúp đỡ/chăm sóc liên tục hay không.	
Mang thai	X	X	X	X	X	X	Hồ sơ y tế cho biết ngày dự sinh của em bé	
Chuyên cần Đi học							Học bạ hiện tại hoặc thư của trường học cho biết con quý vị có đang đi học hay không	
Sinh viên Đại học	X					X	Thư của trường đại học cho biết quý vị là sinh viên chính quy hay bán thời gian	
Hỗ trợ Tài chính cho Sinh viên	X					X	X	Thư của văn phòng hỗ trợ tài chính nêu rõ quý vị nhận được các loại và số tiền hỗ trợ tài chính là bao nhiêu và chi phí quý vị sẽ phải chi trả cho việc học tập của mình
Thu nhập Khoảng thời gian 30 ngày gần đây nhất hoặc tất cả từ tháng trước	X	X	X	X	X	X	X	Thu nhập từ tiền lương: Các cuống séc, thư của hãng sớ với số giờ quý vị sẽ làm việc và mức lương quý vị sẽ nhận được. Nếu quý vị tự kinh doanh, quý vị có thể cung cấp cho nhân viên phụ trách hồ sơ bản sao tờ khai thuế thu nhập, hồ sơ kinh doanh hoặc hồ sơ lương cá nhân của quý vị. Thu nhập ngoài tiền lương: Bản sao séc, hoặc một lá thư từ cơ quan An sinh Xã hội, Trợ cấp Thất nghiệp, Bồi thường cho Người lao động, Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh, Cục Quản lý các Vấn đề về Dân Bản địa (Bureau of Indian Affairs), Cơ quan Hưu trí Nhân viên Công cộng, v.v. Có thể chấp nhận Xác minh thay thế; vui lòng trao đổi với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị.
Mất việc (60 ngày)	X	X	X	X	X	X	X	Thư của chủ lao động
Giá trị của những Thứ Quý vị Sở hữu				X				Nguồn lực/Tài sản: Bảng sao kê ngân hàng gần đây hoặc thư định giá
Những thứ Quý vị Chuyển giao	X			X	X			Bảng sao kê gần đây hoặc thư định giá
Medicare Part A				X				Thẻ ID hoặc thư của Cục An Sinh Xã Hội
Thanh toán Cấp dưỡng Nuôi con	X							Nếu quý vị muốn khấu trừ tiền cấp dưỡng nuôi con phải chi trả, hãy cung cấp bằng chứng về trách nhiệm pháp lý phải chi trả và số tiền đã chi trả. Có thể sử dụng phán quyết của tòa án hoặc lệnh hành chính, hoặc thỏa thuận ly thân hợp pháp. Để nộp bằng chứng về số tiền, hãy sử dụng séc đã hủy, bản sao kê khấu trừ lương, xác minh về việc khấu trừ tiền bồi thường thất nghiệp hoặc bản tường trình bằng văn bản của cha/mẹ đang giữ quyền giám hộ.
Bảng chứng không bắt buộc –Dưới đây là danh sách các mục bằng chứng không bắt buộc giúp quý vị nhận được tối đa trợ cấp mà quý vị đủ điều kiện. Nếu không có dấu chọn trong ô bên dưới thì không cần cung cấp bằng chứng. Để nhận được tín dụng, chỉ cần cho chúng tôi biết số tiền quý vị phải trả mỗi tháng. Quý vị sẽ chỉ phải cung cấp bằng chứng nếu nhân viên phụ trách hồ sơ có câu hỏi chưa được giải quyết về chi phí của quý vị. Nếu quý vị đăng ký trợ cấp năng lượng/LIHEAP, vui lòng cung cấp bản sao chi phí sưởi ấm/làm mát. Nếu quý vị cần trợ giúp, HCA có trách nhiệm giúp đỡ quý vị với điều kiện là quý vị phải hợp tác.								
Chi phí Giữ trẻ/Chăm sóc người lớn	X							Quý vị có thể gửi một trong các giấy tờ sau đây nếu cần chứng minh chi phí xuất tui: Thỏa thuận, bản in từ máy tính, lệnh chuyển tiền, thư từ người được quý vị trả tiền, giấy tờ ly hôn hoặc ly thân, bản sao kê, biên lai, séc đã hủy, bản sao séc.
Chi Phí Y Tế Chỉ Người Cao Tuổi và Người Khuyết Tật	X			X				
Chi phí Thuê nhà/Chủ nhà	X							
Chi phí sưởi/Làm mát	X						X	
7. Tính Hội Đủ Điều Kiện Của Người Nhập Cư Không Phải Là Công Dân								
Nhiều người nhập cư có thể nhận được trợ cấp khi cư trú tại New Mexico. Một số người nhập cư phải duy trì một tình trạng cụ thể trong vòng 5 năm thì mới nhận được trợ cấp. Có nhiều trường hợp ngoại lệ. Mọi trẻ em dưới 21 tuổi hoặc phụ nữ mang thai cư trú hợp pháp đáp ứng tất cả các yêu cầu về tính đủ điều kiện khác đều có thể nhận Medicaid ngay lập tức. Một số người nhập cư đủ điều kiện mà không cần số an sinh xã hội. Ngay cả khi quý vị không có tình trạng nhập cư đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị vẫn có thể nhận Medicaid cho những trường hợp khẩn cấp. Hãy hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ để biết thêm thông tin. Chúng tôi bảo mật thông tin của quý vị và chỉ chia sẻ thông tin với các cơ quan chính phủ khác để xác định quý vị đủ điều kiện tham gia những chương trình nào. Những người nhập cư ở một trong các tình trạng sau đây có thể đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc trợ cấp khác, nếu họ đáp ứng các yêu cầu khác của chương trình.								

1 – Công Dân Hoa Kỳ	2 – Thường Trú Nhân Hợp Pháp (LPR/Người Có Thẻ Xanh)	3 – Người tị nạn chính trị	4 – Người tị nạn	5 – Người nhập cư Cuba/Haiti	6 – Được đặc xá nhập cảnh vào Hoa Kỳ (ít nhất một năm)
7 – Người nhập cảnh có điều kiện được cấp phép trước năm 1980	8 – Vợ/chồng, con cái, cha mẹ bị bạo hành hoặc người vợ/chồng còn sống chưa tái hôn	9 – Nạn nhân buôn bán người và vợ/chồng, con cái, anh chị em, cha mẹ của họ	10 – Được cấp lệnh tạm hoãn trục xuất hoặc tránh bị trục xuất	11 – Thành viên của bộ tộc Da Đỏ được Liên Bang công nhận hoặc Người Bản Địa Mỹ sinh ra ở Canada	12 – Người nhập cư đặc biệt từ Afghanistan hoặc Iraq
13 – Cá nhân có tình trạng không nhập cư	14 – Người nước ngoài được cho tạm cư trú ở Hoa Kỳ (dưới một năm)	15 – Trạng thái được bảo vệ tạm thời (TPS)	16 – Hoãn thi hành cưỡng ép trục xuất (DED)	17 – Trạng thái Tạm hoãn Thị hành Lệnh	18 – Tạm trú hợp pháp (LTR)
19 – Được DHS cấp quyền lưu trú hành chính hoặc trục xuất	20 – Được cấp lệnh tạm hoãn trục xuất theo Công Ước Chống Tra Tấn (CAT)	21 – Cư dân Samoa thuộc Mỹ	22 – Người đăng ký xin Tình Trạng Vị Thành Niên Nhập Cư Đặc Biệt	23 – Người đăng ký xin Điều chỉnh Tình Trạng LPR với đơn xin thị thực đã được chấp thuận	24 – Người đăng ký xin thị thực Nạn Nhân của nạn buôn người
25 – Người đăng ký xin Tị Nạn Chính Trị (có EAD hoặc dưới 14 tuổi có đơn đăng ký đang chờ xử lý trong ít nhất 180 ngày)	26 – Người đăng ký xin được cấp lệnh Tạm Hoãn Trục Xuất hoặc Tránh Bị Trục Xuất (có EAD hoặc dưới 14 tuổi có đơn đăng ký đang chờ xử lý trong ít nhất 180 ngày)	27 – Người đăng ký quốc tịch (có EAD)	28 – Lệnh giám sát (có EAD)	29 – Người nộp đơn xin hủy bỏ việc trục xuất hoặc tạm hoãn trục xuất (có EAD)	30 – Người đăng ký xin Hợp Pháp Hóa theo IRCA (có EAD)
31 – Người đăng ký Trạng thái được bảo vệ tạm thời (TPS)	32 – Hợp pháp hóa theo Đạo Luật LIFE (có EAD)	33 – Người Mỹ gốc Á	34 – Người Hmong/Người Lào		
35 – Công dân của Hiệp định Liên kết Tự do (COFA) thuộc các Bang Liên hiệp Micronesia, Cộng hòa Quần đảo Marshall và Cộng hòa Palau là những cá nhân cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ theo điều khoản 141 của Hiệp định Liên kết Tự do giữa Chính phủ Hoa Kỳ và Chính phủ của các Bang Liên hiệp Micronesia, Cộng hòa Quần đảo Marshall và Cộng hòa Palau.	36 – Có mặt ở Hoa Kỳ hợp pháp nhưng không được liệt kê phía trên	37 – Khác	38 – Không chắc chắn		

8. Yêu Cầu Số An Sinh Xã Hội (SSN)

Tại sao tôi cần cung cấp Số An Sinh Xã Hội (SSN)? - Để nhận trợ cấp SNAP hoặc Medicaid, quý vị phải có số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc đã đăng ký SSN hoặc có lý do chính đáng để không đăng ký SSN [7 C.F.R. § 273.6 và 42 C.F.R. §435.910]. Tất cả những người trong một hộ gia đình đăng ký nhận trợ cấp SNAP phải cung cấp số SSN của họ cho văn phòng ISD [7 C.F.R. § 273,6]. ISD phải kiểm tra SSN của mọi người trong gia đình với Cơ Quan Quản Lý An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, SSA). ISD không thể trì hoãn hoặc từ chối các trợ cấp SNAP trong khi chờ kiểm tra SSN [7 C.F.R. § 273.2]. Nếu người nộp đơn không thể nhớ số ASXH của họ và không chắc họ có số ASXH hay không thì họ có thể liên hệ với Cục ASXH.

HCA sẽ sử dụng SSN của tôi như thế nào? - Để ngăn chặn việc tham gia trùng lặp; tạo điều kiện thực hiện những thay đổi hàng loạt về trợ cấp; xác định tính chính xác của thông tin do thành viên hộ gia đình cung cấp; và SSN sẽ được máy tính kiểm tra chéo với các SSN xuất hiện trong các tệp dữ liệu cá nhân khác cho dù các tệp đó được lưu trong HCA hoặc tại các cơ quan chính phủ khác. HCA sẽ thường xuyên sử dụng SSN để thu thập và sử dụng thông tin về tiền lương và trợ cấp từ các nguồn khác cho mục đích xác minh tính đủ điều kiện nhận SNAP và số tiền trợ cấp SNAP. Các nguồn này bao gồm, nhưng không giới hạn ở: các cơ quan liên bang hoặc tiểu bang, các nhà cung cấp theo hợp đồng với HCA, các sở phúc lợi ở các tiểu bang khác; và các ngân hàng và các tổ chức tài chính khác

Nếu tôi không cung cấp hoặc không có SSN thì sao? - Thành viên trong hộ gia đình không cung cấp hoặc không nộp đơn xin SSN mà không có lý do chính đáng sẽ bị loại khỏi chương trình và không được nhận trợ cấp. [7 C.F.R. § 273.6] Việc loại trừ này chỉ áp dụng cho thành viên cá nhân trong hộ gia đình và không ảnh hưởng đến toàn bộ hộ gia đình. [Id.] Thu nhập và tài sản của thành viên bị loại có thể ảnh hưởng đến mức trợ cấp và quyền lợi của toàn bộ hộ gia đình. Nếu thành viên hộ gia đình bị loại đó cung cấp SSN của họ cho ISD thì họ có thể đủ điều kiện để nhận trợ cấp. Nếu thành viên hộ gia đình bị loại đó cung cấp bằng chứng về việc nộp đơn đăng ký SSN hoặc có lý do chính đáng để không hoàn thành đơn đăng ký SSN thì họ có thể đủ điều kiện để nhận trợ cấp. [7 C.F.R. § 273.6]

Khi nào tôi được coi là có lý do chính đáng để không nộp đơn xin SSN? - Người nộp đơn chưa có SSN phải nộp đơn xin SSN trước khi được nhận trợ cấp, trừ khi có "lý do chính đáng". [7C.F.R. § 273.6] "Lý do chính đáng" có nghĩa là người đó đã cố gắng nộp đơn xin SSN nhưng hiện vẫn không thể nộp được. [7C.F.R. § 273.6] Ví dụ, một người có thể có "lý do chính đáng" nếu vẫn phỏng An Sinh Xã Hội từ chối nhận đơn xin SSN của họ vì họ chưa có giấy tờ chứng minh tuổi và cơ quan An Sinh Xã Hội phải gửi yêu cầu để lấy giấy khai sinh. Nếu vẫn phỏng ISD tìm thấy lý do chính đáng cho việc không nỗ lực đăng ký Số An Sinh Xã Hội thì người đăng ký có thể nhận trợ cấp SNAP trong một tháng sau tháng đăng ký [7 C.F.R. § 273,6]. Sau đó, văn phòng ISD sẽ quyết định xem có lý do chính đáng cho việc không nộp đơn đăng ký SSN vào cuối mỗi tháng hay không [7 C.F.R. § 273.6]. Cuối cùng, người đăng ký sẽ nhận được SSN hoặc được coi là thiếu lý do chính đáng để không đăng ký.

9. Sau khi quý vị nộp đơn đăng ký

(a) *Mất bao lâu để đơn đăng ký của tôi được chấp thuận hoặc từ chối?*

- **SNAP/Thực phẩm** – Không quá 30 ngày theo lịch kể từ ngày đăng ký, hoặc 7 ngày theo lịch nếu chọn trợ cấp SNAP/Thực phẩm nhanh. Nếu không nhận được SNAP trong vòng 7 ngày, quý vị có quyền yêu cầu tổ chức một cuộc họp không chính thức để tìm hiểu lý do quý vị không được nhận trợ cấp thực phẩm nhanh.
- **Medicaid** – Hầu hết các đơn đăng ký Medicaid phải được xử lý không quá 45 ngày theo lịch kể từ ngày đăng ký. Nếu Ban Xác Định Tình Trạng Khuyết Tật (DDU) yêu cầu xác định tình trạng khuyết tật thì HCA có tối đa 90 ngày để xử lý đơn đăng ký của quý vị.
- **Tiền mặt** – Không quá 30 ngày theo lịch kể từ ngày đăng ký hoặc tối đa 90 ngày đối với các quyết định về tình trạng khuyết tật cho Trợ Cấp Chung
- **Năng lượng/LIHEAP** – Không quá 30 ngày theo lịch kể từ ngày đăng ký, hoặc 48 giờ kể từ thời điểm ngừng cấp/ngắt kết nối

(b) *Nếu tôi không đồng ý với quyết định về tính hội đủ điều kiện hoặc mức trợ cấp, tôi có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng không?*

Có - Nếu quý vị không đồng ý với quyết định mà chúng tôi đưa ra về trường hợp của mình, quý vị có thể trực tiếp yêu cầu một phiên điều trần công bằng, qua số điện thoại 1-800-432-6217 hoặc (505) 827-8164, hoặc bằng văn bản trong vòng 90 ngày kể từ ngày thông báo được gửi cho quý vị về hành động đã được thực hiện đối với trường hợp của quý vị. Vui lòng gửi yêu cầu của quý vị đến Văn Phòng Điều Trần Bình Đẳng của HCA tại PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504. Quý vị có quyền xem hồ sơ trường hợp của mình và bất kỳ hồ sơ nào mà HCA đã sử dụng để xác định tính hội đủ điều kiện của quý vị trước phiên điều trần. Quý vị có thể nhờ một thành viên trong gia đình hoặc người khác như bạn bè hoặc người thân đại diện cho hộ gia đình của quý vị tại phiên điều trần. Quý vị cũng có quyền mời luật sư hoặc người đại diện hợp pháp khác tại phiên điều trần.

(c) *Trợ cấp của tôi được tính từ ngày nào?*

- | | |
|---|--|
| ▪ SNAP/Thực phẩm – Từ ngày quý vị đăng ký | ▪ Tiền Mặt – Vào ngày HCA chấp thuận đơn đăng ký của quý vị hoặc ngày thứ 30 kể từ ngày nộp đơn, tùy theo ngày nào sớm hơn |
| ▪ Năng Lượng/LIHEAP – Vào ngày HCA xác minh tài khoản của quý vị với nhà cung cấp năng lượng | ▪ Medicaid – Nếu được chấp thuận, quý vị sẽ nhận Medicaid từ ngày đầu tiên của tháng mà quý vị đăng ký. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicaid tối đa 3 tháng trước. |

(d) *Tôi sẽ nhận trợ cấp bằng cách nào?*

- **Medicaid** - Thẻ Medicaid sẽ được tổ chức chăm sóc được quản lý (MCO) của quý vị gửi qua đường bưu điện trong vòng 20 ngày kể từ ngày chấp thuận. Nếu quý vị không có MCO thì HCA sẽ gửi thẻ cho quý vị qua đường bưu điện. Bác sĩ có thể tra cứu Medicaid của quý vị trước khi quý vị nhận được thẻ qua đường bưu điện. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ được bao trả ngay sau khi được chấp thuận. Hãy gọi điện cho MCO của quý vị để tìm hiểu về các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị không có MCO, hãy gọi cho HCA theo số 1-800-283-4465
- **Năng Lượng/LIHEAP** - Thanh toán của quý vị sẽ được gửi trực tiếp cho nhà cung cấp năng lượng sau 7 ngày kể từ ngày HCA xác minh thông tin tài khoản của quý vị với nhà cung cấp năng lượng. Đối với trường hợp ngừng cấp/ngắt kết nối, HCA sẽ gọi cho nhà cung cấp năng lượng để giúp quý vị không bị ngừng cấp năng lượng.
- **SNAP/Thực Phẩm và Tiền Mặt** - HCA sử dụng hệ thống thẻ ghi nợ điện tử gọi là EBT để cung cấp trợ cấp tiền mặt và SNAP/Thực phẩm cho quý vị. Nếu quý vị chưa có thẻ EBT, thẻ EBT sẽ được gửi đến địa chỉ của quý vị qua đường bưu điện trong một ngày làm việc kể từ ngày đăng ký và sau khi đơn đăng ký của quý vị được nhập vào máy tính. Nếu quý vị chậm nhận được thẻ EBT, quý vị có thể yêu cầu cấp thẻ từ văn phòng ISD địa phương. Quý vị có thể gọi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng EBT 24/7 theo số 1-800-843-8303 để yêu cầu thay thế hoặc kích hoạt thẻ EBT.

Mỗi tháng, trợ cấp tiền mặt sẽ được gửi vào tài khoản EBT của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng. Trợ cấp SNAP/Thực phẩm sẽ được gửi vào tài khoản EBT của quý vị vào ngày trong tháng được ghi trong ô bên dưới liệt kê hai chữ số cuối cùng của số an sinh xã hội của chủ hộ.

Lịch kết hợp: Nếu quý vị đã nộp đơn đăng ký trợ cấp SNAP/Thực phẩm sau ngày 15 của bất kỳ tháng nào và được chấp thuận trợ cấp nhanh, quý vị sẽ nhận được trợ cấp theo lịch dưới đây.

- Quý vị sẽ nhận được phúc lợi cho tháng thứ 1 và tháng thứ 2 vào ngày hồ sơ của quý vị được phê duyệt.
- Quý vị sẽ nhận được trợ cấp của tháng thứ 3 vào ngày đầu tiên của tháng.
- Quý vị sẽ nhận được trợ cấp của tháng thứ 4 trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng, tùy thuộc vào hai chữ số cuối cùng của SSN của quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được trợ cấp của tháng thứ 5 trong vòng 20 ngày đầu tiên của tháng, tùy thuộc vào hai chữ số cuối cùng của SSN của quý vị. Đây sẽ là ngày định kỳ trong tháng quý vị được nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm trong tương lai.

Lịch Trình Cấp Sắp Xếp Số Le cho SNAP/Thực Phẩm																			
Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
	51		41		52		42		53		43		54		44		55		45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
1	91	2	81	3	92	4	82	5	93	6	83	7	94	8	84	9	95	10	85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
	56		46		57		47		58		48		59		49		50		40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

Lịch Trình Cấp Số Le cho SNAP/Thực Phẩm																			
Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN	Ngày	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
1	51	2	41	3	52	4	42	5	53	6	43	7	54	8	44	9	55	10	45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
	91		81		92		82		93		83		94		84		95		85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
11	56	12	46	13	57	14	47	15	58	16	48	17	59	18	49	19	50	20	40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

(e) Tôi có thể nhận trợ cấp trong bao lâu trước khi phải gia hạn?

- **SNAP/thực phẩm** – Thông thường là tối đa 12 tháng, hoặc 36 tháng đối với hộ gia đình người cao tuổi/khuyết tật không có thu nhập từ lao động
- **Medicaid** – Medicaid của quý vị sẽ được chấp thuận trong 12 tháng. Quý vị nên báo cáo mọi thay đổi có thể ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của mình trong vòng 10 ngày; xem bên dưới
- **Tiền mặt** – Thông thường là tối đa 12 tháng. Người lớn từ 18 tuổi trở lên có thể nhận trợ cấp TANF không quá 60 tháng trong suốt cuộc đời, trừ khi họ đủ điều kiện để được gia hạn do khó khăn nghiêm trọng sau khi đạt đến giới hạn. Trẻ sống cùng cha hoặc mẹ không đủ điều kiện nhận trợ cấp do giới hạn thời gian sẽ không đủ điều kiện nhận TANF với tư cách trẻ em. Giới hạn 60 tháng không áp dụng cho các trường hợp trẻ em đủ điều kiện nhận TANF và cha mẹ không đủ điều kiện vì lý do khác ngoài giới hạn 60 tháng, chẳng hạn như nhận SSI hoặc tình trạng không đủ điều kiện nhập cư. Giới hạn 60 tháng không áp dụng cho hỗ trợ y tế hoặc SNAP.

(f) Tôi có phải báo cáo thay đổi không? **Luôn báo cáo thay đổi địa chỉ trong vòng 10 ngày theo lịch đối với tất cả các loại chương trình hỗ trợ.**

- **SNAP/thực phẩm và Tiền mặt** - Những thay đổi về thành viên hộ gia đình, chi phí hộ gia đình hằng tháng, thu nhập/công việc và nguồn lực:
 - Chỉ báo cáo những thay đổi này trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày xảy ra thay đổi nếu:
 - (Các) thay đổi sẽ khiến hồ sơ của quý vị kết thúc; hoặc
 - (Các) thay đổi sẽ khiến số tiền trợ cấp của quý vị tăng lên;
 - Những thay đổi quan trọng khác mà quý vị cần thông báo cho chúng tôi:
 - Thay đổi địa chỉ nhận thư. Chúng tôi muốn đảm bảo rằng thư được gửi đến tay quý vị.
 - Thay đổi quy mô hộ gia đình (nếu có ai đó chuyển đến hoặc rời khỏi nhà quý vị)
 - Thay đổi nơi cư trú (nếu quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị rời khỏi New Mexico).
 - Thay đổi chi phí gia đình hằng tháng.

- Thay đổi về nguồn lực (chẳng hạn như tài khoản ngân hàng, tài sản và bảo hiểm nhân thọ).
- Quý vị nên báo cáo thay đổi bất kỳ lúc nào trong thời gian chứng nhận có thể làm tăng số tiền trợ cấp của quý vị (chẳng hạn như sinh con hoặc mất thu nhập).
- **Báo cáo nửa năm:** Hầu hết các hộ gia đình sẽ nhận được báo cáo nửa năm gửi qua đường bưu điện, yêu cầu mọi thay đổi phải được báo cáo và cung cấp cho ISD.
- **Báo cáo hằng năm:** Các hộ gia đình có thu nhập cố định như Trợ cấp an sinh xã hội sẽ nhận được báo cáo hằng năm gửi qua đường bưu điện, yêu cầu mọi thay đổi phải được báo cáo và gửi đến văn phòng ISD.
- **Báo cáo định kỳ:** Có rất ít hộ gia đình phải báo cáo thay đổi khi chúng xảy ra. Các hộ gia đình này phải báo cáo mọi thay đổi trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày xảy ra thay đổi.
- **Medicaid** – Người nhận Medicaid phải báo cáo một số thay đổi có thể ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của họ cho ISD trong vòng 10 ngày kể từ ngày xảy ra thay đổi.
- Các thay đổi mà quý vị nên báo cáo bao gồm:
 - **Sắp xếp sinh hoạt hoặc thay đổi địa chỉ:** Báo cáo mọi thay đổi về địa chỉ cư trú hoặc nhận thư của người nhận đủ điều kiện.
 - **Quy mô hộ gia đình:** Báo cáo mọi thay đổi trong quy mô hộ gia đình, bao gồm một người trong gia đình qua đời và/hoặc bất kỳ trường hợp mang thai nào của các thành viên trong hộ gia đình.
 - **Liệt kê:** Báo cáo số an sinh xã hội mới của các cá nhân đang nhận trợ cấp Medicaid trong hộ gia đình, bao gồm trẻ sơ sinh đang nhận Medicaid.
 - **Thu nhập:** Báo cáo tăng hoặc giảm thu nhập. Đối với một số loại Medicaid, chẳng hạn như trẻ em và phụ nữ mang thai, thay đổi về thu nhập không ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện cho đến ngày gia hạn.
 - **Nguồn lực:** Chỉ yêu cầu báo cáo mọi thay đổi về tài sản do quý vị sở hữu (chẳng hạn như tài sản hoặc tiền trong ngân hàng) cho chương trình Medicaid Chăm Sóc Tập Trung, Miễn Trừ, Cá Nhân Tàn Tật Do Tai Nạn Lao Động và Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

(g) Tôi có phải tham gia Chương Trình New Mexico Works không?

- **Tiền mặt** – Có, tất cả người lớn nhận trợ cấp tiền mặt TANF đều tham gia Chương Trình New Mexico Works. Quý vị sẽ được liên hệ bởi nhà cung cấp dịch vụ New Mexico Works (NMW). Khi quý vị không hoàn thành hoặc không báo cáo hoạt động công việc của mình, quý vị có thể mất một phần và cuối cùng là tất cả trợ cấp tiền mặt của mình. Đây được gọi là xử phạt. Lần đầu tiên, chúng tôi sẽ muốn nói chuyện với quý vị để thử và sửa lỗi trước khi xử phạt; đây được gọi là hòa giải. Một biện pháp xử phạt sẽ làm giảm trợ cấp của quý vị theo ba cách sau đây: **Xử Phạt Lần 1 – giảm 25% trợ cấp tiền mặt; lần 2 – giảm 50% trợ cấp tiền mặt; và lần 3 – Đóng Hồ Sơ.** Trong các tình huống sau đây, quý vị có thể nhận các hoạt động công việc khác nhau hoặc ít giờ hơn nếu bất kỳ tình huống nào sau đây áp dụng cho quý vị:

▪ Cha/Mẹ đơn thân chăm sóc trẻ dưới 12 tháng tuổi – giới hạn 1 lần trọn đời	▪ Các tình huống cá nhân tạm thời – Tối đa 30 ngày
▪ Từ 60 tuổi trở lên	▪ Khuyết tật
▪ Mang thai ở ba tháng cuối hoặc Sáu tuần sau khi sinh	▪ Chăm sóc thành viên hộ gia đình bị ốm hoặc mất năng lực hành vi
▪ Cha/Mẹ đơn thân chăm sóc trẻ dưới 6 tuổi (không có dịch vụ giữ trẻ)	▪ Bạo lực gia đình (Tùy chọn Bạo lực gia đình)
▪ Bị suy giảm, tạm thời hoặc vĩnh viễn, theo quyết định của IRU	▪ Lý do chính đáng cho nhu cầu Tham Gia Công Việc Hạn Chế

(h) Có sẵn trợ giúp nào khác không?

- Bảng việc truy cập liên kết bên dưới, quý vị sẽ tìm thấy danh mục các nguồn lực có sẵn trên khắp New Mexico. Quý vị sẽ tìm thấy danh sách nguồn lực theo quận.
https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices_ <https://yesnmconnect.nm.gov/>

10. Thông Tin Quan Trọng về Thẻ EBT của Quý Vị

(a) Thẻ EBT đầu tiên

Nếu đây là lần hưởng trợ cấp SNAP/Thực Phẩm hoặc Tiền Mặt đầu tiên của quý vị với Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe New Mexico, thẻ EBT của quý vị sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị vào ngày làm việc đầu tiên sau khi đơn đăng ký của quý vị được văn phòng ISD địa phương nhập vào hệ thống máy tính ISD.

Quý vị thường sẽ nhận được thẻ EBT trong vòng 7 ngày kể từ khi đăng ký. Nếu đã 7 ngày trôi qua mà quý vị vẫn chưa nhận được thẻ, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Trợ Giúp EBT theo số 1-800-283-4465 để có thể đến nhận thẻ tại văn phòng ISD quận địa phương.

Quý vị phải kích hoạt thẻ sau khi nhận. Quý vị cần lấy Mã Định Danh Cá Nhân (PIN) từ nhà thầu EBT của chúng tôi. Để kích hoạt thẻ và nhận mã PIN, vui lòng gọi đến 1-800- 843-8303 24 giờ/ngày hoặc 1-800-283-4465, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình thẻ EBT, vui lòng gọi đến 1-800-283-4465.

Quan trọng: Nếu quý vị đã có thẻ EBT và yêu cầu nhận thẻ mới, thẻ cũ của quý vị sẽ bị hủy kích hoạt. Quý vị sẽ phải chờ nhận thẻ mới qua đường bưu điện rồi mới có thể sử dụng trợ cấp của mình. Khi yêu cầu thẻ mới, mã PIN của quý vị sẽ không thay đổi. Quý vị có thể thay đổi mã PIN khi nhận được thẻ mới bằng cách gọi cho nhà thầu EBT theo số 1-800-843-8303.

(b) Tôi có sẵn thẻ EBT mà tôi biết là đang hoạt động.

Nếu quý vị từng nhận Trợ Cấp SNAP/Thực phẩm hoặc Tiền mặt trước đây và biết rằng thẻ EBT của quý vị đang hoạt động, vui lòng thông báo cho ISD biết rằng quý vị không cần nhận thẻ mới. Quý vị sẽ có thể nhận trợ cấp sau khi trường hợp của quý vị được chấp thuận. Nếu quý vị chỉ quên mã PIN, nhưng thẻ của quý vị vẫn đang hoạt động, vui lòng gọi đến số 1-800-843-8303 - 24 giờ/ngày hoặc 1-800-283-4465, Thứ Hai-Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, để nhận mã PIN mới. Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình thẻ EBT, vui lòng gọi đến 1-800-283-4465.

(c) Thẻ EBT của tôi không hoạt động.

Nếu quý vị đã từng nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm hoặc Tiền mặt trước đây và thẻ EBT của quý vị không hoạt động, vui lòng gọi cho Bộ phận Trợ Giúp của nhà thầu EBT theo số 1-800-843-8303 hoặc 1-800-283-4465. Thẻ EBT mới sẽ được gửi cho quý vị qua đường bưu điện vào ngày làm việc đầu tiên sau khi quý vị yêu cầu nhận thẻ từ Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của nhà thầu EBT.

Quý vị thường sẽ nhận được thẻ EBT trong vòng 7 ngày kể từ ngày đăng ký. Nếu đã 7 ngày trôi qua mà quý vị vẫn chưa nhận được thẻ, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Trợ Giúp EBT theo số 1-800-283-4465 để có thể đến nhận thẻ tại văn phòng ISD quận địa phương.
 Quý vị phải kích hoạt thẻ sau khi nhận. Quý vị cần lấy Mã Định Danh Cá Nhân (PIN) từ nhà thầu EBT của chúng tôi. Để kích hoạt thẻ của quý vị và nhận mã PIN, vui lòng gọi số 1-800- 843-8303 24/24 giờ hoặc gọi số 1-800-283-4465, Thứ Hai-Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình thẻ EBT, vui lòng gọi đến 1-800-283-4465.

(d) Tôi bị mất thẻ.
 Nếu quý vị đã từng nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm hoặc Tiền mặt trước đây và thẻ EBT của quý vị không hoạt động, vui lòng gọi cho Bộ phận Trợ Giúp của nhà thầu EBT theo số 1-800-843-8303 hoặc 1-800-283-4465. Thẻ EBT mới sẽ được gửi cho quý vị qua đường bưu điện vào ngày làm việc đầu tiên sau khi quý vị yêu cầu nhận thẻ từ Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của nhà thầu EBT.
 Quý vị thường sẽ nhận được thẻ EBT trong vòng 7 ngày kể từ ngày đăng ký. Nếu đã 7 ngày trôi qua mà quý vị vẫn chưa nhận được thẻ, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Trợ Giúp EBT theo số 1-800-283-4465 để có thể đến nhận thẻ tại văn phòng ISD quận địa phương.
 Quý vị phải kích hoạt thẻ sau khi nhận. Quý vị cần lấy Mã Định Danh Cá Nhân (PIN) từ nhà thầu EBT. Để kích hoạt thẻ và nhận mã PIN, vui lòng gọi đến 1-800- 843-8303 24 giờ/ngày hoặc 1-800-283-4465, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình thẻ EBT, vui lòng gọi đến 1-800-283-4465.

11. Các Hình Phạt do Vi Phạm Trợ Cấp SNAP/Thực Phẩm

Quý vị không được cung cấp thông tin giả hoặc che giấu thông tin để nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm, bao gồm cả thẻ EBT. Quý vị không được giao dịch hoặc bán thẻ EBT hoặc mã PIN của mình. Quý vị không được cho phép bên bán lẻ ghi nợ trường mục EBT của mình để đổi lấy tiền mặt. Quý vị không được đổi thẻ EBT để nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm mà quý vị không đủ điều kiện nhận. Không sử dụng hoặc sở hữu thẻ EBT không phải của quý vị và không để người khác sử dụng thẻ của quý vị. Quý vị không được sử dụng trợ cấp SNAP/Thực phẩm của mình để mua các mặt hàng không phải thực phẩm, chẳng hạn như rượu, thuốc lá hoặc các sản phẩm giấy. Quý vị không được sử dụng thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình của quý vị. Quý vị không được sử dụng trợ cấp SNAP/Thực phẩm để chi trả tài khoản tín dụng.

- Bất kỳ ai cố tình vi phạm các quy tắc này đều có thể bị cấm nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm trong 12 tháng (vi phạm lần đầu); cấm trong 24 tháng (vi phạm lần 2); cấm vĩnh viễn (vi phạm lần 3); phạt \$250,000, phạt tù lên tới 20 năm, hoặc cả hai; đình chỉ thêm 18 tháng. Bất kỳ ai cố tình vi phạm các quy tắc này đều có thể bị truy tố theo luật liên bang và tiểu bang khác có áp dụng hình phạt hình sự.
- Bất kỳ ai cố tình cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin về danh tính hoặc nơi cư trú để nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm trong nhiều hộ gia đình cùng lúc có thể bị cấm 10 năm.
- Bất kỳ ai bị kết tội giao dịch trợ cấp SNAP/Thực phẩm để đổi lấy chất bị kiểm soát có thể bị cấm nhận trợ cấp SNAP/Thực phẩm trong 24 tháng (vi phạm lần đầu) và bị cấm vĩnh viễn (vi phạm lần hai).
- Bất kỳ ai bị kết án vì mua/bán trợ cấp SNAP/Thực phẩm từ \$500 trở lên sau ngày 22 tháng 9 năm 1996 sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia Chương trình. (Bất kỳ vi phạm nào).
- Bất kỳ ai bị kết tội trao đổi SNAP/hỗ trợ lương thực lấy súng ống, đạn dược, thuốc nổ sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện tham gia Chương trình. (Bất kỳ vi phạm nào).

12. Quyền Điều Trần Công Bằng

Quyền điều trần của quý vị - Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần nếu không đồng ý với quyết định mà HCA đã đưa ra về đơn đăng ký/trợ cấp của quý vị. Phiên điều trần là cơ hội để quý vị giải thích lý do quý vị không đồng ý. Nếu không đồng ý với quyết định được đưa ra cho trường hợp của mình, quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng với một viên chức theo yêu cầu của pháp luật để xem xét các dữ kiện thực tế trong mọi trường hợp một cách công bằng và khách quan và cho quý vị cơ hội giải thích lý do không đồng ý.

Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng trong những tình huống nào?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quý vị không đồng ý với quyết định về trường hợp của mình, hoặc 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quý vị tin rằng trợ cấp của mình được tính sai, hoặc
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quý vị đăng ký nhận trợ cấp và bị từ chối, hoặc 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Có thay đổi được thực hiện nhưng quý vị không đồng ý.

Quý vị phải yêu cầu một phiên điều trần trong khoảng thời gian bao lâu?

Quý vị có 90 ngày kể từ ngày thông báo để yêu cầu tổ chức buổi điều trần. Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần trong vòng 13 ngày kể từ ngày nhận được thông báo của quý vị, quý vị sẽ vẫn nhận được số tiền trợ cấp giống như trước khi chúng tôi thực hiện hành động trong thông báo này. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được những trợ cấp này cho đến khi HCA quyết định về trường hợp của quý vị, trừ khi có sự thay đổi khác đối với trường hợp của quý vị. Các thay đổi về trợ cấp có thể được thực hiện sau khi quý vị yêu cầu một phiên điều trần nếu lý do thay đổi không giống với lý do yêu cầu tổ chức điều trần. Nếu thua trong phiên điều trần, quý vị có thể phải trả lại bất kỳ phúc lợi nào đã nhận được trong khi HCA đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị. Quý vị không có quyền yêu cầu điều trần công bằng nếu quyết định của HCA mà quý vị đang phản đối là do thay đổi đồng bộ của Liên bang hoặc Tiểu bang. (Sửa đổi ngày 15/07/2014)

Cách yêu cầu một phiên điều trần công bằng? ▶

- Hoàn thành và gửi lại phần cuối của thông báo, hoặc
- Gửi thư hoặc gọi điện đến văn phòng HCA tại địa phương hoặc Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-800-283-4465

- Hãy viết thư cho Văn Phòng Giải Quyết Khiếu Nại Công Bằng của HCA tại địa chỉ HCA, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, hoặc gọi điện đến số 505-476-6213.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Sở Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế New Mexico (NMHIX), quý vị có thể khiếu nại hành động đó bằng cách liên hệ với NMHIX theo số 1-833-862-3935 và thông báo cho NMHIX rằng quý vị cho rằng họ cần xem xét lại quyết định. Quý vị có thể ủy quyền cho người khác đại diện cho quý vị trong quá trình kháng nghị.
- Sau khi quý vị yêu cầu một phiên điều trần công bằng, HCA hoặc NMHIX sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về ngày, giờ và địa điểm tổ chức phiên điều trần. Các phiên điều trần HCA thường sẽ diễn ra tại văn phòng ISD. Phiên điều trần sẽ được điều hành bởi một viên chức điều trần từ Ban Điều Trần Công Bằng HCA hoặc NMHIX. Trước phiên điều trần, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể xem hồ sơ trường hợp của quý vị và các bằng chứng sẽ được sử dụng để quyết định trường hợp của quý vị. Quý vị sẽ thông báo lý do quý vị cho rằng quyết định của HCA hoặc NMHIX là không chính xác. Quý vị có thể mời nhân chứng và xuất trình bằng chứng. Quý vị có thể đặt câu hỏi cho văn phòng quận hoặc NMHIX về hành động đã thực hiện và bằng chứng được xuất trình. Quý vị có thể tự đại diện hoặc mời một người bạn, thành viên gia đình hoặc một luật sư đại diện cho quý vị. Để biết thông tin về nơi quý vị có thể nhận trợ giúp pháp lý miễn phí, hãy gọi đến số 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).
- Viên chức điều trần sẽ lập báo cáo sau phiên điều trần. Giám đốc Ban HCA hoặc Giám đốc NMHIX sẽ quyết định hành động đã thực hiện là đúng hay sai. Sau khi trường hợp của quý vị được quyết định, quý vị sẽ nhận được thư thông báo về quyết định và lý do đưa ra quyết định. (Đã sửa đổi vào 29/04/2024)

Biểu mẫu Bảo Hiểm Hãng Sở

Quý vị không cần trả lời những câu hỏi này trừ khi ai đó trong hộ gia đình đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế từ một công việc, ngay cả khi họ không chấp nhận bảo hiểm. Đính kèm bản sao trang này cho mỗi công việc có cung cấp bảo hiểm.

Việc không hoàn thành biểu mẫu này sẽ không làm chậm trễ đơn đăng ký trợ cấp khác của quý vị, chẳng hạn như trợ cấp thực phẩm, trợ cấp tiền mặt hoặc Medicaid.

Đơn đăng ký Sở Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế New Mexico (NMHIX) đặt câu hỏi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào có sẵn thông qua công việc hiện tại (ngay cả khi đó là công việc của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc vợ/chồng) để tìm hiểu xem quý vị có được giúp chi trả bảo hiểm y tế không. Sử dụng biểu mẫu này để nhận thông tin cần thiết từ hãng sở cung cấp bảo hiểm y tế. NMHIX sẽ xác minh thông tin này, vì vậy, điều quan trọng là phải cung cấp thông tin chính xác. Nếu quý vị có nhiều công việc cung cấp bảo hiểm y tế, hãy sử dụng biểu mẫu riêng cho từng hãng sở.

Thông Tin Nhân Viên - Nhân viên cần điền vào phần này. Điền thông tin nhân viên, sau đó, quý vị có thể yêu cầu thông tin bên dưới từ hãng sở.

Tên Nhân Viên (Tên, Tên đệm, Họ)

Số An Sinh Xã Hội của Nhân Viên

Thông Tin Hãng Sở - Hỏi hãng sở thông tin sau.

Tên hãng sở

Số nhận diện Hãng sở (EIN)

Địa chỉ của Hãng sở

Số điện thoại của Hãng sở

() --

Thành phố

Tiểu bang

Mã bưu chính

Chúng tôi có thể liên hệ với ai về bảo hiểm y tế của nhân viên làm công việc này?

Tên:

Điện thoại:

Email:

Hãy cho chúng tôi biết về gói bảo hiểm y tế do hãng sở này cung cấp:

Nhân viên này không đủ điều kiện được bảo hiểm theo gói bảo hiểm của hãng sở này.

Nhân viên này đủ điều kiện được bảo hiểm theo gói bảo hiểm của hãng sở này vào:

_____ (Ngày bắt đầu)

Liệt kê tên của bất kỳ ai khác đủ điều kiện được bảo hiểm do công việc này:

Tên của gói bảo hiểm y tế dành cho cá nhân có chi phí thấp nhất mà nhân viên này có thể đăng ký cho công việc này là gì?

(Chỉ xem xét các chương trình đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" do Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Hợp Lý đặt ra.)

Tên:

Không có gói nào đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu"

Nhân viên sẽ phải trả phí bảo hiểm là bao nhiêu cho gói bảo hiểm đó? \$

Tần suất? Hằng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hằng tháng Hằng năm Khác

Hãng sở sẽ thực hiện những thay đổi gì cho gói bảo hiểm trong năm mới, nếu có?

- Không thay đổi
- Hãng sở sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế.
- Hãng sở sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm y tế cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho gói bảo hiểm chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.

Ngày thay đổi, nếu áp dụng:

Trang này được cố ý để trống.

This page intentionally left blank.

PERSONAL INFORMATION				This information <u>not</u> to be copied.			
1	NAME: Last	First	Middle Name or Initial	Gender		Birth Date	Social Security Number
2	PHYSICAL STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW						
	Street Address		Apartment, Unit, or Lot#		City		Zip
3	ADDRESS WHERE YOU GET YOUR MAIL (If different from above)						
	Mailing Address		City		Zip		
4	If you are changing your name on this application, under what full name were you previously registered? Last, First, Middle				5	E-Mail Address (*optional)	
POLITICAL PARTY			DAYTIME TELEPHONE NUMBER (optional)			POLL WORKER	
6	NOTE: You must name a major political party to vote in primary elections. >>>>	Party	If you choose NO PARTY, check this box.	7	May the County Clerk make this telephone number public for election purposes?	YES	NO
						YES	NO
8	hereby authorize you to cancel my previous registration in the following county and state.		City or Township		County		State
9	Please answer the following questions:			ATTESTATION OF QUALIFICATION			
	Are you a citizen of the United States?		YES	NO	I swear/affirm that I am a citizen of the United States and a resident of the state of New Mexico; that I have not been denied the right to vote by a court of law by reason of mental incapacity; that I am, or will be at the time of next election, 18 years of age; and, if I have been convicted of a felony, I have completed all conditions of parole and supervised probation, served the entirety of a sentence or have been granted a pardon by the governor. I further swear/affirm that I am authorizing cancellation of any prior registration to vote in the jurisdiction of my prior residence; and that all information I have provided is correct.		
	Will you be 18 years of age on or before the next general election?		YES	NO			
	If you checked "NO" to any of the questions above, do not complete this form.						
	If you have been convicted of a felony and are currently on parole or supervised probation do not complete this form						
SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW:							
1	TODAY'S DATE Month Day Year						
	Name of agent who assisted you in filling out this form		VRA ID #				
DO NOT WRITE IN SHADED AREAS FOR OFFICIAL USE ONLY							
Accepted for filing in County Registration Records				PCT.	MUN.	PRC. DIST.	REP. DIST.
				SEN. DIST.	SCHOOL	C.C.	

SP&G-1 (2015)

Date _____ / _____ / _____ County Clerk _____ Filing Clerk _____

IN ORDER TO PROCESS YOUR CERTIFICATE OF REGISTRATION YOU MUST COMPLETE THIS APPLICATION.

YOU WILL RECEIVE CONFIRMATION BY MAIL OF YOUR REGISTRATION FROM THE COUNTY CLERK.

* PRIVACY NOTICE

Your Social Security number and date of birth are required to register to vote. Pursuant to New Mexico law, the secretary of state, county clerk or any other registration official agent may not release to the public a voter's social security number or date of birth. A person who unlawfully copies, conveys, or uses information from a certificate of registration is guilty of a fourth degree felony. See NMSA, 1978 § 1-4-5 and NMSA, 1978, 1-4-5.4.

Per NMSA 1978 § 1-5-14(D) voter files provided to the public shall not include email address.

USE THIS AREA ONLY IF YOU LIVE AT A RESIDENCE WITH NO PHYSICAL ADDRESS

If the address where you live ("Physical Address") is one of the following:

- a rural address
- a non-street address
- a non-traditional place

In the space provided to the right, you must draw a map of where you live in relation to local landmarks, such as roads, schools, churches, stores, etc.
This will help your county clerk to determine your correct voting precinct.

Also, in the space below "RURAL ADDRESS DESCRIPTION", please describe the following:

1. the actual number of the state or county road on which your residence is located, and on which side of the road it sits (east, west, north, south);
2. the number of the nearest state roads that cross your road (in both directions from either side of your home), or the names of the identifiable landmarks;
3. the distance and direction you would travel from home to reach these roads;
4. the distance you would travel to reach your home if you live on a private road that is an extension of a public road (please note at which end of the public road your road begins east, west, north or south).
EXAMPLE RD 678, north side, 1 mile east of RD 615
-OR-
RD 73, west side, 1 mile north of Smith's store and 4 miles south of RD 698
5. any county issued rural address assigned to your physical residence where you live now:
EXAMPLE 3251 CR W Grady, NM 88120
This address may also be used in Block 2 "PHYSICAL ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW" on the reverse of this form.

RURAL ADDRESS DESCRIPTION ALL VOTER REGISTRATION FORMS MUST INCLUDE A MAILING ADDRESS IN BOX 2 OR BOX 3 ON THE REVERSE OF THIS FORM.

MAP

N

S

W

E

Trang này được cố ý để trống.

This page intentionally left blank.



Nếu quý vị, hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về quy trình làm đơn xin trợ giúp hoặc cần được giúp làm đơn, thì quý vị có quyền được nhận thông tin và trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi (800) 283-4465 {số máy lẻ dành riêng cho ngôn ngữ.}

<p style="text-align: center;">Spanish</p> <p>Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre cómo solicitar asistencia o necesita ayuda para solicitarla, tiene derecho a obtener información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (800) 283-4465 Español, presione 2.</p>	<p style="text-align: center;">Navajo</p> <p>T'áá ni ádá, éí doodago, t'áá háida bíká anilyeedígíí, naaltsoos hadilnéehgi bína'ídíkid hólóqgo da éí doodai' ta' níká adoolwo'tígíí yííníkeedgo, ná bá haz'á dóó t'áá jíík'eh t'áá Dinék'ehjí nit náhane'go bíghah. Atxa' halne'í bit ahít hodíílnihgo éí, kojí' hodíílnih (800) 283-4465, ashdla' (5) bit yaa adidííłchit, áádóó bik'íjj' táá' (3) nááná.</p>
<p style="text-align: center;">Tagalog</p> <p>Kung ikaw o ang taong iyong tinutulungan ay may mga katanungan tungkol sa pag aapplay ng tulong o kailangan mo ng tulong sa pag aaplay meron kang karapatan na makakuha ng impormasyon at tulong sa inyong sariling wika ng walang binabayaran. Para maka usap ang Tagasalin tumawag sa (800) 283-4465 Tagalog, pindutin ang 5 tapos 9 at 4.</p>	<p style="text-align: center;">Korean</p> <p>본인 또는 도움을 주는 사람이 지원 신청에 대한 질문이 있거나 신청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 귀하는 무료로 모국어를 통해 정보와 도움을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 대화하려면 (800) 283-4465으로 전화하시고, 한국어는 5, 8번을 눌러주세요.</p>
<p style="text-align: center;">Vietnamese</p> <p>Nếu bạn hoặc ai đó mà bạn đang giúp đỡ cần hỏi về quy trình làm đơn xin trợ giúp hoặc cần được giúp làm đơn, thì bạn có quyền được nhận thông tin và trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi số (800) 283-4465, ấn phím 3 để chọn tiếng Việt.</p>	<p style="text-align: center;">Thai</p> <p>หากท่านหรือคนที่ท่านกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครขอความช่วยเหลือหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเป็นภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการคุยกับล่ามโทร (800) 283-4465 ภาษาไทย กด 5 แลวก้ 9 แลวก้ 7</p>
<p style="text-align: center;">Simplified Chinese</p> <p>如果您本人或者您正在帮助的某人对申请援助存在疑问或者需要获得申请帮助, 您有权免费获得以您所用语言提供的信息和帮助。如需与口译员交谈, 请拨打(800) 283-4465, 普通话, 请按4。</p>	<p style="text-align: center;">Japanese</p> <p>あなた、またはあなたがサポートしている方が、支援の申請について質問がある場合、または申請のサポートが必要な場合は、ご自身の母国語による情報とサポートを無料で受ける権利があります。通訳をご希望の場合は、(800) 283-4465にご連絡ください。日本語は「5」を押してから「6」を押してください。</p>
<p style="text-align: center;">Traditional Chinese</p> <p>如果您本人或者您正在幫助的某人對申請援助存在疑問或者需要獲得申請幫助, 您有權免費獲得以您所用語言提供的信息和幫助。如需與口譯員交談, 請撥打(800) 283-4465, 廣東話, 請按5。</p>	<p style="text-align: center;">French</p> <p>Si vous, ou quelqu'un que vous aidez, avez des questions concernant la demande d'aide ou avez besoin d'aide pour faire une demande, vous avez le droit d'obtenir gratuitement des informations et de l'aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (800) 283-4465 français, appuyez sur 5, puis 9, puis 5.</p>

<p style="text-align: center;">Swahili</p> <p>Ikiwa wewe, au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu kutuma ombi la usaidizi au anahitaji kusaidia kutuma ombi, una haki ya kupata taarifa na usaidizi kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu (800) 283-4465 kwa Kiswahili, bonyeza 5, kisha 4</p>	<p style="text-align: center;">Russian</p> <p>Если у вас или у того, кому вы помогаете, есть вопросы о подаче заявления на получение помощи или вам нужна помощь в подаче заявления, вы имеете право получить информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру (800) 283-4465 на русском языке, нажмите 5, затем 9, затем 3.</p>
<p style="text-align: center;">Arabic</p> <p>إذا كانت لديك، أو لدى شخص تساعدك، أسئلة حول التقدم بطلب للحصول على المساعدة أو تحتاج إلى مساعدة في تقديم الطلب، فمن حقا الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (800) للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم. دون أي تكلفة ثم اضغط 5 ثم 283-4465.2</p>	<p style="text-align: center;">Pashto</p> <p>که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوی د مرستې لپاره د خواست کولو په اړه پوښتنې ولری یا خواست کولو لپاره د مرستې اړتیا ولری، تاسو حق لری معلومات او مرسته پخپله ژبه کې په وړیا توګه (پرتله د کوم لګښت) تر لاسه کړی. د یو ترجمان (ژباړونکي) سره د خبرو کولو لپاره، 283-4465 (800) ته زنگ ووهی، 5 کښکارئ، بیا 9، بیا 8.</p>
<p style="text-align: center;">Dari</p> <p>اگر شما یا شخص که به او کمک می‌کنید، درباره تقاضای مساعدت سوالات دارید یا برای تقاضانامه به مساعدت ضرورت دارید، حق دارید بدون کدام مصرف معلومات و مساعدت را به لسان خود را دریافت کنید. برای صحبت با ترجمان، با (800) 283-4465 دري/هسپانوی در تماس شوید، 5 را فشار دهید و سپس 5 را فشار دهید.</p>	<p style="text-align: center;">Persian/Farsi</p> <p>اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید، درباره ارائه درخواست کمک پرسشی دارید یا برای درخواست دادن به کمک نیاز دارید، می‌توانید به طور رایگان اطلاعات و کمک‌هایی را به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت با یک مترجم شفاهی، با شماره 283-4465 (800) تماس بگیرید و برای فارسی عدد 5 و سپس 7 را فشار دهید.</p>
<p style="text-align: center;">Gujarati</p> <p>જો તમને, અથવા તમે જેમને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિને, સહાય માટે અરજી કરવાની પ્રક્રિયા અંગે કોઈ પ્રશ્નો હોય અથવા અરજી કરવા માટે મદદની જરૂર હોય, તો તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં માહિતી મેળવવાનો અને સહાય મેળવવાનો સંપૂર્ણ અધિકાર છે. દોભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે (800) 283-4465 પર કોલ કરો, પછી 9 દબાવો અને ત્યારબાદ 5 દબાવો.</p>	<p style="text-align: center;">Hindi</p> <p>अगर आप या आपकी मदद से कोई सहायता के लिए आवेदन कर रहा है और आपको आवेदन से जुड़ी जानकारी या मदद चाहिए, तो आप यह सहायता अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के पा सकते हैं। भाषा सहायता प्रतिनिधि (इंटरप्रेटर) से बात करने के लिए (800) 283-4465 पर कॉल करें और पहले 9, फिर 6 दबाएँ।</p>
<p style="text-align: center;">Lao</p> <p>ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໜັກ, ທ່ານມີສິດຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ເພື່ອລົມກັບລ່າມເປັນພາສາ, ກະລຸນາໂທຫາ (800) 283-4465, ກິດ 9 ແລ້ວຕາມດ້ວຍ 5.</p>	