

**THÔNG BÁO CẦN THÔNG TIN CHO DỊCH VỤ DINH DƯỠNG VÀ THỰC PHẨM  
(FOOD AND NUTRITION SERVICES HAY FNS)**

Tên \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup> Hạt \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup>

Số ID Hồ Sơ FSIS \_\_\_\_\_<sup>(3)</sup> Nhân viên \_\_\_\_\_<sup>(4)</sup>

Các mục được liệt kê trong mẫu này là cần thiết để hoàn thành  Đơn xin  Tái chứng nhận  Thay đổi <sup>(5)</sup> của quý vị

**Nếu chúng tôi không nhận được thông tin này trước \_\_\_\_\_<sup>(6)</sup> FNS lợi ích của quý vị có thể bị chậm trễ, từ chối, giảm, hoặc chấm dứt.**

<sup>(7)</sup> Bằng chứng:  Cư trú (Nơi quý vị Sinh Sống)  Nhận dạng

Số an sinh xã hội hoặc bằng chứng về đơn xin cho \_\_\_\_\_.

Bằng chứng:  Công dân  Tình trạng người nước ngoài cho \_\_\_\_\_.

mẫu Đại Diện Được Ủy Quyền có chữ ký của \_\_\_\_\_.

Bằng Chứng Về Tiền Lương Nhận Được cho \_\_\_\_\_  
cho các tháng \_\_\_\_\_.

Bằng chứng về Thu Nhập Tự Kinh Doanh/Trang Trại và biên lai ghi thành từng khoản chi phí cho các tháng \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ hoặc  Mẫu Thuế (Năm \_\_\_\_\_).

Công việc lật vật: Hồ sơ cho thấy ngày làm việc, người trả tiền cho quý vị, ngày thanh toán, số tiền thanh toán, và chi phí liên quan đến công việc cho các tháng \_\_\_\_\_.

Bằng chứng hiện tại:  An Sinh Xã Hội  VA  Nhân Viên Công Ty.  Lương Hưu/Hưu Trí  Hỗ Trợ Tiền Thuê/Tiện Ích  
 Thanh Toán Khuyết Tật  Hỗ Trợ Trẻ Em  Cấp dưỡng  Thu Nhập Lãi  Khác \_\_\_\_\_.

Bằng chứng về nghĩa vụ hỗ trợ nuôi con, số tiền nghĩa vụ và số tiền được thanh toán bởi \_\_\_\_\_  
cho các tháng \_\_\_\_\_.

Xác nhận từ bất kỳ ai:  Cung cấp cho quý vị tiền mỗi tháng.  Trả tiền thuê cho quý vị mỗi tháng.

Buổi Hẹn Phỏng Vấn: Để hoàn tất quy trình nộp đơn quý vị cần được phỏng vấn. Nếu không thể có mặt tại cuộc hẹn này vui lòng liên hệ với chúng tôi để thay đổi. Nếu quý vị không hoàn thành một cuộc phỏng vấn, đơn xin của quý vị sẽ bị từ chối 30 ngày kể từ ngày nộp đơn của quý vị.  Gửi lại vào \_\_\_\_\_ tại \_\_\_\_\_ để hoàn tất cuộc phỏng vấn của mình.  Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị qua điện thoại lúc \_\_\_\_\_ vào \_\_\_\_\_ để hoàn thành cuộc phỏng vấn của quý vị.

Quý vị có khả năng đủ điều kiện để nhận các dịch vụ khẩn cấp. Nếu quý vị không hoàn thành cuộc phỏng vấn của quý vị trước \_\_\_\_\_ Quý vị vẫn có thể nhận được các phúc lợi, nhưng quý vị sẽ mất quyền được nhận các dịch vụ khẩn cấp.

Bỏ Lỡ Hẹn Phỏng Vấn: Quý vị đã bỏ lỡ cuộc hẹn phỏng vấn đã được lên lịch. Quý vị có trách nhiệm liên hệ với cơ quan này để sắp xếp lại cuộc phỏng vấn của quý vị. Nếu quý vị không hoàn thành một cuộc phỏng vấn, đơn xin của quý vị sẽ bị từ chối 30 ngày kể từ ngày của đơn này.

Khác: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

---

**Các mục được liệt kê DƯỚI ĐÂY là cần thiết để cho phép khấu trừ từ thu nhập của quý vị. Nếu các mục này trong phần này không được gửi lại, chúng tôi sẽ xử lý  Đơn xin  Tái chứng nhận  Thay đổi <sup>(8)</sup> của quý vị mà không khấu trừ.**

**Nếu được gửi lại, quý vị có thể nhận được nhiều phúc lợi FNS hơn.**

<sup>(9)</sup> Hóa đơn y tế hoặc biên lai cho \_\_\_\_\_ cho các tháng \_\_\_\_\_  
(Bao gồm bác sĩ, bệnh viện, thuốc theo toa và không theo toa, phí bảo hiểm Medicare phần D, phí bảo hiểm y tế, phương tiện đi lại tới bác sĩ, người phục vụ hoặc chăm sóc điều dưỡng, vật tư y tế, chăm sóc nha khoa, kính mắt, máy trợ thính.)

Medicare hoặc bồi hoàn bảo hiểm tư nhân  Biên nhận hoặc xác nhận từ nhà cung cấp Chăm Sóc Theo Ngày

Bằng chứng:  Tiền Thuê  Thẻ Chấp  Thuế Bất Động Sản  Bảo Hiểm Tài Sản

Khác \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

---

**Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin để xác định sự hội đủ điều kiện của tôi đối với FNS. Nếu tôi có vấn đề trong việc nhận thông tin này, tôi sẽ báo cho nhân viên phụ trách hồ sơ biết.**

Của Khách Hàng  
Chữ Ký <sup>(10)</sup> \_\_\_\_\_ Nhân Chứng <sup>(11)</sup> \_\_\_\_\_ Ngày <sup>(12)</sup> \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Của  
Chữ Ký <sup>(13)</sup> \_\_\_\_\_ Ngày <sup>(14)</sup> \_\_\_\_\_ Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ  
Số <sup>(15)</sup> \_\_\_\_\_

## HƯỚNG DẪN HOÀN THÀNH DSS-8650

Sử dụng mẫu này để yêu cầu xác minh thông tin tại thời điểm nộp đơn, tái chứng nhận, hoặc thay đổi được báo cáo. Cho phép đơn vị Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm (FNS) ít nhất 10 ngày để gửi lại xác minh cần thiết.

**KHÔNG TỪ CHỐI HOẶC CHẤM DỨT PHÚC LỢI** khi xác minh một chi phí được khấu trừ không được gửi lại trước thời hạn xử lý. Xử lý trường hợp không được khấu trừ. Nếu xác minh được gửi lại sau, xử lý như là một sự thay đổi tình hình.

1. Tên Khách Hàng
2. Tên Hạt
3. Số Hồ Sơ Của FNS Hạt
4. Tên Nhân Viên FNS
5. Điền Đơn Xin, Tái Chứng Nhận, hoặc Thay Đổi
6. Nhập ngày xác minh cần được trả lại. Cho phép đơn vị FNS ít nhất 10 ngày để gửi lại xác nhận cần thiết.
7. Đánh dấu một hoặc nhiều ô đối với thông tin cần thiết. Nếu ô "khác" được đánh dấu, viết các thông tin cụ thể cần thiết.
8. Điền Đơn Xin, Tái Chứng Nhận, hoặc Thay Đổi
9. Đánh dấu một hoặc nhiều ô đối với thông tin cần thiết. Nếu ô "khác" được đánh dấu, viết các thông tin cụ thể cần thiết.
10. Chữ ký của khách hàng (nếu có tại thời điểm yêu cầu)
11. Chữ ký của nhân chứng, nếu cần thiết
12. Dấu hiệu khách hàng ngày
13. Chữ Ký Của Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ
14. Ngày Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ Ký
15. Số điện thoại của nhân viên phụ trách hồ sơ