



## TUYÊN THỆ BẢO TRỢ

Vui lòng điền đầy đủ thông tin nếu quý vị đang hỗ trợ cho người nộp đơn đăng ký Chương trình Y tế của Quận và Thành phố San Francisco

Nếu người nộp đơn cho các chương trình y tế của San Francisco sống cùng quý vị, thì người đại diện của chương trình có thể sẽ liên lạc với quý vị. Họ sẽ đảm bảo rằng thông tin trong đơn đăng ký là đúng sự thật và chính xác. **Nếu quý vị không trả lời các cuộc gọi từ người đại diện hoặc nếu thông tin trong đơn đăng ký không được xác nhận là đúng sự thật, thì tư cách hội đủ điều kiện của người tham gia sẽ được xem xét lại.** Chỉ yêu cầu thông tin về chỗ ở để chứng minh là người nộp đơn sống ở San Francisco và không báo cáo thông tin này.

### Vui lòng Điền: Người Hỗ trợ:

Họ:		Tên:		Điện thoại: ( )	
Địa chỉ Đường phố:			Thành phố:	Tiểu bang:	Zip:
Tôi đang chu cấp: (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)	Tiền <input type="checkbox"/> mặt:	Thực phẩm/ Quần áo: <input type="checkbox"/>	Nhà ở: <input type="checkbox"/>	Khác: _____	
Tôi sẽ cung cấp những hạng mục này (trong bao lâu?)					
Tôi tuyên bố các câu trả lời được đưa ra là đúng và chính xác theo khả năng hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp sẽ được sử dụng để kiểm tra xem người nộp đơn có đủ điều kiện cho các chương trình khác nhau của liên bang, tiểu bang và quận hay không. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản phí nào mà người nộp đơn nhận được.					
_____			_____		
Chữ ký của Người Hỗ trợ			Ngày		

### Người nộp đơn Nhận Hỗ trợ:

Tôi tuyên bố các câu trả lời được đưa ra là đúng và chính xác theo khả năng hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp sẽ được sử dụng để kiểm tra tình trạng điều kiện tham gia cho các chương trình khác nhau của liên bang, tiểu bang và quận. Tôi hiểu rằng nếu thông tin được xác định là không đúng sự thật thì tôi sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế đã nhận.	
_____	
Chữ ký của Người nộp đơn	Ngày