CDPH

Cơ Quan Dịch Vụ Y Tế và Nhân Vụ
Sở Y Tế Công Cộng California

Bản Khai Hữu Thệ Xác Minh Tình Trạng Cư Trú

Biểu mẫu này phải được điền nếu đương đơn là người vô gia cư hoặc không có bằng chứng về tình trạng cư trú

Mục 1: Thông Tin Đương Đơn (Bắt buộc điền thông tin vào tất cả các ô trừ khi có ghi chú khác)

Tên Đương Đơn (Tên gọi, Tên đệm, Họ): _____

Ngày sinh của Đương Đơn: _____ Số ID Khách Hàng (không bắt buộc): _____

Mục 2: Xác Nhận Tình Trạng Cư Trú của Khách Hàng bởi Nhân Viên Ghi Danh (EW), Nhà Cung Cấp hoặc Cơ Quan

Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới:

☐ Tôi xác nhận rằng tôi có cung cấp hỗ trợ nhà ở cho đương đơn. Mối quan hệ của tôi với người được ghi tên dưới đây là:

_____

☐ Tôi xác nhận rằng cơ quan mà tôi đại diện có cung cấp nơi tạm trú cho đương đơn. Sử dụng địa chỉ của Nhân Viên Ghi Danh/Nhà Cung Cấp.

☐ Tôi là một nhà cung cấp dịch vụ cho người vô gia cư* và tôi xác nhận rằng đương đơn hiện đang vô gia cư.

☐ Tôi là nhân viên ghi danh chương trình của đương đơn và tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi, đương đơn đang vô gia cư và không nhận được bất kỳ dịch vụ hỗ trợ nào dành cho người vô gia cư. Sử dụng địa chỉ của Nhân Viên Ghi Danh/Nhà Cung Cấp.

☐ Tôi là nhân viên ghi danh chương trình của đương đơn và tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi, đương đơn cư trú tại California nhưng không có bằng chứng về tình trạng cư trú hoặc thông tin chứng minh phù hợp với hướng dẫn của CDPH.

Địa Chỉ Cư Trú Đã Được Xác Minh của Khách Hàng: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Việc xác minh địa chỉ sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày điền biểu mẫu này, trừ khi có ghi ngày kết thúc tại đây:

_____

*Nhà cung cấp dịch vụ cho người vô gia cư có thể bao gồm: (1) Một cơ quan chính quyền hoặc tổ chức phi lợi nhuận nhận nguồn kinh phí từ liên bang, tiểu bang, quận hoặc thành phố để cung cấp dịch vụ cho "người vô gia cư" hoặc được một tổ chức thuộc chuỗi chăm sóc liên tục cho người vô gia cư tại địa phương cho phép cung cấp các dịch vụ đó. (2) Một nhà cung cấp dịch vụ nhân sinh hoặc nhà cung cấp dịch vụ xã hội công cộng được Tiểu Bang California cấp kinh phí để cung cấp các dịch vụ cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên vô gia cư, các dịch vụ y tế, các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, các dịch vụ rối loạn sử dụng chất gây nghiện, hoặc các dịch vụ hỗ trợ công cộng hay dịch vụ việc làm. (3) Một nhân viên chấp pháp được sở cảnh sát địa phương hoặc văn phòng cảnh sát trưởng trong tiểu bang chỉ định làm cầu nối với cộng đồng người vô gia cư.

Mục 3: Xác Minh

Nhân Viên Ghi Danh/ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ/ Đại Diện Cơ Quan điền vào mục này:

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi _____, theo đây cam đoan rằng các thông tin được nêu trên là đúng sự thật và chính xác.

Chữ ký (Nhân Viên Ghi Danh/Nhà Cung Cấp/Đại Diện Cơ Quan): _____ Ngày: _____

Địa chỉ của (Nhân Viên Ghi Danh/Nhà Cung Cấp/Đại Diện Cơ Quan): _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Dành Cho Nhân Viên Ghi Danh: Vui lòng đọc tuyên bố dưới đây và ký tắt vào ô bên dưới.

☐ Tôi hiểu rằng nếu cố ý cung cấp thông tin không chính xác hoặc cố tình bỏ sót thông tin trên biểu mẫu này, quyền lợi của tôi với tư cách là nhân viên ghi danh có thể bị chấm dứt hoặc đình chỉ.

Đương đơn điền vào mục này:

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi theo đây xác nhận rằng tôi đang cư trú tại tiểu bang California và rằng các thông tin nêu trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ, đồng thời tôi đồng ý thông báo ngay lập tức cho CDPH nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến tình trạng cư trú của tôi. Tôi hiểu rằng việc không cung cấp thông tin chính xác hoặc cố tình bỏ sót thông tin có thể dẫn đến việc đình chỉ hoặc chấm dứt dịch vụ, đồng thời tôi có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với bất kỳ dịch vụ nằm trong diện cung cấp nào mà tôi đã nhận được.

Chữ ký (Đương đơn): _____ Ngày: _____