



MẪU CHỨNG NHẬN CƯ DÂN CỦA QUẬN COLUMBIA (D.C.)



Hiệp Hội Y Tế Quận Columbia (D.C. Healthcare Alliance) (Hiệp Hội) chỉ DÀNH RIÊNG cho người sống tại Washington, D.C. Nếu quý vị xin trợ giúp về y tế thông qua Hiệp Hội Y Tế Quận Columbia (D.C. Healthcare Alliance), quý vị buộc phải chứng tỏ được rằng quý vị là cư dân của Quận Columbia (D.C.).

Quý vị có thể chứng minh rằng quý vị sống tại Quận Columbia (D.C.) bằng một bằng lái xe hoặc một thẻ ID hợp lệ của Quận Columbia (D.C.), một hợp đồng hay hóa đơn thanh toán tiền thuê nhà, giấy ủy quyền, các giấy tờ thỏa thuận, hay một phiếu cân đối tài khoản mua trả góp đối với một ngôi nhà tại Quận Columbia (D.C), hợp đồng bảo hiểm nhà dành cho chủ nhà hay người thuê nhà, một hóa đơn thuê bất động sản, một hóa đơn thanh toán tiện ích sinh hoạt, một mẫu thanh toán tiền lương có địa chỉ và số tiền tạm nộp thuế tại Quận Columbia (D.C), hay một thẻ cử tri có tên của quý vị và địa chỉ tại Quận Columbia (D.C.). Nếu quý vị không có một trong những văn bản đó, quý vị có thể chứng minh rằng quý vị sống tại Quận Columbia (D.C.) bằng mẫu chứng nhận này. Một cư dân của Quận Columbia (D.C.) khác biết nơi ở của quý vị có thể chứng nhận tư cách cư dân của quý vị bằng việc điền vào Phần B, hay một tổ chức cung cấp dịch vụ xã hội phi lợi nhuận địa phương có thể xác nhận tư cách cư dân của quý vị trong Phần C.

Phần A: Thông Tin của Quý Vị (Bắt buộc)

Họ: _____ Đệm: _____ Tên: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Zip: _____

Quý vị là người vô gia cư? ĐÚNG SAI

Phần B: Thông Tin của Cá Nhân Người Xác Nhận Phần này dành cho một cư dân Quận Columbia (D.C.) biết nơi ở của quý vị (người xin xác nhận). Tốt nhất là người sống cùng với quý vị, nhưng không bắt buộc phải như vậy. Nếu quý vị không biết bất cứ ai sẵn sàng và đủ khả năng xác nhận nơi ở của quý vị, một tổ chức phi lợi nhuận địa phương cung cấp các dịch vụ cho quý vị cũng có thể điền vào Phần C cho quý vị. (Quý vị không cần phải điền Phần C (Section C) nếu phần B này đã được điền đầy đủ.)

Họ: _____ Đệm: _____ Tên: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Zip: _____

Email: _____ Số Điện Thoại: _____

Quý vị biết người xin xác nhận trong hoàn cảnh nào? _____

Người xác nhận phải ký vào mẫu này và cung cấp **một bản copy của ít nhất một (1)** trong những văn bản sau đây chứng tỏ tên và địa chỉ của người xác nhận:

- Bằng lái xe hợp lệ của Quận Columbia (D.C.) hoặc một thẻ ID tương đương nhưng không phải bằng lái xe
- Thẻ cử tri của Quận Columbia (D.C)
- Hợp đồng hay hóa đơn thanh toán tiền thuê nhà hợp lệ, giấy ủy quyền, các giấy tờ thỏa thuận, hay một phiếu cân đối tài khoản mua trả góp đối với một ngôi nhà tại Quận.
- Hợp đồng bảo hiểm nhà dành cho chủ nhà hay người thuê nhà hợp lệ đối với một căn nhà tại Quận.
- Hóa đơn thuế bất động sản tại Quận Columbia (D.C) trong vòng 60 ngày qua.
- Hóa đơn tiện ích sinh hoạt (nước, gas, điện, dầu, cáp, hay hóa đơn điện thoại cố định) trong vòng 60 ngày qua
- Mẫu thanh toán tiền lương trong vòng 30 ngày qua có địa chỉ và số tiền tạm nộp thuế tại Quận Columbia (D.C).

Tôi hiểu rằng Hiệp Hội Y tế Quận Columbia (D.C. Healthcare Alliance) chỉ DÀNH RIÊNG cho người sống tại Quận Columbia (D.C.)

Bằng việc ký vào ô dưới đây, tôi xác nhận, trong hiểu biết của tôi, rằng người xin xác nhận có tên ghi ở phía trên sống tại Quận Columbia (District of Columbia).

Tôi biết rằng nếu tôi cung cấp thông tin không trung thực, tôi có thể đã vi phạm pháp luật và có thể phải nộp phạt tới \$500, hoặc bị phạt tù tới 1 năm, hoặc cả hai hình phạt đó (Luật D.C. § 4-218.01). Tôi biết rằng những nhân viên tiểu bang sẽ xác minh thông tin này và tôi đồng ý sẽ hợp tác cung cấp cho họ những thông tin mà họ yêu cầu.

Chữ ký người xác nhận: _____ Ngày, tháng, năm: _____

Phần C: Thông Tin của Tổ Chức Xác Nhận Phần này dành cho một tổ chức phi lợi nhuận cung cấp các dịch vụ xã hội tại Quận Columbia (D.C.), như nơi trú ngụ cho người vô gia cư, trung tâm y tế cộng đồng, nhà cung cấp dịch vụ nhập cư, phòng khám hợp pháp, hay tổ chức tôn giáo cung cấp dịch vụ cho quý vị (người xin xác nhận). (Quý vị không cần phải điền Phần B nếu phần C này đã được điền đầy đủ.)

Tên Tổ Chức: _____

Số ID Miễn Thuế tại D.C. của Tổ Chức: _____

Tên người xác nhận: _____

Chức vụ của người xác nhận: _____

Số Điện Thoại: _____ E-mail: _____

Địa Chỉ Tổ Chức: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Zip: _____

Tôi hiểu rằng Hiệp Hội Y tế Quận Columbia (D.C. Healthcare Alliance) chỉ DÀNH RIÊNG cho người sống tại Quận Columbia (D.C.)

Bằng việc ký vào ô dưới đây, tôi xác nhận, trong hiểu biết của tôi, rằng người xin xác nhận có tên ghi ở phía trên sống tại Quận Columbia (District of Columbia).

Tôi biết rằng nếu tôi cung cấp thông tin không trung thực, tôi có thể đã vi phạm pháp luật và có thể phải nộp phạt tới \$500, hoặc bị phạt tù tới 1 năm, hoặc cả hai hình phạt đó (Luật D.C. § 4-218.01). Tôi biết rằng những nhân viên tiểu bang sẽ xác minh thông tin này và tôi đồng ý sẽ hợp tác cung cấp cho họ những thông tin mà họ yêu cầu.

Chữ ký người xác nhận: _____ Ngày, tháng, năm: _____

Xin Ghi Nhớ: Trước khi quý vị nộp lại mẫu này, xin kiểm tra lại để chắc chắn rằng mẫu đã được điền đầy đủ.

Quý vị phải:

- Điền đầy đủ Phần A **VÀ**
- Điền đầy đủ Phần B **HOẶC** Phần C **VÀ**
- Nếu quý vị sử dụng Phần B, quý vị phải có một bản copy chứng minh tư cách cư dân của cá nhân người xác nhận.

Để báo cáo về sự lãng phí, gian lận, hay lạm dụng chức quyền của bất cứ một nhân viên nhà nước nào của D.C., xin gọi điện thoại tới Cục Điều Tra Quận Columbia (D.C.) theo số 1-800-521-1639.