

# Quý vị có gặp khó khăn khi sử dụng điện thoại vì khiếm thính, khiếm khuyết về khả năng nói hoặc về thể chất không?

Chương trình Phân phát Điện thoại (TED) của Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (Minnesota Department of Human Services) cung cấp các thiết bị điện thoại MIỄN PHÍ cho người dân Minnesota đủ điều kiện.

## Chương trình TED là gì?

Chương trình TED là một dịch vụ trên toàn tiểu bang cung cấp các thiết bị điện thoại cho người dân Minnesota bị khiếm thính, khiếm khuyết về khả năng nói hoặc về thể chất khiến họ bị hạn chế trong việc sử dụng điện thoại thường.

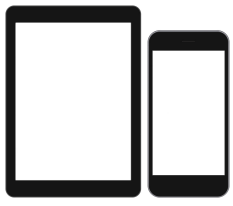
Quý vị có thể sử dụng các thiết bị điện thoại này miễn phí miễn là quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình. Các thiết bị được tài trợ bởi một khoản phụ phí trên đường dây điện thoại ở Minnesota.

Chương trình Phân phát Điện thoại được tài trợ qua Bộ Thương mại - Tiếp cận Viễn thông Minnesota (Telecommunications Access Minnesota - TAM) và được điều hành bởi Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (Minnesota Department of Human Services).







| Những thiết bị nào được cung cấp?* | Thiết bị này giúp đỡ thế nào? |
|---|---|
| Điện thoại khuếch đại | Các tùy chọn điều chỉnh âm lượng và thanh điệu có thể giúp quý vị nghe và hiểu những gì người gọi đang nói. |
| Bộ truyền phát Bluetooth | Bộ truyền phát Bluetooth có thể kết nối trực tiếp với máy trợ thính hoặc thiết bị ốc tai điện tử của quý vị, loại bỏ tiếng ồn xung quanh và cho phép quý vị kiểm soát âm lượng nhiều hơn. |
| Điện thoại có chú thích | Điều này cho quý vị thấy người kia nói gì bằng văn bản trên màn hình. |
| Điện thanh quản và bộ khuếch đại giọng nói | Nếu quý vị bị khuyết tật về giọng nói, những thiết bị này có thể giúp quý vị được người kia hiểu trên điện thoại. |
| Thiết bị báo hiệu bằng chuông | Tiếng chuông lớn hơn hoặc đèn chớp nháy giúp quý vị yên tâm khi biết mình sẽ không bỏ lỡ một cuộc gọi điện thoại nào. |
| Điện thoại thông minh và máy tính bảng | Với các ứng dụng viễn thông, điện thoại thông minh hoặc máy tính bảng có thể cải thiện khả năng truy cập các cuộc gọi điện thoại. |
| Loa thông minh | Sử dụng công nghệ Bluetooth để hỗ trợ các cuộc gọi điện thoại không dùng tay nếu quý vị bị khuyết tật về thể chất. |

*(Các) thiết bị quý vị nhận được sẽ tùy thuộc vào nhu cầu của quý vị.

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DEAF AND HARD OF HEARING SERVICES DIVISION



## Làm thế nào để tôi đủ điều kiện?

Bạn:

1. Sống ở Minnesota,
2. Có dịch vụ điện thoại,
3. Bị khuyết thính, khiếm khuyết về khả năng nói hoặc về thể chất khiến quý vị không thể sử dụng điện thoại,
4. Có tổng lợi tức gia hộ ít hơn số tiền được cho thấy bên dưới cho số người trong gia đình của quý vị:

**Hướng dẫn về Lợi tức của Chương trình TED từ ngày 1 tháng 10 năm 2023 đến 30 tháng 9 năm 2024**

| Số người gia đình | Lợi tức tối đa hàng năm |
|---|---|
| 1 | $65,335 |
| 2 | $85,439 |
| 3 | $105,542 |
| 4 | $125,645 |

## Điều gì xảy ra nếu lợi tức của tôi quá cao để đủ điều kiện?

Nếu quý vị không chắc mình có đủ điều kiện hay không, xin liên lạc với chúng tôi để biết thêm thông tin. Chương trình TED có thể cung cấp cho quý vị thông tin về nơi mua thiết bị điện thoại.

## Nếu tôi có câu hỏi khác thì sao?

Xin liên lạc với chúng tôi!

- Dịch vụ chuyển tiếp giọng nói hoặc ưu tiên: 1-800-657-3663
- Email: dhs.dhhsd@state.mn.us
- Trang web: mn.gov/deaf-hard-of-hearing
- Videophone: 651-964-1514
- Số fax: 651-431-7587

## Tôi làm đơn thế nào?

Điền đơn (application) đính kèm đây và kèm theo:

1. Bản sao bằng lái xe **HOẶC** Thẻ ID tiểu bang của quý vị
2. Bản sao hóa đơn điện thoại mới đây nhất của quý vị (một trang) **HOẶC** Bằng chứng quý vị đã làm đơn xin dịch vụ điện thoại
3. Mẫu "Chứng nhận Khuyết tật" đã điền đầy đủ (trong đơn) **HOẶC** Bản xác nhận tình trạng khuyết tật bởi một chuyên gia đủ tiêu chuẩn **HOẶC** Bản sao biên lai máy trợ thính hoặc máy đo thính lực (kiểm tra thính lực)
4. Bản sao của trang một của Bản khai Thuế Liên bang 1040 có kèm theo An sinh Xã hội (không e-file) **HOẶC** Bảng sao kê ngân hàng mới đây cho thấy các khoản tiền gửi trực tiếp.

## Tôi phải gửi đơn xin của mình đi đâu?

Quý vị có thể gửi đơn xin đã điền và các tài liệu cần thiết bằng bưu điện, email hoặc fax.

**Bưu điện:** MN TED Program, 444 Lafayette Rd. N., St. Paul, MN 55155-3814

**Đính kèm email:** dhs.dhhsd@state.mn.us

**Số fax:** 651-431-7587

Quý vị cũng có thể tìm thấy mẫu đơn trên trang web của Ban Dịch vụ cho Người bị Điếc và Khuyết thính (Deaf and Hard of Hearing Services Division's website) (mn.gov/deaf-hard-of-hearing).

þÿ X ó a

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DHS-4005-VIE 9-23

DỊCH VỤ CHO NGƯỜI BỊ ĐIẾC VÀ LÃNG TAI

# Đơn Xin Chương Trình Phân Phát Máy Điện Thoại

**Đơn của quý vị sẽ được duyệt xét nhanh hơn nếu quý vị ký vào biểu mẫu này và gửi các tài liệu cần thiết.**

## Tên và thông tin liên lạc của người làm đơn *(xin viết chữ in)*

| TÊN | TÊN ĐỆM | HỌ | NGÀY SINH |
|---|---|---|---|
| | | | |

| SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH | SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ |
|---|---|
| ◯ Nhà ◯ Điện thoại di động | ◯ Nhà ◯ Điện thoại di động |

| ĐỊA CHỈ EMAIL | GIỚI TÍNH |
|---|---|
| | |

CHỦNG TỘC (tùy ý)

☐ Người da đỏ Mỹ/Người bản xứ Alaska ☐ Á đông ☐ Da đen hay Mỹ gốc Phi châu

☐ Dân đảo Thái Bình Dương/Người bản xứ Hawaii ☐ Da trắng ☐ Khác: _____

ĐỊA CHỈ

| ĐỊA CHỈ HÀNG 2 | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | SỐ ZIP | QUẬN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Để giúp chúng tôi cố gắng với sự quảng bá Chương trình TED, từ đâu quý vị biết về chương trình này?

## Tên Phối Ngẫu

| TÊN | TÊN ĐỆM | HỌ | NGÀY SINH |
|---|---|---|---|
| | | | |

## Hợp đồng mượn máy: Chương trình Telephone Equipment Distribution (TED)

Nếu quý vị nhận thiết bị từ chương trình TED, hợp đồng mượn máy này sẽ áp dụng:

1. Tôi hiểu rằng thiết bị mà tôi đang mượn để sử dụng điện thoại là thuộc quyền sở hữu của Tiểu Bang Minnesota; tôi không sở hữu thiết bị đó.
2. Nếu thiết bị ngừng làm việc, tôi sẽ thông báo cho văn phòng Sửa Chữa Chương Trình TED (TED Program Repair office) tại số 1-888-345-1725.
3. Tôi sẽ giữ gìn thiết bị để bảo đảm không bị hư hỏng, mất cắp, hoặc thất lạc. Sự hư hỏng có thể bao gồm bị lửa, khói thuốc lá và/hoặc chất lỏng bị tràn, vv. Nếu thiết bị bị hư hỏng, mất cắp, hoặc thất lạc, tôi sẽ liên lạc ngay với Chương Trình TED tại số 1-888-345-1725.
4. Tôi sẽ thông báo cho Chương Trình TED nếu địa chỉ hoặc số điện thoại của tôi thay đổi.
5. Tôi hiểu là nếu có trường hợp nào ở dưới đây xảy ra, tôi sẽ liên lạc với Chương Trình TED:
   - Tôi không còn sống ở Minnesota nữa
   - Tôi không còn dịch vụ điện thoại nữa
   - Tôi không còn cần thiết bị nữa
   - Tôi không còn đủ tiêu chuẩn dựa trên lợi tức của tôi

6. Tôi hiểu rằng tôi không được bán, cho, cầm hoặc cho bất kỳ ai mượn thiết bị này. Nếu trường hợp này xảy ra, các dịch vụ của Chương Trình TED có thể chấm dứt.
7. Tôi hiểu rằng thỏa thuận này có giá trị ràng buộc đối với bất kỳ thiết bị phụ thêm hoặc thiết bị trao đổi nào khác mà tôi nhận được từ Chương Trình TED.
8. Tôi hiểu là tôi có thể nhận được một khảo sát về trải nghiệm của tôi với thiết bị điện thoại.

## Thỏa thuận & Chữ ký

Tôi đồng ý rằng các dữ kiện trong đơn này và trên các thông tin kèm theo là sự thật và đầy đủ trong khả năng của tôi. Tôi đã đọc Thông báo về Quy tắc Bảo mật và hiểu các quyền và trách nhiệm của mình. Tôi đã đọc và ký vào biểu mẫu "Đồng ý tiết lộ thông tin". Cuối cùng, nếu tôi nhận được thiết bị từ Chương trình TED, tôi đồng ý với các điều khoản của Hợp đồng cho vay.

☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này và nhập tên của tôi vào khung "Chữ ký Điện tử", tôi hiểu rằng tôi ký tên điện tử vào mẫu đơn này. Tôi chứng thực và xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng chữ ký điện tử của tôi có cùng hiệu lực pháp lý và có thể được thực thi giống như chữ ký viết tay. (Đạo luật MN §325L.07)

| CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN (ghi tên) | NGÀY |
|---|---|
| | |

☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này và nhập tên của tôi vào khung "Chữ ký Điện tử", tôi hiểu rằng tôi ký tên điện tử vào mẫu đơn này. Tôi chứng thực và xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng chữ ký điện tử của tôi có cùng hiệu lực pháp lý và có thể được thực thi giống như chữ ký viết tay. (Đạo luật MN §325L.07)

| CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ CỦA THÀNH VIÊN KHÁC TRONG GIA ĐÌNH (PHỐI NGẪU), NẾU ĐỦ ĐIỀU KIỆN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH TED (ghi tên) | NGÀY |
|---|---|
| | |

## Chứng nhận có khuyết tật

Một chuyên gia y tế hoặc chuyên gia nhân sự đủ tiêu chuẩn có thể điền vào phần này. Thí dụ như bác sĩ y khoa, y tá, nhà thính học, người phân phối máy trợ thính, nhà trị liệu vật lý / nghề nghiệp hoặc nhân viên xã hội. Nếu quý vị không thể thực hiện việc này, xin gọi 800-657-3663 (tiếng nói).

To the best of my knowledge, this applicant would benefit from accessible telephone equipment.

I certify that (print name) _____ is:

*(check below all that apply)*

### Primary Disability

- ☐ Deaf
- ☐ Deafblind
- ☐ Hard of Hearing
- ☐ Physically Disabled
- ☐ Speech Disabled

### Secondary Disability

- ☐ Deaf
- ☐ Deafblind
- ☐ Hard of Hearing
- ☐ Physically Disabled
- ☐ Speech Disabled
- ☐ Vision Loss

| PROFESSIONAL'S NAME (PLEASE PRINT) | |
|---|---|
| TITLE | |
| LICENSE NUMBER | |
| PHONE NUMBER | |
| EMAIL ADDRESS | |

☐ By checking this box and typing my name in the "Electronic Signature" field, I understand that I am electronically signing this form. I attest and certify that the information provided above is true and accurate. I understand that my electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a handwritten signature. (MN Stat. §325L.07)

| PROFESSIONAL'S ELECTRONIC SIGNATURE (type name) | DATE |
|---|---|
| | |

ADDITIONAL COMMENTS

| OFFICE USE | OUTREACH CODE | DATE RECEIVED | APPLICANT ID |
|---|---|---|---|
| | | | |

DỊCH VỤ CHO NGƯỜI BỊ ĐIẾC HAY KHUYẾT THÍNH

# Đồng ý Tiết lộ Thông tin

## Xin điền, ký và nộp lại

**Mục đích:** Tôi hiểu rằng nhân viên của Chương trình Phân phát Máy Điện thoại (TED) không thể thay mặt tôi nói chuyện với người khác nếu không có bản đồng ý này. Thông tin cá nhân có thể bao gồm tên, địa chỉ, số điện thoại của tôi, sự tham gia hiện tại của tôi trong Chương trình TED, tình trạng hiện tại của đơn yêu cầu của tôi, các vấn đề với thiết bị điện thoại của tôi và bất cứ điều gì khác cần thiết để giải quyết các vấn đề về điện thoại của tôi.

Tôi, _____ (TÊN KHÁCH HÀNG), cho phép Chương trình TED chia sẻ thông tin cá nhân tối thiểu với những người sau đây thay mặt tôi gọi về đơn yêu cầu TED của tôi và / hoặc các vấn đề về thiết bị.

Xin liệt kê dưới đây tên và số điện thoại của những người mà nhân viên TED có thể nói chuyện thay mặt quý vị. (Thí dụ, phối ngẫu của quý vị, con gái hoặc con trai đã trưởng thành của quý vị, nhân viên xã hội hoặc người khác.) ***Nếu quý vị để trống phần này, nhân viên TED chỉ có thể nói chuyện với quý vị.**

| Tên | Số điện thoại | Quan hệ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Tôi hiểu:**

1. Tại sao tôi cần cung cấp thông tin này.
2. Với chữ ký dưới đây, tôi cho phép Chương trình TED giới thiệu tên và thông tin liên lạc của tôi đến một chương trình khác trong Đơn vị Dịch vụ Khiếm thính và Điếc để điều phối các dịch vụ.
3. Tôi cần phải điền mẫu đơn này để Chương trình TED chia sẻ thông tin của tôi.
4. Nếu tôi không điền mẫu đơn này, thông tin sẽ không được tiết lộ ngoại trừ luật pháp cho phép tiết lộ.
5. Nếu tôi không điền mẫu đơn này, nhân viên TED có thể không giúp được tôi hoặc mất nhiều thời gian hơn để tôi được giúp.
6. Tôi có thể ngưng sự cho phép này bất cứ lúc nào bằng một văn bản, nhưng điều này không ảnh hưởng gì đến những thông tin đã được tiết lộ.
7. Cá nhân hay cơ quan nhận thông tin của tôi có thể chuyển cho những người khác, và thông tin đó không còn được bảo vệ bởi giấy cho phép này.
8. Sự cho phép của tôi có hiệu lực cho đến khi tôi hết tiêu chuẩn hưởng Chương TED hoặc tôi ra khỏi chương trình.
9. Tôi có thể rút sự cho phép của tôi bằng cách thông báo nhân viên TED làm việc với tôi.
10. Tôi sẽ thông báo người liên lạc của tôi là tôi cho phép họ nói thay cho tôi để giúp tôi được dịch vụ.

☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này và nhập tên của tôi vào khung "Chữ ký Điện tử", tôi hiểu rằng tôi ký tên điện tử vào mẫu đơn này. Tôi chứng thực và xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng chữ ký điện tử của tôi có cùng hiệu lực pháp lý và có thể được thực thi giống như chữ ký viết tay. (Đạo luật MN §325L.07)

| CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ CỦA NGƯỜI TIÊU THỤ (ghi tên) | NGÀY |
|---|---|
| | |

☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này và nhập tên của tôi vào khung "Chữ ký Điện tử", tôi hiểu rằng tôi ký tên điện tử vào mẫu đơn này. Tôi chứng thực và xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng chữ ký điện tử của tôi có cùng hiệu lực pháp lý và có thể được thực thi giống như chữ ký viết tay. (Đạo luật MN §325L.07)

| CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ CỦA NGƯỜI GIÁM HỘ (ghi tên) | NGÀY |
|---|---|
| | |

**Lưu giữ làm hồ sơ của quý vị**

# Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư và Cảnh báo Tennessen

**Ngày có hiệu lực: Ngày 1 tháng 4, 2018**

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC THÔNG TIN RIÊNG TƯ BAO GỒM THÔNG TIN Y TẾ CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ CÔNG BỐ VÀ CÁCH ĐỂ QUÝ VỊ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. XIN DUYỆT XÉT KỸ LƯỠNG.

Quý vị có quyền riêng tư theo Luật của Tiểu bang và Liên bang. Các luật này bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, nhưng cũng cho phép chúng tôi cung cấp thông tin về quý vị cho người khác nếu luật đòi hỏi. Chúng tôi có thể cho quý vị biết trước khi chúng tôi cung cấp thông tin.

**Tại sao chúng tôi hỏi quý vị những thông tin này?**

- Để xem quý vị có đủ điều kiện để được thiết bị điện thoại không
- Để báo cáo, nghiên cứu và giám định chương trình của chúng tôi
- Để phân biệt với những người khác trùng tên hay giống tên

**Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế của quý vị:**

- Để xem quý vị có đủ điều kiện để được thiết bị điện thoại không
- Để báo cáo, nghiên cứu và giám định chương trình của chúng tôi
- Để phân biệt với những người khác trùng tên hay giống tên
- Để giúp quản lý việc chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được khi được giới thiệu đến Chương trình Sức khỏe Tâm thần DHHS
- Để điều hành tổ chức của chúng tôi

Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị ngoài những gì được mô tả ở đây trừ khi quý vị cho chúng tôi biết bằng văn bản là chúng tôi có thể làm như vậy. Nếu quý vị cho chúng tôi biết là chúng tôi có thể làm điều này, quý vị có thể thay đổi quyết định của mình bất cứ lúc nào. Cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu quý vị thay đổi quyết định.

**Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị bằng cách nào khác?**

Chúng tôi được phép và phải chia sẻ thông tin của quý vị theo những cách khác. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện theo luật trước khi có thể chia sẻ thông tin của quý vị cho những mục đích đó. Thí dụ về các cách khác mà chúng tôi có thể chia sẻ thông tin là:

- Nếu luật của tiểu bang và liên bang đòi hỏi việc này, kể cả với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Department of Health and Human Services) nếu họ muốn thấy rằng chúng tôi tuân theo luật về quyền riêng tư của liên bang
- Vì mục đích thực thi pháp luật hoặc với một nhân viên công lực.
- Để đáp ứng với một lệnh tòa hay lệnh hành chánh, hoặc để đáp ứng cho một trát tòa.

**Tại sao chúng tôi hỏi thông tin tài chánh của quý vị?**

Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này cho các mục đích được pháp luật cho phép để xác minh tính đủ điều kiện của quý vị trong Chương trình TED. Chúng tôi sẽ không chia sẻ thông tin này với bất cứ cá nhân hoặc tổ chức nào khác.

**Quý vị có phải trả lời những của chúng tôi không?**

Việc tham gia vào chương trình của chúng tôi là hoàn toàn tự nguyện. Quý vị có thể từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào mà chúng tôi yêu cầu trong quá trình làm đơn. Tuy nhiên, để nhận được thiết bị điện thoại, chúng tôi cần câu hỏi được trả lời.

**Chúng tôi có những trách nhiệm gì?**

- Chúng tôi phải bảo vệ sự riêng tư của thông tin cá nhân, chăm sóc sức khỏe và các thông tin cá nhân khác của quý vị theo các điều khoản trong thông báo này.
- Chúng tôi phải tuân theo các điều khoản của thông báo này và cung cấp cho quý vị một bản sao, nhưng chúng tôi có thể thay đổi chính sách bảo mật của mình. Những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ có sẵn theo yêu cầu.

**Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về quý vị với ai?**

Chúng tôi sẽ chỉ chia sẻ thông tin về quý vị khi cần thiết và được pháp luật cho phép hoặc đòi hỏi. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan sau:

- Sở Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (Minnesota Department of Human Services)
- Sở thương mại Minnesota (Minnesota Department of Commerce)
- Truy cập Viễn thông Minnesota (Telecommunications Access Minnesota (TAM)) - Nhà cung cấp chuyển tiếp Minnesota (Minnesota Relay Provider)
- Ủy ban Tiện ích Công cộng Minnesota (Minnesota Public Utilities Commission)

## Lưu giữ làm hồ sơ của quý vị

- Công ty điện thoại của quý vị
- Các nhà cung cấp thiết bị mà tiểu bang mua
- Bất cứ ai khác mà luật pháp quy định chúng tôi phải hoặc có thể cung cấp thông tin.

**Quý vị có quyền về thông tin của quý vị.**

- Quý vị có thể hỏi nếu chúng tôi có bất cứ thông tin nào về quý vị và được nhận các bản sao. Nếu quý vị không hiểu thông tin, quý vị có thể yêu cầu được giải thích cho quý vị.
- Quý vị có thể cho phép người khác xem và có các bản sao dữ liệu riêng tư về quý vị, kể cả thông tin được bảo mật.
- Nếu chúng tôi đã thu thập thông tin được bảo mật về quý vị, chúng tôi chỉ có thể sử dụng thông tin đó cho các mục đích mà chúng tôi đã liệt kê trong thông báo này.
- Quý vị có thể đặt câu hỏi về tính chính xác của bất cứ thông tin nào chúng tôi có về quý vị và quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa thông tin về quý vị mà quý vị cho là không chính xác hoặc không đầy đủ. Xin viết cho chúng tôi mối quan tâm của quý vị. Cho chúng tôi biết lý do tại sao thông tin sai hoặc không đầy đủ. Chúng tôi có thể trả lời "không" cho yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do tại sao bằng văn bản.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi chia sẻ với quý vị theo một cách nhất định hoặc ở một nơi nhất định. Thí dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gửi thông tin cá nhân đến địa chỉ làm việc của quý vị thay vì địa chỉ nhà ở của quý vị. Quý vị phải yêu cầu bằng văn bản. Nếu chúng tôi thấy rằng yêu cầu của quý vị là hợp lý, chúng tôi sẽ làm theo.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hạn chế việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin được bảo mật của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải bằng văn bản. Quý vị có thể yêu cầu chấm dứt những hạn chế này bất cứ lúc nào bằng cách gọi điện hoặc viết thư cho chúng tôi. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với các hạn chế của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận hồ sơ về những người hoặc tổ chức mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin được bảo mật của quý vị. Nếu quý vị muốn có một bản sao của hồ sơ này, quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản tới viên chức bảo mật được liệt kê bên dưới.

**Phải làm gì nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm?**

Quý vị có thể khiếu nại nếu quyền riêng tư của quý vị bị vi phạm. Quý vị không thể bị khước từ dịch vụ hoặc bị đối xử tệ vì quý vị đã khiếu nại. Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư dữ liệu của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại:

- Trực tiếp với tổ chức đó hoặc
- Gửi tới: Văn phòng Liên bang về Dân Quyền (federal Office for Civil Rights) tại:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601

Điện thoại tiếng nói: 312-886-2359
FAX: 312-886-1807
TTY: 312-353-5693

Nếu quý vị cho rằng Sở Dịch vụ Nhân sinh Minnesota (Minnesota Department of Human Services) đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) theo địa chỉ ở trên hoặc gửi đến:

Minnesota Department of Human Services
Attn: Data Complaint
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

**Quý vị cần liên lạc với ai nếu quý vị cần thêm thông tin về các thực hành bảo mật?**

Nếu quý vị cần thêm thông tin về thực hành bảo mật, xin gọi cho Chương trình TED ở số 1-800-657-3663 (tiếng nói hoặc dịch vụ chuyển tiếp ưu tiên) hoặc 651-964-1514 (điện thoại video).




Để sử dụng các dạng khác của thông tin này và để sử dụng thêm các dịch vụ nhân sự công bằng, xin viết cho DHS.info@state.mn.us, gọi 800-657-3663, hoặc sử dụng dịch vụ chuyển tiếp mà quý vị muốn.

ADA1 (2-18)

**Lưu giữ làm hồ sơ của quý vị**



# Thông Báo về Dân Quyền

**Kỳ thị là phạm luật.** Ban Dịch Vụ Nhân Sự (DHS - Department of Human Services) Minnesota không kỳ thị dựa trên bất kỳ điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng trợ cấp công chúng
- tình trạng hôn phối
- tuổi tác
- tàn tật
- phái tính
- khuynh hướng chính tri

# Khiếu Nại về Dân Quyền

Quý vị có quyền đệ nộp đơn khiếu nại bị kỳ thị nếu quý vị tin rằng cơ quan dịch vụ nhân sự đối xử theo cách có kỳ thị với mình.

Chỉ liên lạc trực tiếp với **DHS** nếu quý vị có khiếu nại về **kỳ thị**:

(Điều Phối Viên về Dân Quyền)
(Ban Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota)
(Cơ Quan Tiếp Cận và Cơ Hội Bình Đẳng)
Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (âm thoại) hoặc dùng dịch vụ chuyển tiếp ưa thích của mình

### Ban Nhân Quyền Minnesota (Minnesota Department of Human Rights - MDHR)

Ở Minnesota, quý vị có quyền đệ đơn khiếu nại đến MDHR nếu thấy mình bị kỳ thị do bất kỳ điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- phái tính
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hôn phối
- tình trạng trợ cấp công chúng
- tàn tật

Liên lạc trực tiếp với **MDHR** để đệ đơn khiếu nại:

(Ban Nhân Quyền Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (âm thoại)
1-800-657-3704 (gọi miễn phí)
711 hoặc 1-800-627-3529 (Tiếp âm MN)
651-296-9042 (điện sao)
Info.MDHR@state.mn.us (điện thư)

### Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights - OCR) thuộc Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services)

Quý vị có quyền đệ đơn khiếu nại đến OCR, là cơ quan liên bang, nếu thấy mình bị kỳ thị do bất cứ điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tuổi tác
- tàn tật
- phái tính
- tôn giáo

Liên lạc trực tiếp với **OCR** để đệ đơn khiếu nại:

(Văn Phòng Dân Quyền)
(Sở Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ)
(Vùng Trung Tây)
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
Trung Tâm Đáp Ứng Khách Hàng:
Miễn phí: 1-800-368-1019
TDD Miễn phí: 1-800-537-7697
Điện thư: ocrmail@hhs.gov