Biên Nhận cho Văn Kiện Quốc Tịch hoặc Căn Cước

Hướng dẫn cho Nhân Viên Quận/DSH/FQHC: Khi nhận được (các) văn kiện quốc tịch và/hoặc căn cước cho một người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi, quý vị phải điền mẫu này.

Văn kiện Quốc Tịch/Căn Cước cho Người Nộp Đơn hoặc Hưởng Phúc Lợi:

_____ Ngày sinh: _____
Tên Tên Lót Họ

Địa chỉ: _____
Đường Thành Phố Tiểu Bang Số Zip

Tên cha mẹ nếu Người Nộp Đơn hoặc
Hưởng Phúc Lợi là một trẻ em: _____
Tên Tên Lót Họ

BIC/CIN của Người Nộp Đơn hoặc Hưởng Phúc Lợi: _____

Tên văn kiện quốc tịch/căn cước quý vị thấy: ▶ _____	Tên văn kiện quốc tịch/căn cước quý vị thấy: ▶ _____
Văn kiện quý vị thấy là *(chọn một):* ❑ Một bản chính (không phải bản sao hoặc bản chứng thực) ❑ Một bản sao có chứng thực từ cơ quan cấp phát	Văn kiện quý vị thấy là *(chọn một):* ❑ Một bản chính (không phải bản sao hoặc bản chứng thực) ❑ Một bản sao có chứng thực từ cơ quan cấp phát
Văn kiện này nhận được *(chọn một):* ❑ Qua bưu điện ❑ Tận tay *(từ người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi)* *Tên:*_____ ❑ Tận tay *(từ một giám hộ, đại diện có phép, hoặc thân nhân chăm sóc)* *(Tên và quan hệ đối với người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi)* _____	Văn kiện này nhận được *(chọn một):* ❑ Qua bưu điện ❑ Tận tay *(từ người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi)* *Tên:*_____ ❑ Tận tay *(từ một giám hộ, đại diện có phép, hoặc thân nhân chăm sóc)* *(Tên và quan hệ đối với người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi)* _____

Sao chụp một bản văn kiện quốc tịch và/hoặc căn cước nhận được từ người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi, gửi trả (các) văn kiện gốc lại cho người chủ và cung cấp một bản biên nhận có chữ ký cho người chủ. Sau khi nhân viên xét hồ sơ nhận được văn kiện, văn phòng dịch vụ xã hội quận sẽ thông báo cho người nộp đơn hoặc hưởng phúc lợi biết việc này nếu (các) văn kiện đã nộp được chấp thuận. Nhân viên DSH/FQHC phải gửi biên nhận này và phó bản (các) văn kiện đến văn phòng dịch vụ xã hội quận thích hợp.

County/DSH/FQHC Staff reads and signs below.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

▶ _____ Date: _____
Signature of County/DSH/FQHC Staff

Name of County/DSH/FQHC Staff *(print):* _____
First *Middle* *Last*

Information: _____
Name of agency *County* *Telephone number* *E-mail*

County fills out this box

Case No: _____ Case Name: _____