



日期 : 04/01/2023  
帐号 : 775301588  
文件编号 : 22756687  
通知类型 : HXR



**MEDICAID RECIPIENT**  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

**如何联系我们**

上网: <https://healthyrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险的问题, 请致电  
HealthSource RI, 电话 1-855-840-4774

有关可负担医疗保险或社会服务计划的问题, 请致电  
公众服务厅 (Department of Human Services,  
DHS): 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

**重新认证/续期通知**

**需要采取的行动: 查看我们有关您的存档信息**

**您为什么收到这个通知?**

现在是我们审查您是否有资格参加以下计划的时候了。如果您的姓名列在下面的框中, 请填写、签署并将此表与所需的证明一起返回, 否则您的福利可能会终止。

每年, 我们都必须审查您的案件, 以确定您是否仍有资格获得 **Medicaid**。我们根据您提供给我们的信息来决定您是否仍符合资格。然后, 我们使用电子验证工具检查这些信息。根据您提供给我们的信息, 我们无法确定您或您的家庭成员是否仍有资格获得 **Medicaid**。为了继续您的 **Medicaid** 资格并且不失去保险, 请仔细阅读此表, 并写入已变化的受益人信息。请务必签署并返回完整的续期表格。

计划名称	姓名	当前福利 计划终止日期
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

为了确保您的福利没有中断, **请在通知日期后的 30 天内将此续期表返回**, 以留出处理时间。每个计划可能有不同的续期程序。请阅读以下关于如何续期每个计划资格的信息。

如您有问题或需要帮助填写此表, 请致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)。

**我该如何续期?**

**MEDICAID:**

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



如果我们已经告诉您，您的 **Medicaid 保险将停止**，这意味着我们需要您提供一些信息来决定您是否仍然符合资格。以下通知中提到了我们需要您提供的信息。

- **邮寄：**如果您选择通过邮寄回复，请将变化的信息写在本通知的“Updated Information”（更新信息）栏中。如果没有预先打印的信息，并且您要返回此表格，请在方框中填写“CURRENT INFORMATION”（当前信息）。请务必在表格上签名并注明日期。表格可以邮寄到本通知顶部的地址。
- **送至 DHS 办公室：**如果您选择将表格交给 DHS 办公室，请按照上面列出的邮寄说明进行操作。有关办公室地点，请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 或致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)。
- **在线：**您也可以登录 <https://healthyrhode.ri.gov> 进入您的“User Account”（用户帐户）进行更改。

### 我需要报告哪些变化？

- **收入：**我们需要了解受益人和任何配偶或受抚养人收入的任何变化，在确定每月必须支付的护理费用时，这些收入都会被考虑在内。
- **资源：**我们还需要了解受益人的资源是否增加，以及/或者受益人完全拥有或共同拥有的任何资源是否已出售或转让给他人。
- **地址和居住安排：**告诉我们受益人是否已经搬迁或更改了地址，是否进入或离开了辅助生活住所、疗养院或集体住宅，或者是否处于新的或不同的共享生活安排中。
- **家庭和住家情况：**我们需要了解受益人的家庭是否发生了变化，例如，受益人的配偶或受抚养人是否死亡、离婚、与他人结婚，或搬入、搬出或出售了未计入资源的房屋。
- **移民身份：**如果非公民受益人和/或担保人的移民身份自初次申请或上次续期之日起发生变化，您必须告知我们。

### 如何续期我的 Medicaid？

- 如果您被要求提供额外的文件或您报告了变化，我们将审查您提供给我们的信息，并决定您是否有资格续期 Medicaid 健康保险。我们将再给您发一封信，让您知道我们的决定，或者我们是否需要续期前提供更多信息。

如果您需要额外的空间，请使用此续期表上的“客户意见”部分。

如果您想申请其他计划，您必须填写新的援助申请 (Assistance Application) (DHS-2) 或访问 [healthyrhode.ri.gov](http://healthyrhode.ri.gov) 在线申请。请通过上面列出的电话号码与我们联系以申请新的申请表，或访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 打印一份。

### 当前账户信息

请检查以下信息。如果信息发生变化，请更新右侧“Updated Information”（更新信息）栏中的信息。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



帐号：775301588

### 主要申请人的联系信息

以下主要申请人的联系信息是否正确？  是  否 – 请在下面提供最新信息。

	当前信息	更新信息
家庭地址	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
邮寄地址 (如果与家庭地址不同)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
电话号码	123-456-7890	
让公众服务厅打电话给您预约面试的 电话号码 (如适用)		
电子邮箱		
首选口语语言	English	
首选阅读语言	English	

您需要翻译吗？  是  否  
如有需要，可免费提供口译服务。

### 现任家庭成员

下面列出的人还住在您家中吗？  是  否 – 如果否，请输入人员离开的日期。

姓名	出生日期	与主要申请人的 关系	计划已续期	一起购买和准备 餐食？	此人搬离的日期*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

\*搬离的例子：新住所、监狱、医院、宿舍、疗养院、住宿计划、辅助生活、集体住宅、共享生活。

### 新家庭成员

请填写以下表格，添加上面没有列出的任何人的姓名，包括搬进您家中的人。

如果您需要额外的空间，请使用此续期表上的“客户意见”部分。

如果任何搬进您家的人正在申请福利，请勾选右栏中的相应框。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



新家庭成员姓名	出生日期	SSN (仅在申请福利时回答)	美国公民? (仅在申请福利时回答)	与主要申请人的关系	申请的福利
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

您家中有人是盲人、残疾人、孕妇或者住在机构或社区住所吗？

是 - 请在下面提供信息  否

姓名	此人是否被政府机构认定为盲人或残疾人？	此人怀孕了吗？	此人目前是否住在机构或社区住所？ 请具体说明*
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, _____ <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, _____ <input type="checkbox"/> 否

\*居住在机构（请具体说明：医院、疗养院、住宿计划、监狱）；

\*住在社区住所（请具体说明：辅助生活、集体住宅、共享生活）。

### 工作收入

以下是我们掌握的关于您家中有工作收入的人的信息。请附上过去 30 天的收入证明，即使没有变化（Medicaid 不需要）。

以下信息正确吗？  是  否

如果不正确，请在下表空行中提供正确的信息和任何新的收入信息。

请注意，并非您报告的所有收入都会计入续期。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



帐号：775301588

请包括自营职业收入，如从企业获得的资金，用于照顾不住在家中的儿童，或从家庭受益人拥有或管理的租赁房产获得的收入。

姓名	就业状况	就职公司名称和地址	每月总收入*

\*每月总收入：扣除任何费用之前的收入

### 其他来源的收入

以下是我们掌握的关于非劳动收入的信息。请附上过去 30 天的收入证明，即使没有变化（Medicaid 不需要）。

本节着眼于工作以外的收入来源，如社会安全福利 (Social Security)、退休、残疾保险或遗属福利 (Retirement, Survivors, and Disability Insurance, RSDI)、退伍军人福利（包括养老金和援助和就诊金）、失业救济金、租赁财产或租赁收入、补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)、临时残疾保险 (Temporary Disability Insurance, TDI)、工人补偿 (Worker's Compensation)，财务账户利息/股息、收养补贴、军人/受抚养人分配、子女抚养费或/或赡养费。

以下信息正确吗？  是  否

如果不正确，请在下表空行中提供正确的信息和任何新的收入信息。

请注意，并非您报告的所有收入都会计入续期。

姓名	收入类型	金额	接收频率

本通知“工作收入”和“其他来源收入”部分显示的收入会影响您的 Medicaid 福利，这些福利将续期。这是我们唯一需要更新信息的收入类型。请在提供的空格内填写任何新的收入来源。

### 儿童保育时间表

如果您正在接受儿童保育，请在下面的方框中填写您当前的工作时间和服务需求。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



需求理由 (请选择所有适用项)	<input type="checkbox"/> 工作		<input type="checkbox"/> 因儿童或父母健康状况而产生的特殊需求	
	<input type="checkbox"/> 完成高中/同等学历		<input type="checkbox"/> 短期培训 <input type="checkbox"/> 大学	
	家长 1 (姓名)：		家长 2 (姓名)：	
日子	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间
周一				
周二				
周三				
周四				
周五				
周六				
周日				
如果您的日程安排有所不同，请解释如何不同（您可以发送额外的文件进行验证）。				

**出勤率和学生状况**

以下是我们掌握的关于您家中正在上学的人的信息。以下信息正确吗？  是  否

如果没有，请在下表的空行中提供正确的信息和任何新信息。

姓名	年龄	学校名称	参加一半或更多时间？是/否	完成的最 高年级	是否接受工作 学习？是/否	学校类型 (K-12、学院、 贸易学校)
MEDICAID RECIPIENT	99	UNKNOWN	No	NA	NA	NA

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



帐号：775301588

拥有其他健康保险

姓名	投保人姓名?	计划名称	投保状况	索赔、合同/团体和/ 或会员编号	保险公司名称和地址

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



**您同意仅共享与 MEDICAID 和健康保险相关的资格决定数据**

如果我们能够与了解您和您家人的其他机构和专业人士合作，我们可以更好地帮助您。勾选“**I Agree**”（我同意）框，即表示您允许我们从各种来源获取、使用和共享有关您的机密信息，包括罗德岛州劳动和培训厅 (R.I. Department of Labor and Training, DLT)、罗德岛州公众服务厅 (R.I. Department of Human Services, DHS)、罗德岛州卫生与公众服务执行办公室 (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS)、罗德岛州卫生厅 (R.I. Department of Health)、罗德岛州惩教厅 (R.I. Department of Corrections, RIDOC)，以及代表医疗补助和联邦医疗保险服务中心 (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) 和社会安全管理局 (Social Security Administration, SSA) 的 Experian。

我们不会因为您不允许我们获取、使用和共享机密信息而拒绝您享受任何福利或访问您有资格参加的任何计划。但是，使用电子数据源通过 HealthSource RI 确定或续期其他计划（如商业健康保险）的资格需要您的同意。

您可以通过拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系我们的联系中心，在不填写此同意书的情况下继续购买健康保险，但如果您想知道您是否有资格获得购买保险的任何经济援助，是否有资格享受 Medicaid，您有必要填写此同意。

您通过勾选“**I Agree**”（我同意）框授权的所有信息共享和使用都将符合保护您隐私的所有相关联邦和州法律法规，包括但不限于：《1996 年健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)（出版物 L. 104-191）；《罗德岛州医疗保健通信和信息的保密性》（R.I.G.L.5-37.3-1 等）；R.I.G.L.28-32-5、28-36-12、28-42-38、28-39-19、28-39-22、40.1-5-26、23-3-23、42-12-22、40-6-12 以及所有其他适用的法律法规。信息将通过计算机数据传输共享。

通过勾选下面的第一个框，我同意获取和使用有关我的机密信息，以确定我最初和继续有资格参加通过本网站管理的公共资助健康保险或其他公共资助项目，这些项目计划、提供和协调福利和付款。

- 我同意共享用于资格决定的数据。
- 我不同意，并了解我参加其他计划的资格可能会受到这一决定的影响。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





**罚款警告**

我在下面的签名表明我已经阅读了本表格所附的权利和责任。根据伪证罪的处罚，我证明，据我所知，我在这份续期表上的所有答案都是正确和完整的，包括有关公民身份和移民身份的信息，以及这份表格中列出的未成年子女的身份。我明白，如果我故意提供错误信息，我就违反了法律，可能受到联邦法律、州法律的惩罚或两者并罚。

申请人或受益人签名	日期	授权代表签名	日期
配偶或孩子的其他家长签名	日期	帮助您填写此表格的人员签名	日期
监护人、保管人或授权人签名	日期	机构代表签名（办公专用）	日期

**罗德岛州选民登记申请表**

如果您没有在当前地址的登记投票，您想登记投票吗？

是  否

注：如果您不勾选任何一个框，您将被视为已决定此时不登记投票。

申请或拒绝登记投票不会影响公众服务厅为您提供的帮助。如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将为您提供帮助。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写选民登记申请表。

如果您认为有人干扰了您登记或拒绝登记投票的权利，您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权，或您选择自己政党或其他政治偏好的权利，您可以向选民登记协调员提出投诉，地址为 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 或致电 (401) 222 - 2345。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



下表显示了您需要与此续期表一起提交的一些文件示例。即使您没有所有这些文件，也请返回此填妥的续期表。如果您需要帮助获取这些文件，您可以通过本表格第 1 页列出的电话号码与 DHS 联系。

您也可以通过 **HealthyRhode** 移动应用程序提交文件，该应用程序可在智能手机上下载。

工作收入	工资存根或雇主信头上的报表，显示税前收入、发薪日期、每小时工作时间和过去四周的工作小时数
新地址和住房费用	租金收据、抵押贷款付款簿、租金/租赁协议、住房与城市发展部 (Department of Housing and Urban Development, HUD) 的声明、住房成本分担人的声明、水电费账单、公用事业公司的声明、房东的声明，包括地址和支付金额
您支付的儿童抚养费	如果您支付子女抚养费的义务发生变化，请提供法院命令的副本。
非劳动收入	社会安全福利金支票或奖励信的最新副本、失业证明、工人补偿、养老金、子女抚养费、赡养费、临时残疾保险 (Temporary Disability Insurance, TDI)
家属护理费用	显示您自付儿童保育费用或照顾残疾或老年家庭成员费用的收据
资源/车辆	银行账户对账单（储蓄、支票、信用合作社对账单和/或定存）；股票或债券；信托所有权文件；房屋以外的不动产所有权证明；出租房产的证明；车辆登记，包括汽车、船、卡车、摩托车、露营车；其他创收财产的证明；墓地所有权证明（如果您拥有多个墓地）

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



客户意见（也可在此报告其他信息）

Empty form area for customer feedback.

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





# RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

## YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

## TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.  
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

### INSTRUCTIONS

**Box 2: REQUIRED.** Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.

**Box 3:** If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification on an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).

**Box 5:** A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.

**Box 9:** If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.

**Box 10:** You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.

**Box 11:** If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.

**Box 12:** If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state**.

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).

(This form may be reproduced)

<b>1. Check Boxes that Apply:</b> <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change					
<b>2.</b> I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.</small>		<b>3.</b> RI driver's license or ID Number: <input style="width: 150px;" type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input style="width: 80px;" type="text"/> <small>If you do not enter either number, see instructions for Box 3.</small>			
<b>4.</b> Last Name <span style="float: right;">Suffix (if any)</span>		First Name		Middle Name (or initial)	
<b>5.</b> Home Address (Do not enter a post office box)		Apt.	City/Town	State <b>RI</b>	ZIP Code
<b>6.</b> Mailing Address (If different from Box 5)		Apt.	City/Town	State	ZIP Code
<b>7.</b> Date of Birth (mm/dd/yyyy) <small>Month    Day    Year</small>		<b>8.</b> Phone No./ E-mail Address (optional)		<b>9.</b> Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>10. I swear or affirm that:</b> - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.				<small>Official Use For Barcode</small>	
<b>PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW</b>				<b>Are you interested in working at the polls? (check box below)</b> <input type="checkbox"/>	
<input style="width: 400px; height: 30px;" type="text"/>		<b>Date:</b> _____ (mm/dd/yyyy) <b>Signed</b>			
<small>Warning: If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.</small>					
<b>11. PREVIOUS NAME</b> (if different from Box 4)			<b>12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION</b> (City/Town, State, ZIP & County)		
<small>02/2012 Regs Form Revised 12/2012</small>					

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



Return Address

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Postage  
Required Post  
Office will not  
deliver  
without proper  
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FOLD HERE & TAPE AT TOP\*\*\*\*\*

**INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM**

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

**NOTICE:** It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

**LOCAL BOARDS OF CANVASSERS**

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

**Voter Registration Questions May Be Addressed To:**

Rhode Island Board of Elections  
50 Branch Avenue  
Providence, RI 02904  
elections@elections.ri.gov

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



## 变化报告要求

您必须在发生变化之日起 10 天内报告可能影响您家庭中任何人的资格和投保的以下任何变化：

- 居住地址；
- 邮寄地址；
- 收入；
- 婚姻状况；
- 搬进或搬出您家的人，或您的报税单位中的人；
- 家庭中任何人的怀孕状况；
- 监禁或机构状况；
- 获得其他健康保险的情况，包括获得 Medicare 的资格或通过您的工作或家庭成员的工作获得保险的情况；
- 移民或公民身份；
- 出生、收养、安置收养、结婚、离婚或死亡；
- 联邦所得税申报状况；或
- 在联邦所得税中申报的纳税受抚养人人数量。

您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策，USDA、其机构、办事处和雇员，以及参与或管理 USDA 计划的机构，在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中，禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同（包括性别表达）、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视，或对以前的民权活动进行报复或打击报复（并非所有依据适用于所有计划）。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息（如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等）的残疾人，应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心，联系电话：(202) 720-2600（语音和电传打字机），或通过联邦电话中转服务联系 USDA，电话：(800) 877-8339。此外，可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉，请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027，可在以下网址在线查阅

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>，还可以在任何 USDA 办事处，或写信给 USDA 以获得表格，并在信中提供表格中要求的所有信息。如需投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA：(1) 邮寄：U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410；(2) 传真：(202) 690-7442；或者 (3) 发送电子邮件至：[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇（《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下）、经修订的《1973 年康复法》第 504 节（《美国法典》第 29 卷第 794 节）、《1990 年美国残疾人法》（《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下），以及《1972 年教育修正案》第九篇（《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下）、《2008 年食品和营养法》（以前称为《食品券法》），《1975 年年龄歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例（《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分）和《美国教育部实施条例》（《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分），以及美国农业、食品和营养服务部（《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分）；卫生与公众服务执行办公室 (EOHHS) 和公众服务厅 (DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定，EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息，请联系 DHS，地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话，请拨打 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一：听障人士：1-800-745-5555，语音信箱：1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员，康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题，任何此类投诉都将相应转介。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



## 您的权利

### 有关您的承保范围和权利的信息：

**您有权**根据州和联邦法律法规制定的政策和标准，申请并在符合条件的情况下获得经济援助或 Medicaid 或补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 福利。

如果您不同意我们的决定，**您可能有权**提出上诉并进行行政公平听证会 (Administrative Fair Hearing)。您可以：

- 1. 致电我们讨论福利决定。** 请通过本通知首页顶部的电话号码与我们联系。打电话时一定要备妥这个通知和案例/身份证号码。
- 2. 要求行政公平听证会的上诉。** 上诉是一种正式请求，要求在行政听证会上对该决定进行审查。请继续阅读以了解更多信息。

### 什么是公平听证会？

公平听证会是您告诉行政听证官员为什么您不同意该机构关于您的资格、福利和/或您必须支付的任何费用决定的机会。一名机构代表也出席听证会，解释机构决定的依据。根据法律，行政官员必须以公正客观的方式审查双方提出的案件事实。

### 上诉和要求公平听证会的截止日期

下表解释了每个计划提出上诉的截止日期。对于某些计划，如果您在图表中列出的截止日期前提出上诉，您的福利或服务可能会继续，直到做出听证决定。如果您错过了最后期限，您可能会失去上诉的权利。在您提出上诉后，我们将安排您的听证会，并在 90 天内做出决定，如果听证会与您的 SNAP 福利有关，则在 60 天内作出决定。在行政可行的情况下，将在收到上诉请求之日起 90 天内对 HealthSource RI 的所有上诉作出决定。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



计划	您必须以以下方式提出上诉：	如果在通知发出后 10 天内提出上诉（“Aid Pending”），福利是否会继续？
Medicaid	通知日期后 30 天， 加上邮寄时间 5 天	是的，除非您另有说明， 否则福利将自动继续
SNAP	自通知邮寄之日起 90 天	是的，除非您另有说明， 否则福利将自动继续
CCAP	自通知邮寄之日起 30 天	在做出听证决定之前， 福利可能会减少。
GPA	自通知邮寄之日起 10 天	是的，但必须以书面形式提出请求
商业健康保险	通知日期后 30 天， 加上邮寄时间 5 天。	您必须在收到通知后 30 天内致电 HealthSource RI， 请求 Aid-Pending。
所有其他计划	自通知邮寄之日起 30 天	是

### 快速上诉

如果您迫切需要医疗服务或 SNAP 福利，并且等待标准上诉可能严重危及您的生命或健康，或达到、维持或恢复最大功能的能力，您有权提出快速上诉。鉴于目前的情况，我们必须尽快对快速上诉作出决定。如果我们拒绝您的快速上诉请求，我们必须迅速通知您，并且我们必须通过我们的标准流程处理您的上诉。

### 等待听证期间继续享受福利的权利

您可能有权在等待听证期间继续保持您的福利不变（这被称为“Aid-Pending”）。除通过 HealthSource RI 的商业健康保险外，如果您在 10 天内提出上诉，在大多数情况下，您将自动获得 Aid-Pending。除非您另有证明，否则对于 Medicaid 和 HealthSource RI，我们将假设您在通知日期后 5 天收到通知。

如果您有 Medicaid，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，州政府可能会让您偿还在 Aid-Pending 期间为您支付的费用。对于 HealthSource RI，只有在您对自提交上诉之日起 30 天内发生的资格重新确定提出上诉，并且通过电话 1-855-840-HSRI (4774) 向 HealthSource RI 提出请求时，才可以使用“Aid-Pending”。如果您正在获得税收抵免以帮助支付保费，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，那么您明年可能会在联邦税中欠下额外的钱。如果您每月支付保费，您仍必须在 Aid-Pending 期内支付。

如果您领取 SNAP、RIW 或 GPA 福利，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，您可能需要偿还在此期间发放但无权获得的福利。

### 代表自己的权利和被代表的权利

您有权在听证会上代表自己，或者由您选择的任何人代表，包括律师、辩护人、朋友或亲戚。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





法律咨询可从 Rhode Island Legal Services, Inc. 获得，电话：274-2652 或 1-800-662-5034。如果您选择聘请法律代表，代表必须在听证会当天或之前向听证办公室提交书面出庭记录。出庭记录作为保密信息的发布，允许法定代表人查阅本机构的案件记录。听证办公室也需要此文件来确认代表身份，以便进行后续工作、审查、请求延期等。

### 其他家庭成员的资格可能受到影响

我们的上诉决定可能会导致您家庭其他成员的资格发生变化。

### 查阅您的案件记录

您有权查看您的案件记录，包括州政府将在您的听证会上使用的任何证据。如需查看您的案件记录，请致电 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以致电以下电话索取一份记录副本：1-855-840-HSRI (4774)。

### 非正式解决方案

无需听证会，我们可能可以快速解决您的问题。请致电 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)，以便我们对您的案件进行非正式审查。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系 HealthSource RI，以请求对您的上诉进行非正式审查。我们将与您取得联系，致力于以非正式方式解决您的上诉。您的听证权不会因非正式解决而受到影响。

如果这是您首次申请 Medicaid 保险，您必须在三十 (30) 天内以书面形式申请听证会。为了弥补邮寄时间，30 天从本通知日期后的第五天开始。因此，您必须在 05/06/2023 之前提出上诉。如果您已经在接受 Medicaid，并且您希望在听证会做出决定之前保留您的保险，您必须于十 (10) 天内以书面形式提出上诉。同样，为了弥补邮寄时间，10 天从本通知日期后的第五天开始。

您具有保密权。根据州法律，所有管理计划的机构均受州和联邦法律法规的约束，只能将您和您家庭其他成员的信息用于与管理计划直接相关的目的，并应遵守《健康保险流通与责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)》的《个人身份健康信息隐私标准》。HIPAA 限制使我们不能与任何人（包括未经授权的代表）讨论您或您家庭任何成员的健康信息，除非该人有授权书或您已签署授权披露此信息的同意书。这包括披露心理健康信息、HIV、AIDS、STD 检测结果或治疗及药物依赖服务。

未经您同意，EOHHS 和 DHS 不会发布有关您或您的其他家庭成员的信息，除非根据《罗德岛州一般法律》以及《DHS 行政法规》和《Medicaid 行政法规》的规定。任何违反《罗德岛州一般法律》规定的人应被视为犯有轻罪。违反者将被处以最高 200 美元 (\$200) 的罚款或最长六 (6) 个月的监禁，或两者并罚。

您有权通过儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS) 申请抚养费强制执行服务。如需申请这些服务，请浏览 <http://www.cse.ri.gov/>，或访问当地的儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services)，地址：77 Dorrance St., Providence, RI 02903。

您有权指定一名授权代表。授权代表是由户主或配偶或家庭中任何其他负责成员指定的人员，代表家庭申请计划福利或使用福利。福利授权代表与为申请流程或满足报告要求所指定的授权代表的可以是同一个人，也可以不是。授权代表的指定必须以书面形式进行。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



如果您正在申请 **Medicaid 可负担医疗保险**，EOHHS 要求本厅必须：

- 您有三十 (30) 天的时间向我们提供审查您的资格所需的信息。如果您不向我们提供信息或要求更多时间，我们可能会拒绝、关闭或更改您的医疗保险。
- 在大多数情况下，我们会在停止您的医疗保险前至少十 (10) 天通知您。
- 在大多数情况下，我们会在三十 (30) 天内向您提供书面决定。医疗保险和某些残疾案件可能需要四十五 (45) 到九十 (90) 天。
- 在我们决定您是否符合其他计划的资格时，继续罗得岛州 **Medicaid** 保险。

### 您的责任

关于您的承保范围和责任的信息：

**您有责任**在本申请表中提供有关您收入、资源和生活安排的准确信息。

**您有责任**为您自己和您的家庭成员提供社会安全号（或您已申请社会安全号的证明），这是获得参保资格的条件之一。收集有关申请的信息以及您接受援助的所有家庭成员的社会安全号码，是根据经修订的《2008 年食品和营养法》（以前称为《食品券法》）、《美国法典》第 7 卷第 2011-2036 节和《联邦法律》（和）授权的。此信息将用于确定您的家庭是否有资格或继续有资格参加 **SNAP**、**Medicaid**、**RIW**、**GPA**、**CCAP** 和/或带有经济援助的商业健康保险。公众服务厅将通过与劳动和培训厅、社会安全管理局 (**Social Security Administration, SSA**)、国税局 (**Internal Revenue Service, IRS**)、食品和营养服务局 (**Food and Nutrition Service, FNS**) 以及法律、法规或合同授权的其他政府和非政府机构进行计算机比对来核实这些信息，并接受联邦、和地方官员的核查。从这些机构获得的收入和资格信息将用于确保您的家庭符合 **SNAP** 福利、**GPA**、儿童保育、**RIW**、**Medicaid** 和带有经济援助的商业健康保险的资格并获得正确的金额。这些信息还将用于监督计划法规的合规情况、计划管理以及防止欺诈和核实医疗保健索赔。

这些信息可能会披露给其他联邦和州机构进行官方审查，也可能会披露给执法人员用于逮捕逃犯。如果出现针对您家庭提出的索赔，您在申请表上提供的信息（包括所有 **SSN**）可能会被转交给联邦和州机构以及私人理赔收款机构，以采取理赔收款行动。提供所要求的信息是自愿的。但是，未提供 **SSN** 将导致任何申请福利的个人被拒绝授予福利。所提供的任何 **SSN** 将以与符合条件的家庭成员的 **SSN** 相同的方式使用和披露。

**您有责任**与进行质量控制审查的州和联邦人员充分合作。

如果您领取 **RI Work**、儿童保育补助或 **Medicaid**，**您有责任**与儿童抚养服务办公室 (**Office of Child Support Services, OCSS**) 合作。您必须帮助确定、修改或执行您所照顾孩子的抚养费，并确定父子关系（如有必要）。如果您能证明您有充分理由相信与儿童抚养服务办公室 (**Office of Child Support Services, OCSS**) 合作会使您、您的孩子或您照顾的孩子面临来自非监护父母的伤害风险，您可以有充分理由声称不合作。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



罗德岛州工作计划、MEDICAID、儿童保育援助和一般公共援助

留置权和转让

根据《罗德岛州一般法》第 40-6-9、40-6-10 或 40-8-15 条，无需签署任何文件：

**a.)关于子女抚养费和确定父子关系**

我已将我本人以及我的一个或多个子女可能拥有的任何及所有权利转让给公众服务厅 (Department of Human Services, DHS)，无论是以其自身名义还是作为健康与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 的资格代理行事，以起诉任何未能向我本人以及我的一个或多个未成年子女提供支助、抚养费和医疗照顾的人，因为我的一个或多个未成年子女是由这两个机构或其中任何一个机构支付援助的。在此情况下，DHS 有权提起诉讼，以确定父子关系和/或为我本人或我从 DHS 和/或 EOHHS 领取或接受援助的子女收取抚养费。如果我停止获得经济援助或 Medicaid，我必须将影响子女/医疗抚养的任何变化告知儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS)，例如我的子女搬出我家或我的地址发生变化。

**b.)关于可从第三方补偿的金额**

我已代表我本人和任何经我合法授权代表的人将任何及所有权利转让给 DHS 或 EOHHS，以便从第三方处追回与因意外事故、受伤或疾病而提供的经济援助和 Medicaid 金额相等的金额。

**c.)关于可从工人赔偿金中补偿的金额**

根据《罗德岛工人赔偿法》(Rhode Island Workers Compensation Act)、《罗德岛普通法》(Rhode Island General Laws) 第 28-29 章至第 28-38 章的规定，公众服务厅和/或卫生与公众服务执行办公室可留置我有权获得的任何未决赔偿金、命令或和解金。留置权的目的是为了确保偿还国家在工伤赔偿裁决、命令或和解期间向我或代表我支付的经济援助和 Medicaid 付款。

**d.)关于对已故受益人遗产的留置权以获得 Medicaid 偿付**

根据 R.I.G.L. 第 40-8-15 节的规定，EOHHS 可以留置死亡时年龄在五十五 (55) 岁或以上的 Medicaid 受益人的遗产。就本节而言，与已故个人有关的术语“遗产” (estate) 应包括个人遗嘱认证遗产中包含或可包含的所有不动产和动产以及其他资产。如果受益人在领取 Medicaid 时已年满五十五 (55) 周岁，那么为其支付的 Medicaid 总金额将成为州政府的债务，并构成对受益人遗产的留置权，留置权的受益人为 EOHHS。但是，留置权有效，且不适用于有配偶、未满二十一 (21) 周岁的子女或《社会安全法》(Social Security Act) 第 XVI 章 (SSI) 所定义的失明或永久性完全残疾子女的受益人的遗产。属于美国印第安人和阿拉斯加原住民的部落土地和某些财产可以免于收回。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



帐号：775301588

我了解我的申请是对 EOHHS 和/或 DHS 的授权，只要案件仍然开放，我就可以从医疗提供者那里获得与我或我申请中任何人有关的信息。我理解并同意 EOHHS 或其资格代理人 DHS 可以联系其他人或组织，以获得我的资格和福利水平的必要证明。

我还了解 EOHHS 和 DHS 可以使用或共享我在申请上和我的私人帐户中提供的信息，以便根据州和联邦法律、合同和法规管理我申请和/或可能向我提供福利的任何计划。EOHHS 和 DHS 可以出于研究目的公开非身份识别信息。任何身份识别信息的披露都必须符合州和联邦法律的规定。

### Medicaid：如由您终止保险

您的以下家庭成员享有 Medicaid 保险：

姓名
MEDICAID RECIPIENT

您可以随时终止任何家庭成员的 Medicaid 健康保险。我们提供多种方式来处理您的终止申请：

- 电话：致电公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 呼叫中心，电话 1-855-697-4347（周一至周五，节假日除外，上午 8:30 至下午 3:00）或 HealthSource RI，电话 1-855-840-4774（周一至周五，节假日除外，上午 8:00 至下午 6:00）
- 当面：前往 DHS 办公室，或亲自将您的终止申请放入 DHS 办公室和地区家庭中心的任何安全投递箱中。有关办公室地点，请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 或致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- 通过邮寄：您也可以在希望保险结束之前至少两周以书面形式提出申请，并将其邮寄至：State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

### ♥Medicaid：由州终止

您的以下家庭成员享有 Medicaid 保险：

姓名
MEDICAID RECIPIENT

只有在发生以下情况时，您或您的任何家庭成员在 Medicaid 计划中的承保才会被取消：

- 您或您的家庭成员不再符合可负担保险的资格
- 您或您的家庭成员的保险因申请中的欺诈性信息而被终止。

### 如果您有特殊医疗保健需求

如果您家中有人有特殊医疗保健需求，您和您的家庭成员可能有资格通过 Medicaid 计划获得更多服务。

- 您家中是否有人有残疾？
- 您家中是否有人需要疗养院护理或其他长期护理服务？
- 您家中是否有人需要支付高额或频繁的医疗费用？

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



帐号：775301588

如果是，请了解他们是否符合特殊医疗保健需求的资格。拨打 (855) 712-9158 或访问 [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) 了解更多信息。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ̃ jũ ké m̃ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̃éin m̃ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

### 非歧视通知

卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在接受或提供服务、就业或治疗、教育和其他计划活动方面不存在基于种族、肤色、原国籍、残疾、政治信仰、年龄、宗教或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS/DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉的投诉程序的更多信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg.57, Cranston, RI 02920, 电话号码 (401) 462-2971 (聋人/听语障人士 1-800-745-6575 语音; TTY 711)。

请访问 <https://healthyhode.ri.gov> 了解详情

