

नाम _____

केस मैनेजर/केसलोड _____

पता _____

केस नंबर _____

डाक से भेजने/देने की तिथि _____

नीचे निशान लगे आइटम इस तिथि तक प्राप्त हो जाने चाहिए _____। इन आइटम के बिना हम आपकी पात्रता का निर्धारण नहीं कर सकेंगे। आपका आवेदन या सक्रिय केस अस्वीकृत या समाप्त किया जा सकता है, या संभव है कि कुछ सदस्य पात्र न हों पाएँ। आप अपनी जानकारी इन्हें फैंक्स कर सकते हैं: _____ अगर आप मांगी गई जानकारी प्राप्त नहीं कर सकते या आपको अधिक समय चाहिए, तो अपने कर्मचारी से फोन पर यहाँ: _____ या मेल के द्वारा संपर्क करें।

फूड स्टैम्प्स	Medicaid	TANF	फूड स्टैम्प्स	Medicaid	TANF	
			इनके लिए नियोक्ता से Stubs या विवरण की जाँच करें: _____ Stubs इस अवधि के लिए प्रदान करें:			सामाजिक सुरक्षा, SSI, सेवानिवृत्त सैनिक या बेरोजगारी लाभ, बाल समर्थन, कामगार क्षतिपूर्ति या अन्य घरेलू आय के स्रोत से सबूत, इसके लिए:
			नागरिकता/विदेशी स्थिति का सबूत:			आपके घर को धन, बाल समर्थन या अन्य सहायता देने वाले व्यक्ति(यों) से हस्ताक्षर/तिथि बयान।
			इसके लिए सामाजिक सुरक्षा नंबर/संख्या के लिए आवेदन का सबूत:			अन्य: (पात्रता का निर्धारण करने के लिए आवश्यक कोई सत्यापन)
			इसके लिए पहचान का सबूत:			

नीचे निशान लगाए गए आइटम के सबूत लाएँ या मेल करें या हम फूड स्टैम्प्स में कटौती के रूप में खर्च का उपयोग नहीं करेंगे, और हम TANF या Medicaid के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने में सक्षम नहीं हो सकेंगे।

केवल फूड स्टैम्प्स	केवल Medicaid	केवल TANF
<input type="checkbox"/> वर्तमान किराया/बंधक भुगतान	<input type="checkbox"/> इनके अनुपस्थित माता-पिता(ओं) के बारे में जानकारी:	<input type="checkbox"/> इनके अनुपस्थित माता-पिता(ओं) के बारे में जानकारी:
<input type="checkbox"/> घर के स्वामी का बीमा और/या कर भुगतान	<input type="checkbox"/> इनके लिए आवेदन का सबूत:	<input type="checkbox"/> इनके लिए आवेदन का सबूत:
<input type="checkbox"/> वर्तमान गैस, बिजली, टेलीफोन, या अन्य उपयोगिता व्यय	<input type="checkbox"/> गर्भावस्था और नियत तारीख की पुष्टि हेतु इनके लिए चिकित्सक या स्वास्थ्य-सेवा प्रदाता से वक्तव्य:	<input type="checkbox"/> गर्भावस्था और नियत तारीख की पुष्टि हेतु इनके लिए चिकित्सक या स्वास्थ्य-सेवा प्रदाता से वक्तव्य:
<input type="checkbox"/> इनके लिए चिकित्सा व्यय (चिकित्सक, यात्रा, नुस्खे, स्वास्थ्य बीमा, प्रीमियम, अस्पताल में भर्ती):	<input type="checkbox"/> इनके लिए चिकित्सा व्यय (चिकित्सक, यात्रा, नुस्खे, स्वास्थ्य बीमा, प्रीमियम, अस्पताल में भर्ती):	<input type="checkbox"/> इनके लिए टीकाकरण रिकॉर्ड:
<input type="checkbox"/> ऐसे बच्चे के लिए कानूनी दायित्व की देय और भुगतान की गई राशि जो आपके घर में नहीं है	<input type="checkbox"/> इनके लिए नागरिकता की घोषणा:	<input type="checkbox"/> ऐसे बच्चे के लिए कानूनी दायित्व की देय और भुगतान की गई राशि जो आपके घर में नहीं है
<input type="checkbox"/> इनके लिए शिशु-देखभाल व्यय:	<input type="checkbox"/> इनके लिए अन्य स्वास्थ्य बीमा या तृतीय पक्ष दायित्व का सबूत:	<input type="checkbox"/> इनके लिए शिशु-देखभाल व्यय:
<input type="checkbox"/> अन्य: (निवास आदि)	<input type="checkbox"/> अन्य:	अन्य: (गर्भावस्था देखभाल, चालू बैंक विवरण आदि)