





## लाभ के लिए आवेदन

अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ लाभ के लिए एक आवेदन दाखिल कर सकते हैं। हालांकि, अगर आप पूरा फॉर्म भरते हैं तो इससे हमें आपके आवेदन को तेज़ी से प्रोसेस करने में मदद मिल सकती है। आप इस फॉर्म का उपयोग एक से अधिक कार्यक्रमों या केवल SNAP के लिए संयुक्त आवेदन दाखिल करने के लिए कर सकते हैं। आपका SNAP आवेदन केवल इस आधार पर अस्वीकार नहीं किया जाएगा कि किसी अन्य कार्यक्रम के लिए आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है। हम आपके SNAP आवेदन के लिए अलग से पात्रता निर्धारण करेंगे। यदि आप किसी संस्थान में हैं और एक ही समय में SNAP और SSI के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपके आवेदन दाखिल करने की तारीख वह तारीख है जब आपको संस्थान से मुक्त किया जाता है।

### स्टेप 3. हमसे बात करें।

आपको किसी कार्यकर्ता के साथ एक साक्षात्कार पूरा करने की आवश्यकता हो सकती है। अगर ऐसा है तो हम आपको अपॉइंटमेंट देंगे। यह इंटरव्यू फ़ोन द्वारा पूरा किया जा सकता है।



## लाभ के लिए आवेदन

**(इस आवेदन को पूरा करें और इसे अपने स्थानीय काउंटी DFCS कार्यालय को लौटा दें।)**

मैं किसके लिए आवेदन कर रहा हूँ? (लागू होने वाले सभी को चेक करें)

**पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP)**

पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), जिसे पहले फूड स्टैम्प्स के नाम से जाना जाता था, एक संघ द्वारा वित्त पोषित कार्यक्रम है जो कम आय वाले परिवारों को भोजन की लागत का भुगतान करने में मदद करने के लिए मासिक लाभ प्रदान करता है। यह कार्यक्रम परिवारों को उनके भोजन और पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए पोषण शिक्षा भी प्रदान करता है और परिवारों को रोजगार हासिल करने में मदद करने के लिए रोजगार और प्रशिक्षण के अवसर प्रदान करता है जिससे SNAP पर कम निर्भरता होती है।

**जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF)**

जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) बच्चों के साथ पात्र परिवारों को मजबूत करने के लिए अस्थायी मासिक नकद भुगतान, एकल नकद भुगतान या अन्य सहायता सेवाएं प्रदान करती है। यदि आप बच्चे के माता-पिता हैं, या किसी गर्भवती व्यक्ति के देखभालकर्ता हैं जो अनुदान में शामिल होना चाहते हैं, तो हमें आपसे एक कार्य कार्यक्रम में भाग लेने की आवश्यकता होगी।

**दादा-दादी पोते-पोतियों की परवरिश (GRG)**

दादा-दादी, पोते पोतियों की परवरिश (GRG) अतिरिक्त नकद भुगतान प्रदान करेगा ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा-दादी के घरों में की जा सके। आवेदकों को GRG के लिए पात्र होने के लिए TANF के लिए आवेदन करना होगा।

**शरणार्थी नकदसहायता**

शरणार्थी नकद सहायता कार्यक्रम उन शरणार्थी परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो TANF कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं हैं। शरणार्थी शब्द में शरणार्थी, क्यूबा / हाईटियन प्रवेशकर्ता, मानव तस्करी के शिकार, अमरेशियन, असाइली, अफगान या ईरानी विशेष अप्रवासी वीजा (SIV) या पात्र अफगान पैरोल शामिल हैं।

**Medicaid**

Medicaid बुजुर्गों, नेत्रहीन या विकलांग वयस्कों, गर्भवती महिलाओं, बच्चों और परिवारों को चिकित्सा कवरेज प्रदान करता है। जब आप आवेदन करते हैं, तो हम सभी Medicaid कार्यक्रमों को देखेंगे और तय करेंगे कि आप कौन-से कार्यक्रम प्राप्त करने के योग्य हो सकते हैं।

**कृपया आवेदक के बारे में नीचे दिया गया चार्ट भरें।**

प्रथम नाम	मध्य आरंभिक	अंतिम नाम	प्रत्यय
गली का पता जहाँ आप रहते हैं		उपयुक्त	
शहर	राज्य	पिन कोड	
क्या आप बेघर हैं? हाँ _____ या नहीं _____			
डाक का पता (यदि भिन्न हो)			
मुख्य टेलीफोन नंबर	अन्य संपर्क नंबर		
इलेक्ट्रॉनिक संचार: Email: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक)	ईमेल पता(वैकल्पिक):		
आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?	यदि कोई इंटरव्यू जरूरी हो, तो क्या आपको जरूरत पड़ेगी एक दुभाषिए की? हाँ _____ या नहीं _____		

**विकलांग अमेरिकी अधिनियम: उचित संशोधन और संचार दुभाषिया के लिए अनुरोध (यदि लागू हो):**

क्या आपके पास कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी? हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_  
(यदि हाँ, तो कृपया उस उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग



## लाभ के लिए आवेदन

सांकेतिक भाषा दुभाषिया \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; बड़ी छपाई \_\_\_\_\_; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) \_\_\_\_\_; ब्रेल \_\_\_\_\_; वीडियो रिल \_\_\_\_\_; क्यूड स्पीच

इंटरप्रेटर \_\_\_\_\_; मौखिक दुभाषिया \_\_\_\_\_; स्पर्श दुभाषिया \_\_\_\_\_; कार्यक्रम की समय सीमा के टेलीफोन कॉल अनुस्मारक \_\_\_\_\_; टेलीफोन पर हस्ताक्षर (यदि लागू हो) \_\_\_\_\_; आमने-सामने साक्षात्कार (घर का दौरा) \_\_\_\_\_; अन्य: \_\_\_\_\_

**क्या आपको एक बार इस उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता है \_\_\_\_\_ या चल रहे \_\_\_\_\_?**

**यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन की आवश्यकता है?**

### सभी SNAP, TANF और Medicaid आवेदकों के लिए:

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि जिस व्यक्ति (यों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूँ वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी की पुष्टि कर सकती हैं। जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं SNAP और/या TANF प्रोग्राम की ज़रूरतों के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा। मैं यह भी रिपोर्ट करूँगा यदि मेरे परिवार में किसी को लॉटरी या जुए में \$4500 या उससे अधिक (कर या अन्य कटौतियों से पहले की सकल राशि) की राशि प्राप्त होती है। मैं इन जीतों को प्राप्त होने के उस महीने के अंत से लेकर 10 दिनों के अंदर रिपोर्ट करूँगा जिसमें मेरे परिवार को जीतें प्राप्त होती हैं। मैं समझता हूँ कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS प्रोग्रामों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी छुपाता हूँ तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूँ और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूँ, तो DHS-DFCS मेरे SNAP लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

Georgia का मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services, "DHS") लाभ के लिए आपके आवेदन के दौरान व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी (Personally Identifiable Information, PII), जैसे नाम, पते, टेलीफोन नंबर, ईमेल पते और जन्म तिथि आदि एकत्र करता है। हमें कोई भी व्यक्तिगत जानकारी सबमिट करके, आप सहमत करते हैं कि हम ऐसी किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को DHS नीतियों, प्रक्रियाओं के अनुसार एकत्र, उपयोग और प्रकट कर सकते हैं, और जैसा कि कानून और/या विनियमों द्वारा अनुमत या आवश्यक है।

Signature

दिनांक

गवाह के हस्ताक्षर यदि "X" द्वारा हस्ताक्षरित हो

दिनांक

### अधिकृत प्रतिनिधि:

इस अनुभाग को तभी पूरा करें जब आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति या संगठन आपका आवेदन भरें, अपना इंटरव्यू पूरा करें, और/या अपने EBT कार्ड का उपयोग भोजन खरीदने के लिए करें जब आप स्टोर पर नहीं जा सकते। कृपया प्रत्येक प्रोग्राम प्रकार की जांच करें जिसे आप अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में नामित करना चाहते हैं। कृपया जांचें कि आप उस व्यक्ति या संगठन से कौन से कर्तव्य चाहते हैं। यदि आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से कार्य करने के लिए एक से ज्यादा व्यक्तियों या संगठनों को चुन सकते हैं।

अधिकृत प्रतिनिधि 1 कार्यक्रम के प्रकार: SNAP

TANF

चिकित्सा सहायता

अधिकृत प्रतिनिधि 1 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करना

रिन्यूअल फॉर्म पूरा भरकर सबमिट करना

नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करना  अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्य करना

एक TANF बेनिफिट कार्ड (Way2Go डेबिट Mastercard) प्राप्त करना

व्यक्ति का नाम 1: \_\_\_\_\_

संगठन का नाम 1 (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_ फ़ोन: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग



## लाभ के लिए आवेदन

इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (वैकल्पिक) टेक्स्ट भेजना: हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_

पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_ क्या किसी दुभाषिण की ज़रूरत है? हाँ \_\_\_\_\_ या नहीं \_\_\_\_\_

अधिकृत प्रतिनिधि 2 कार्यक्रम के प्रकार: SNAP  TANF  चिकित्सा सहायता   
अधिकृत प्रतिनिधि 2 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करना  रिन्यूअल फ़ॉर्म को पूरा भरकर सबमिट करें   
नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें  अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें   
एक TANF बेनिफ़िट कार्ड प्राप्त करना (Way2Go डेबिट Mastercard)

व्यक्ति का नाम 2: \_\_\_\_\_

संगठन का नाम 2 (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_ फ़ोन: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (वैकल्पिक) टेक्स्ट भेजना: हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_

पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_ क्या किसी दुभाषिण की ज़रूरत है? हाँ \_\_\_\_\_ या नहीं \_\_\_\_\_

**विकलांग अमेरिकी अधिनियम: प्राधिकृत प्रतिनिधियों के लिए उचित संशोधन और संचार सहायता का अनुरोध (यदि लागू हो):**

**क्या अधिकृत प्रतिनिधि के पास कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी?**

हां \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (यदि हां, तो कृपया उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; बड़ी छपाई \_\_\_\_\_; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) \_\_\_\_\_; ब्रेल \_\_\_\_\_; वीडियो रिल \_\_\_\_\_;  
क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर \_\_\_\_\_; मौखिक दुभाषिया \_\_\_\_\_; स्पर्श दुभाषिया \_\_\_\_\_; कार्यक्रम की समय सीमा के टेलीफोन कॉल रिमाइंडर \_\_\_\_\_;  
टेलीफोन पर हस्ताक्षर (यदि लागू हो) \_\_\_\_\_; आमने-सामने इंटरव्यू (घर का दौरा) \_\_\_\_\_; अन्य: \_\_\_\_\_

**क्या अधिकृत प्रतिनिधि को इस उचित संशोधन या संचार सहायता की ज़रूरत है**

**एक-बारगी \_\_\_\_\_ या चालू \_\_\_\_\_? यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन या सहायता की ज़रूरत है?**

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए:

दिनांक प्राप्ति: \_\_\_\_\_

### एक्सप्रेस लेन पात्रता:

एक्सप्रेस लेन पात्रता (ELE) 19 वर्ष से कम आयु के पात्र बच्चों को नामांकित करने या नवीनीकृत करने की एक स्वचालित प्रक्रिया है, जो पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), शरणार्थी नकद सहायता (RCA), बाल देखभाल और अभिभावक सेवाएं (CAPS), या महिलाएं, शिशु और बच्चे (WIC) चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में नामांकन प्राप्त कर रहे हैं।

परिवार एवं बाल सेवा प्रभाग (Division of Family and Children Services, DFCS), SNAP, TANF, RCA, CAPS or WIC से गृह आकार, निवास और आय की जानकारी का उपयोग करेगा, लेकिन DFCS, बच्चों को Medicaid या PeachCare for Kids® में अपने आप नामांकित या रिव्यू करने के लिए ELE निर्धारण हेतु चिकित्सा सहायता नियमों का उपयोग करके नागरिकता या आब्रजन स्थिति को सत्यापित करेगा। DFCS एक बार पूरा होने पर एक निर्धारण नोटिस भेजेगा, सदस्यों को कोई भी बदलाव करने देगा और उन्हें ELE प्रक्रिया से बाहर निकलने या किसी भी समय चिकित्सा सहायता मामले को समाप्त करने की अनुमति देगा।



## लाभों के लिए आवेदन

**क्या मैं SNAP तेजी से प्राप्त करने के लिए योग्य हूँ ? (यह जानकारी केवल SNAP आवेदकों के लिए मांगी गई है)**

आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में इन सवालों के जवाब दें कि क्या आप 7 दिनों के भीतर SNAP प्राप्त कर सकते हैं।

- क्या आप या आपके किसी घरेलू सदस्य के पास प्रवासी या मौसमी खेत श्रमिक का दर्जा है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कौन \_\_\_\_\_
- कुल सकल अर्जित आय जो इस महीने के लिए प्राप्त होगी: \$ \_\_\_\_\_  
नियोक्ता का नाम \_\_\_\_\_  
रोज़गार शुरू होने की तारीख: \_\_\_\_\_ रोज़गार समाप्ति की तारीख \_\_\_\_\_  
वेतन की दर \_\_\_\_\_ साप्ताहिक कार्य के घंटे: \_\_\_\_\_  
आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है: साप्ताहिक/द्वि-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (एक को सर्कल करें)
- कुल सकल अनर्जित आय जो इस महीने के लिए प्राप्त होगी: \$ \_\_\_\_\_  
अनर्जित आय के प्रकार \_\_\_\_\_ राशि \_\_\_\_\_  
कितनी बार प्राप्त हुआ: साप्ताहिक/द्वि-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (एक को सर्कल करें)  
अनर्जित आय के प्रकार \_\_\_\_\_ राशि \_\_\_\_\_  
कितनी बार प्राप्त हुआ: साप्ताहिक/द्वि-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (एक को सर्कल करें)
- इस महीने की कुल कमाई और अनर्जित आय: \$ \_\_\_\_\_
- आपके और घर के सभी सदस्यों के पास नकद या बैंक में कितना पैसा है? \$ \_\_\_\_\_
- आपके किराए, गिरवी, संपत्ति कर और/या गृहस्वामी की मासिक राशि क्या है बीमा? \$ \_\_\_\_\_
- इस महीने आपकी बिजली, पानी, गैस और/या अन्य उपयोगिताओं की कुल राशि कितनी है? \$ \_\_\_\_\_  
**(पिछले देय और विलम्ब शुल्क की कुल राशियों को छोड़कर)**
  - आपके घर का प्राथमिक हीटिंग या कूलिंग स्रोत क्या है? लागू होने वाले सभी को चिह्नित करें।  
इलेक्ट्रिक \_\_\_\_\_ गैस \_\_\_\_\_ विंडो या सेंट्रल एयर कंडीशनर \_\_\_\_\_ मिट्टी का तेल \_\_\_\_\_ लकड़ी \_\_\_\_\_
  - क्या आपको पिछले 12 महीनों में ऊर्जा सहायता (LIHEAP) प्राप्त हुई है?  
 हाँ  नहीं यदि हाँ, तो प्राप्त राशि \$ \_\_\_\_\_



## लाभों के लिए आवेदन

### हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में बताएं

**चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए:** कृपया अपने आप को, अपने पति या पत्नी, 21 वर्ष से कम उम्र के अपने बच्चों (सौतेले बच्चों सहित) को शामिल करें जो आपके साथ रहते हैं, आपके अविवाहित साथी जिन्हें हेल्थ कवरेज की ज़रूरत है, कोई भी जिसे आप अपने टैक्स रिटर्न में शामिल करते हैं, भले ही वे आपके साथ नहीं रहते हों, और 21 वर्ष से कम उम्र का कोई और जिसकी आप देखभाल करते हैं और आपके साथ रहते हैं। आपको अपने अविवाहित साथी को शामिल नहीं करना है जिसे हेल्थ कवरेज की ज़रूरत नहीं है, आपके अविवाहित साथी के बच्चे, आपके माता-पिता जो आपके साथ रहते हैं लेकिन अपना कर रिटर्न दाखिल करते हैं (यदि आपकी उम्र 21 वर्ष से अधिक है), या अन्य वयस्क रिश्तेदार जो अपना टैक्स रिटर्न फ़ाइल करते हैं। यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं (EMA) के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की ज़रूरत नहीं है।

### कृपया आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों के बारे में नीचे दिए गए चार्ट को भरें। निम्नलिखित संघीय कानून और विनियम:

**2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, और 42**

**C.F.R. § 435.920, DFCS को आपसे और आपके परिवार के सदस्यों के सामाजिक सुरक्षा नंबरों का अनुरोध करने के लिए अधिकृत करता है।** कोई भी व्यक्ति जो आपके घर में रह रहा है और लाभ के लिए आवेदन नहीं कर रहा है, उसे गैर-आवेदक माना जा सकता है। गैर-आवेदकों को हमें उनकी सामाजिक सुरक्षा संख्या, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी देने की ज़रूरत नहीं है और वे लाभों के लिए योग्य नहीं हैं। घर के अन्य सदस्य अभी भी लाभ प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं यदि वे अन्यथा पात्र हैं। यदि आप चाहते हैं कि हम यह तय करें कि क्या कोई घर का सदस्य लाभों के लिए योग्य है, तो भी आपको हमें उनकी नागरिकता या अप्रवास स्थिति के बारे में बताना होगा और हमें उनका सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) देना होगा। परिवार की पात्रता और लाभ के स्तर को निर्धारित करने के लिए आपको अभी भी हमें उनकी आय और संसाधनों के बारे में बताना होगा। हम किसी भी गैर-आवेदक वाले घर के सदस्य को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) सिस्टैमेटिक एलियन वेरिफिकेशन फॉर एंटाइटेल्मेंट (SAVE) सिस्टम को रिपोर्ट नहीं करेंगे, अगर वे हमें अपनी नागरिकता या इमिग्रेशन स्टेटस नहीं देते हैं। हालांकि, अगर आपके आवेदन पर आव्रजन स्थिति की जानकारी प्रस्तुत की गई है, तो यह जानकारी SAVE सिस्टम के माध्यम से सत्यापन के अधीन हो सकती है और यह परिवार की योग्यता और लाभ स्तर को प्रभावित कर सकती है। हम आपकी आय और योग्यता को सत्यापित करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ आपकी जानकारी का मिलान करेंगे। यह जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए उपयोग करने के लिए भी दी जा सकती है। यदि आपके परिवार के पास कोई SNAP क्लेम है, तो SSN सहित इस आवेदन की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और प्राइवेट क्लेमस कलेक्शन एजेंसियों को दी जा सकती है, ताकि वे उसे क्लेम जमा करने में उपयोग कर सकें। हम आवेदक परिवार के सदस्यों को लाभ देने से इनकार नहीं करेंगे क्योंकि घर के अन्य सदस्य अपनी SSN, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने में विफल रहते हैं।

नाम	संबंध	क्या यह व्यक्ति लाभों के लिए आवेदन कर रहा है?	क्या इस व्यक्ति को स्वास्थ्य बीमा की ज़रूरत है?	जन्म तिथि	सोशल सिक्योरिटी नंबर	लिंग	हिस्पैनिक या लैटिनो?	रेस कोड	क्या आप एक अमेरिकी नागरिक हैं, U.S. राष्ट्रीय, योग्य अप्रवासी या संतोषजनक अप्रवास स्थिति में? (केवल आवेदक)
प्रथम बीच का इनिशियल उपनाम		(हाँ/नहीं)	(हाँ/नहीं)	फ़ॉर्मेट (mm/dd/yy)	(गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक)	(पुरुष/महिला)	(वैकल्पिक)	(वैकल्पिक)	(हाँ/नहीं)
	खुद								

रेस कोड (लागू होने वाले सभी को चुनें):

**AI-** अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी

**AS -** एशियाई

**BL -** काला या अफ्रीकी अमेरिकी

**HP -** मूल निवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीप वासी

**WH -** सफ़ेद

नस्ल/जातीय जानकारी प्रदान करके, आप हमारे कार्यक्रमों को बिना किसी भेदभाव के संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे। आपके परिवार को हमें यह जानकारी देने की ज़रूरत नहीं है और यह आपकी पात्रता या लाभ स्तर को प्रभावित नहीं करेगा।



## लाभों के लिए आवेदन

अगर आप या अन्य घरेलू आवेदक U.S. नहीं हैं, नागरिक या U.S. नागरिकों, निम्नलिखित चार्ट को पूरा करें:  
(कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

नाम			अप्रवासन दस्तावेज़ के प्रकार	एलियन/प्रमाण पत्र/डॉक्यूमेंट ID नंबर	क्या आप 1996 से अमेरिका में रहते हैं?  (हाँ/नहीं)	नागरिक बनने की तिथि/अमेरिका में प्रवेश या दाखिले की तिथि (यदि लागू हो)  फ़ॉर्मट (mm/dd/yy)	क्या आप, या आपके पति या पत्नी या माता-पिता एक अनुभवी या यू.एस. सेना के एक्टिव-ड्यूटी मेंबर हैं?  (हाँ/नहीं)
पहला	बीच का इनिशियल	उपनाम					

### हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक बताएं

लाभों के लिए कौन योग्य है, यह तय करने के लिए हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में और ज़्यादा जानकारी की ज़रूरत है। कृपया नीचे दिए गए पृष्ठ पर केवल उन लाभों के बारे में प्रश्नों के उत्तर दें जिन्हें आप प्राप्त करना चाहते हैं।

1. क्या किसी को दूसरे काउंटी या राज्य में कोई लाभ मिले हैं? (केवल SNAP और TANF के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

2. क्या किसी को इस बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाया गया है कि वे कहाँ रहते हैं और उन्हें 8/22/1996 के बाद एक से अधिक क्षेत्रों में एकाधिक SNAP लाभ प्राप्त करने वाले कौन हैं? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

3. क्या आपके घर में किसी ने स्वेच्छा से नौकरी छोड़ दी या आवेदन की तारीख से 30 दिनों के भीतर स्वेच्छा से अपने काम के घंटे प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम कर दिए? (केवल SNAP और TANF के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो किसने छोड़ा? \_\_\_\_\_

उसने/उसने क्यों छोड़ दिया? \_\_\_\_\_



## लाभों के लिए आवेदन

4. क्या कोई गर्भवती है? (यह प्रश्न SNAP आवेदकों पर लागू नहीं होता)  हाँ  नहीं

यदि हाँ,

गर्भवती महिला का नाम: \_\_\_\_\_

अनुमानित नियत तिथि क्या है? \_\_\_\_\_; और कितने बच्चों की उम्मीद थी? \_\_\_\_\_

यदि नहीं, तो क्या पिछले 12 महीनों के भीतर घर में किसी का प्रसव हुआ या गर्भावस्था समाप्त हुई?  हाँ  नहीं

यदि हाँ,

गर्भवती महिला का नाम: \_\_\_\_\_

प्रसव/समाप्ति तिथि क्या थी? \_\_\_\_\_; और कितने शिशुओं का जन्म/प्रत्याशित हुआ? \_\_\_\_\_

\*केवल TANF आवेदकों के लिए कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:

अजन्मे बच्चे के पिता का नाम: \_\_\_\_\_

पिता का पता: \_\_\_\_\_

5. Medicaid आवेदकों के लिए, क्या किसी के पास पिछले 3 महीनों का कोई भुगतान नहीं किया गया मेडिकल बिल है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कृपया भुगतान न किए गए बिल भेजें यदि आपके पास Medicaid का मामला है।

6. क्या किसी को SNAP या TANF प्रोग्राम से अयोग्य घोषित किया गया है? (केवल SNAP और TANF के लिए)  
 हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

7. क्या कोई अपराध के लिए एक शून्य अभियोजन या जेल से भाग रहा है? (केवल SNAP और TANF के लिए)  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, कौन: \_\_\_\_\_

8. क्या किसी ने प्रोबेशन या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन किया है? (केवल SNAP और TANF के लिए)  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कौन: \_\_\_\_\_

9. क्या किसी को 8/22/1996 (केवल खाद्य टिकटों (SNAP) और TANF के लिए) के बाद नियंत्रित नशीली दवाओं (यानी, नशीली दवाओं के अपराधी) के कब्जे, उपयोग या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण घोर अपराध का दोषी ठहराया गया है या कोई हिंसक अपराध (केवल TANF के लिए)?  
 हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

a. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परीक्षा की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

b. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

c. क्या आपने किसी ड्रग संबंधी दोषसिद्धि से संबंधित **परीक्षा या पैरोल की सभी शर्तों को** सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

10. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद दवाओं के लिए SNAP लाभों का व्यापार करने का दोषी पाया गया है? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग



## लाभों के लिए आवेदन

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

11. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को SNAP लाभ खरीदने या बेचने का दोषी पाया गया है 8/22/1996 के बाद \$500 से अधिक? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

12. क्या आप या घर के किसी सदस्य को SNAP लाभों का व्यापार करने का दोषी पाया गया है, 8/22/1996 के बाद बंदूकों, गोला-बारूद, या विस्फोटक के लिए? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

13. क्या आपको या आपके घर के किसी सदस्य को गंभीर यौन शोषण के वयस्क के रूप में दोषी ठहराया गया है, हत्या, यौन शोषण, और बच्चों के साथ अन्य दुर्व्यवहार, एक संघीय या राज्य अपराध जिसमें यौन संबंध शामिल है हमला, या राज्य के कानून के तहत एक अपराध जो अटॉर्नी जनरल द्वारा निर्धारित किया गया है, काफी हद तक समान है 2/7/2014 के बाद इस तरह के अपराध के लिए? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

- क्या आप गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों का अनुपालन करते हैं एक गुंडागर्दी की सजा का? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं
- क्या आप गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं
- क्या आपने किसी घोर अपराध से संबंधित दोषसिद्धि से **संबंधित परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्तों** को सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है? (केवल SNAP के लिए)  हाँ  नहीं

14. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिली है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_ प्राप्त राशि: \_\_\_\_\_

15. क्या किसी ने निम्नलिखित प्रतिष्ठानों, शराब की दुकानों, कैसीनो, पोकर रूम, वयस्क मनोरंजन व्यवसाय, जमानत बांड, नाइट क्लब, सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, कूज जहाजों, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानों, टैटू/भेदी की दुकानों, और स्पा/मालिश सैलून पर TANF फ्रंड्स या Way2Go कार्ड का उपयोग किया है? (केवल TANF के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

16. क्या कोई है जो लाभ के लिए आवेदन कर रहा है, वर्तमान में गुजारा भत्ता प्राप्त कर रहा है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

मासिक राशि प्राप्त: \_\_\_\_\_



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग



## लाभों के लिए आवेदन

गुजारा भत्ता समझौते को अंतिम रूप देने या अंतिम बार संशोधित करने की तिथि: \_\_\_\_\_

### हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों की आय के बारे में बताएं

क्या आप या आपके घर में रहने वाले किसी व्यक्ति को किसी प्रकार की आय प्राप्त होती है जैसे: मजदूरी, टिप्स, बोनस, स्व-रोज़गार, सामाजिक सुरक्षा/रेलमार्ग सेवानिवृत्ति, अन्य विकलांगता, पेंशन, बेरोज़गारी, या कोई अन्य आय? SNAP और TANF के लिए, कृपया आय को भी सूचीबद्ध करें जैसे: VA आय, बाल सहायता, अन्य लोगों से धन या श्रमिकों का मुआवज़ा। यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें।

घरेलू सदस्य का नाम आय के साथ	आय के प्रकार	नियोक्ता का नाम/आय का स्रोत	मासिक राशि (कटौती से पहले)	कितनी बार प्राप्त हुआ (मासिक, द्विसाप्ताहिक, साप्ताहिक)	प्रति घंटा भुगतान	घंटे प्रति सप्ताह	भुगतान की तारीख (तारीखें)

क्या इस समय कोई हड़ताल पर है?  हाँ  नहीं

यदि स्व-रोज़गार है, तो कृपया अपनी मासिक व्यावसायिक व्यय राशि सूचीबद्ध करें: \$ \_\_\_\_\_

### हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों के संसाधनों के बारे में बताएं - TANF और SNAP आवेदकों के लिए, घर के सभी सदस्यों और Medicaid आवेदकों के लिए सभी संसाधनों की सूची बनाएं जो वृद्ध (65 या अधिक), नेत्रहीन या विकलांग (स्थायी हानि जो आपको काम करने से रोकते हैं।)

क्या आप या आप जिस किसी के लिए आवेदन कर रहे हैं, उसके पास कोई संसाधन है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जानकारी को पूरा करें (आपके, आपके पति या पत्नी, आपके आश्रितों या किसी और के संयुक्त स्वामित्व वाले सभी संसाधनों (संपत्तियों) की जांच करें। यदि आवश्यकता हो तो अतिरिक्त पेज अटैच करें)।

चेकिंग खाते	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	अंतिम संस्कार योजनाएं/प्रीपेड दफ़नाने से संबंधित आइटम	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
बचत खाते	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	दफ़न भूमि या कॉन्ट्रैक्ट्स	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
सरकारी बॉन्ड्स	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	स्टॉक्स और बॉन्ड्स	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
ट्रस्ट फंड्स	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	अन्य (IRA, CD, आदि)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
रियल प्रॉपर्टी/होमप्लेस प्रॉपर्टी?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

क्या आपने या आपके पति या पत्नी ने किसी संपत्ति को उसके मूल्य से कम में दिया है?  हाँ  नहीं

यदि आपने इनमें से किसी प्रश्न का उत्तर हाँ में दिया है, तो कृपया नीचे वर्णन करें।

संसाधन सहित परिवार के सदस्य का नाम	संसाधन का प्रकार	अकाउंट/पॉलिसी नंबर	कीमत	बैंक का नाम, बीमा कंपनी etc.

क्या आपके या आपके जीवनसाथी के पास कोई वाहन है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे वर्णन करें।



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग



## लाभों के लिए आवेदन

परिवार का सदस्य जिसके पास वाहन है	वाहन निर्माण	मॉडल	साल	बकाया राशि

क्या आपके पास या आपके पति या पत्नी के पास जीवन बीमा पॉलिसी है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी पूर्ण करें.

पॉलिसी के मालिक	बीमा कंपनी	पॉलिसी नंबर	फ़ेस मूल्य	नकद मूल्य

### हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों के खर्चों के बारे में बताएं (Medicaid आवेदकों के लिए वैकल्पिक)

क्या आप एक आश्रित बच्चे या एक विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य की देखभाल के लिए भुगतान करते हैं?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

जिस व्यक्ति को देखभाल की ज़रूरत है	वो व्यक्ति जो देखभाल के लिए भुगतान करता है	देखभाल का कारण	प्रदाता का नाम/नंबर	प्रदाता को भुगतान की जाने वाली राशि	कितनी बार भुगतान किया जाता है

क्या आप एक आश्रित बच्चे या विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य के लिए परिवहन व्यय का भुगतान करते हैं?  हाँ  नहीं  
क्या इन खर्चों को आश्रित देखभाल खर्च में शामिल किया गया है?  हाँ  नहीं  
यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें: सप्ताह में ड्राइव किए गए कुल मील: \_\_\_\_\_

क्या घर से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को परिवार में कोई बच्चे के समर्थन का भुगतान करता है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

परिवार का सदस्य जो भुगतान करने के लिए बाध्य है	उस बच्चे का नाम जिसके लिए सहायता का भुगतान किया जाता है	भुगतान हेतु बाध्य राशि	भुगतान की गई वास्तविक राशि	बाल सहायता का भुगतान किसे किया जाता है?

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के पास चिकित्सा व्यय है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

परिवार का वो सदस्य जिसके पास व्यय है	व्यय का प्रकार (डॉक्टर का दौरा, अस्पताल का दौरा, नुस्खे, चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, चश्मा)	बकाया राशि	अभी भी बकाया है? हाँ/नहीं	भुगतान की तारीख	क्या बीमा का भुगतान होगा? हाँ/नहीं



## लाभों के लिए आवेदन

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के परिवहन के लिए चिकित्सा व्यय है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

यात्रा का उद्देश्य (डॉक्टर या अस्पताल का दौरा; फ़ार्मसी पिक-अप)	ड्राइव किए गए कुल मील:	टैक्सी, बस, पार्किंग की लागत या लॉजिंग:

क्या आपके या घर के किसी सदस्य के पास आश्रय और उपयोगिता व्यय है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

व्यय	अमाउंट	कितनी बार?	किसने भुगतान किया?
किराया/बंधक			
प्रॉपर्टीकर			
प्रॉपर्टीबीमा			
बिजली			
गैस			
ईंधन तेल/लकड़ी/मिट्टी का तेल			
कुआं/सेप्टिक टैंक/पानी/नाला			
कचरा			
टेलीफ़ोन			
अन्य			

क्या आप मासिक घरेलू खर्च घर में किसी  के  साथ साझा करते हैं?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कौन? \_\_\_\_\_

कमेंट्स/डॉक्यूमेंटेशन \_\_\_\_\_

किसको भुगतान किया \_\_\_\_\_ भुगतान की गई राशि \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

मकान मालिक का नाम \_\_\_\_\_

मकान मालिक का पता: \_\_\_\_\_

क्या कोई और आपके लिए इन घरेलू बिलों में से किसी का भुगतान करता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें:

बिल का भुगतान कौन करता है?	कौन से बिलों का भुगतान किया जाता है?
कितनी राशि का भुगतान किया जाता है?	यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसके लिए करता है?

यदि Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं तो कृपया निम्नलिखित जानकारी को पूरा करें.

### टैक्स फ़ाइलर की जानकारी

1. क्या परिवार में कोई अगले वर्ष संघीय आयकर रिटर्न फ़ाइल करने का प्लान कर रहा है?  हाँ  नहीं  
(प्रत्येक व्यक्ति का नाम बताएं जो फ़ाइल करने का प्लान कर रहा है।) \_\_\_\_\_

2. क्या बताए गए कोई टैक्स फ़ाइलर पति या पत्नी के साथ संयुक्त रूप से फ़ाइल करेंगे?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया अपने पति या पत्नी का नाम सूचीबद्ध करें: \_\_\_\_\_



## लाभों के लिए आवेदन

3. क्या कोई टैक्स फ़ाइलर्स अपने टैक्स रिटर्न पर किसी आश्रित का क्लेम करेगा?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया आश्रित(तो) के नाम बताएँ:

4. क्या किसी को किसी और के टैक्स रिटर्न पर निर्भर होने का क्लेम किया जाएगा?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया टैक्स फ़ाइलर और आश्रित का नाम सूचीबद्ध करें:  
(फ़ाइल करने वाला) \_\_\_\_\_  
(आश्रित) \_\_\_\_\_  
टैक्स आश्रित, टैक्स फ़ाइलर से कैसे संबंधित है? \_\_\_\_\_

**कटौतियाँ:** लागू होने वाले सभी को चेक करें और अमाउंट बताएँ और आप इसे कितनी बार भुगतान करते हैं।

- भुगतान किया गया गुज़ारा भत्ता \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_  स्टूडेंट लोन ब्याज \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_  
 स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, 401K, और अन्य कर-पूर्व कटौतियाँ \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_  
 अन्य कटौतियाँ \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_ प्रकार: \_\_\_\_\_

### अन्य हेल्थ कवरेज

1. क्या किसी के पास अन्य स्वास्थ्य बीमा है जो आपके घर में किसी को भी कवर करता है?  हाँ  नहीं  
यदि आपने उपरोक्त प्रश्न 4 का उत्तर हाँ में दिया है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी और संलग्नक A को पूरा करें:

पॉलिसी धारक का नाम	स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम, पता और टेलीफ़ोन नंबर	कवरेज का प्रकार (अस्पताल, मेडिकेयर सप्लीमेंट, ड्रग्स, मेजर मेडिकल)	कवर किए गए व्यक्तियों के नाम	प्रभावी तिथि	पॉलिसी नंबर

2. क्या इस आवेदन में सूचीबद्ध किसी व्यक् को नौकरी से स्वास्थ्य बीमा की पेशकश की गई है? **हाँ को चेक करें, भले ही कवरेज किसी और की नौकरी से हो, जैसे कि माता-पिता या जीवनसाथी।**

- हाँ  नहीं यदि हाँ, तो आपको अनुलग्नक A को पूरा करना होगा।  
क्या यह राज्य कर्मचारी लाभ योजना है?  हाँ  नहीं

3. क्या आपने या इस आवेदन में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति ने पिछले 2 महीनों में कोई स्वास्थ्य बीमा खो दिया है?

- a.  हाँ यदि हाँ, तो वो क्यों खो गया? \_\_\_\_\_  
b.  नहीं

4. क्या कोई 18 वर्ष की आयु में Medicaid के लिए आवेदन कर रहा था?  हाँ  नहीं

5. क्या आपके घर में कोई अमेरिकी या अलास्का मूल निवासी है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो संलग्नक B पूरा करें।

**यदि कोई वृद्ध (65 या उससे अधिक), अंधा या विकलांग (स्थायी हानि जो आपको काम करने से रोकता है) है, तो कृपया प्रश्नों के उत्तर दें। (वैकल्पिक)**

1. क्या कोई स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन कर रहा है या नेत्रहीन है?  
 हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया नाम सूचीबद्ध करें: \_\_\_\_\_



परिवार और बच्चों की सेवा  
विभाग

## लाभों के लिए आवेदन

2. क्या आप या आपके पति या पत्नी वर्तमान में Medicare द्वारा कवर किए गए हैं?  
 हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कृपया नाम सूचीबद्ध करें: \_\_\_\_\_
3. क्या आप एक पूरक सुरक्षा आय (SSI) आवेदन से तीन महीने पहले से भुगतान न किए गए चिकित्सा बिलों को कवर करने के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?  
 हाँ  नहीं यदि हाँ, SSI आवेदन की तारीख: \_\_\_\_\_
4. क्या आप किसी ऐसे व्यक्ति के लिए आवेदन कर रहे हैं जो अब मर चुका है और जिसके पास पिछले तीन (3) महीनों के भीतर चिकित्सा बिलों का भुगतान नहीं किया गया है?  
 हाँ  नहीं
5. क्या आप किसी नर्सिंग होम में रहने वाले व्यक्ति की देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?  
 हाँ  नहीं
6. क्या आप 18 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्ति के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, जिसका SSI चेक रुक गया है?  
 हाँ  नहीं
7. क्या आप समुदाय-आधारित छूट सेवाओं जैसे सामुदायिक देखभाल सेवाओं, NOW/COMP, धर्मशाला देखभाल, स्वतंत्र देखभाल छूट, या डीमिंग वेवर (Katie Beckett) के भुगतान में सहायता के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?  
 हाँ  नहीं



## लाभों के लिए आवेदन

### SNAP जुमनि

जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए आप अपने लाभ खो सकते हैं या आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।

- आपके परिवार को जो लाभ नहीं मिलना चाहिए, उसे पाने के लिए झूठी जानकारी न दें या जानकारी छिपाएं।
- SNAP या EBT कार्ड्स का उपयोग न करें जो आपके नहीं हैं और किसी और को अपना उपयोग न करने दें।
- SNAP लाभों का उपयोग गैर-खाद्य वस्तुओं जैसे शराब या सिगरेट खरीदने या क्रेडिट कार्ड्स से भुगतान करने के लिए न करें।
- अवैध वस्तुओं, जैसे आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या नियंत्रित पदार्थ (अवैध ड्रग्स) के लिए SNAP या EBT कार्ड्स का व्यापार या बिक्री न करें।

कोई भी घर का सदस्य जो किसी भी SNAP नियम को उद्देश्य से तोड़ता है, उसे SNAP प्रोग्राम से एक वर्ष के लिए स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है, \$250,000 तक का जुर्माना, 20 साल तक की कैद या दोनों। वह अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत अभियोजन के अधीन भी हो सकता है। यदि न्यायालय आदेश दे तो उसे अतिरिक्त 18 महीने के लिए SNAP से भी प्रतिबंधित किया जा सकता है।

घर का कोई भी सदस्य जो जानबूझकर नियम तोड़ता है, उसे पहले अपराध के लिए एक साल, दूसरे अपराध के लिए दो साल और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से SNAP नहीं मिल सकता है।

यदि कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेन-देन में लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने के लिए दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य पहले अपराध के लिए दो साल और दूसरा अपराध के लिए स्थायी रूप से लाभ के योग्य नहीं होंगे।

अगर कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटक, आप या घर का वह सदस्य इस उल्लंघन के पहले अपराध पर SNAP कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से योग्य नहीं होंगे।

यदि कोई न्यायालय आपको या परिवार के किसी सदस्य को \$500 या उससे अधिक की कुल राशि के लिए अवैध व्यापार के लाभ के लिए दोषी पाता है, तो आप या वह परिवार का सदस्य इसके पहले अपराध पर SNAP कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से उल्लंघन योग्य नहीं होगा।

यदि आप या घर के किसी सदस्य ने कई SNAP लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान (वे कौन हैं) या निवास स्थान (जहाँ वे रहते हैं) के संबंध में एक कपटपूर्ण बयान या प्रतिनिधित्व दिया है, तो आप या वह परिवार सदस्य 10 वर्ष की अवधि के लिए SNAP कार्यक्रम में भाग लेने के लिए योग्य नहीं होंगे।

### TANF कार्यक्रम के जुमनि

TANF कार्यक्रम में, AU की योग्यता को स्थापित करने या बनाए रखने के लिए झूठी या भ्रामक जानकारी प्रदान करके, लाभ में वृद्धि, लाभों में कमी को रोकने, किसी नकारात्मक कार्रवाई से बचने के लिए जानकारी को रोकना या निषिद्ध स्थानों पर नकद सहायता का उपयोग करना जानबूझकर कार्यक्रम का उल्लंघन माना जाता है।

- कोई भी घर का सदस्य जो जानकारी छुपाता है और समय पर परिवर्तनों की रिपोर्ट नहीं करता है या सच नहीं बताता है, पहले उल्लंघन के लिए छह महीने, दूसरे उल्लंघन के लिए बारह महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से TANF लाभ खो देगा। नकद सहायता राशि या TANF डेबिट कार्ड का दुरुपयोग नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिंगो हॉल, दौड़ में लेन देन करने के लिए ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, कूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून सख्त वर्जित हैं और इसके परिणामस्वरूप पहले उल्लंघन के लिए छह महीने के लिए TANF लाभों का नुकसान होगा, बारह दूसरे उल्लंघन के लिए महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से।
- यदि कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को जानकारी छुपाती हुई पाती है या आप समय पर बदलाव की रिपोर्ट नहीं करते हैं या सच नहीं बताते हैं और दोषी ठहराया जाता है, तो आपको पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने, दूसरे उल्लंघन के लिए 12 महीने तक और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से TANF नहीं मिल सकता है।
- यदि कोई अदालत आपको या आपके घर के किसी सदस्य को इस बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाती है कि आप कहाँ रहते हैं, ताकि आप एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें, तो आपको 10 साल के लिए प्रतिबंधित कर दिया जाएगा।
- अगर किसी अदालत ने आपको 1/1/1997 को या उसके बाद नशीली दवाओं से संबंधित आरोप, नियंत्रित पदार्थ, या गंभीर हिंसक अपराध का दोषी ठहराया है, तो आप या घर का वह सदस्य पात्र और/या स्थायी रूप से अयोग्य नहीं होगा।

## सभी SNAP, TANF और Medicaid आवेदकों के लिए:

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि जिस व्यक्ति (यों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूँ वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी की पुष्टि कर सकती हैं। जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं SNAP और/या TANF कार्यक्रम की ज़रूरतों के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा। मैं यह भी रिपोर्ट करूँगा यदि मेरे परिवार में किसी को लॉटरी या जुए में \$4500 या उससे अधिक (कर या अन्य कटौतियों से पहले की सकल राशि) की राशि प्राप्त होती है। मैं इन जीत को प्राप्त होने के महीने के अंत से लेकर 10 दिनों के भीतर रिपोर्ट करूँगा। मैं समझता हूँ कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS प्रोग्रामों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी छुपाता हूँ तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूँ और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूँ, तो DHS-DFCS मेरे स्नेह लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

Georgia मानव सेवा विभाग ("DHS") लाभ के लिए आपके आवेदन के दौरान व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी (PII), जैसे नाम, पता, टेलीफोन नंबर, ईमेल पता और जन्म तिथि आदि जमा करता है। हमें कोई भी व्यक्तिगत जानकारी सबमिट करके, आप सहमत करते हैं कि हम ऐसी किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को DHS नीतियों, प्रक्रियाओं के अनुसार एकत्र, उपयोग और प्रकट कर सकते हैं, और जैसा कि कानून और/या विनियमों द्वारा अनुमत या आवश्यक है।

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

दिनांक

### मतदाता पंजीकरण जानकारी

यदि आप अभी जहां रहते हैं वहां मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं, तो क्या आप आज यहां मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

\_\_\_\_\_ हाँ

\_\_\_\_\_ नहीं

\_\_\_\_\_ मैं मतदाता पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता हूँ

पंजीकरण के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इंकार करने से आपको इस एजेंसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता की राशि प्रभावित नहीं होगी।

यदि आप मतदाता पंजीकरण आवेदन पत्र भरने में सहायता चाहते हैं, तो हम आपकी सहायता करेंगे। मदद लेने या स्वीकार करने का निर्णय आपका है। आप निजी तौर पर आवेदन फॉर्म भर सकते हैं।

यदि आप मानते हैं कि किसी ने वोट देने के लिए पंजीकरण करने या अस्वीकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, पंजीकरण करने या वोट करने के लिए आवेदन करने का निर्णय लेने में गोपनीयता का आपका अधिकार, या अपनी खुद की राजनीतिक पार्टी या अन्य राजनीतिक वरीयता चुनने का आपका अधिकार, आप यहाँ राज्य सचिव के पास शिकायत दर्ज कर सकते हैं। 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 या (404) 656-2871 पर कॉल करके।

यदि आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो यह माना जाएगा कि आपने इस समय वोट देने के लिए पंजीकरण नहीं करने का निर्णय लिया है।

**जॉर्जिया मतदाता पंजीकरण आवेदन की एक प्रति DFCS आवेदनों, नवीनीकरणों और पते के परिवर्तन के साथ शामिल है। आप अपने केस वर्कर से मतदाता पंजीकरण आवेदन का अनुरोध भी कर सकते हैं। यदि आप एक मतदाता पंजीकरण आवेदन को पूरा करते हैं, तो मतदाता पंजीकरण आवेदन पर दिए गए निर्देशों का पालन करते हुए इसे Georgia राज्य सचिव के कार्यालय में जमा करें।**

## (इन दस्तावेजों को अपनी जानकारी के लिए रखें)

### इस एप्लिकेशन में प्रयुक्त शब्दों का क्या मतलब है?

यह चार्ट उन शब्दों की व्याख्या करता है जिनका उपयोग हमने इस एप्लिकेशन में किया है।

<b>आवेदक</b>	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता या लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है।
<b>सहायता इकाई (AU)</b>	सहायता इकाई में ऐसे पात्र व्यक्ति शामिल होते हैं जो एक गर्भवती व्यक्ति और एक अजन्मे बच्चे सहित एक साथ रहते हैं, और सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करते हैं।
<b>देख भाल करने वाला</b>	माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अजन्मे बच्चे सहित अपनी देखभाल में बच्चों के साथ TANF के लिए आवेदन करते हैं और प्राप्त करते हैं।
<b>अयोग्य घोषित कर दिया</b>	SNAP या TANF मामले से किसी व्यक्ति को हटाने के लिए की गई कार्रवाई क्योंकि उन्होंने सच नहीं बताया और उन्हें ऐसे लाभ मिले जो उन्हें नहीं मिलने चाहिए थे।
<b>इलेक्ट्रॉनिक बेनिफ़िट ट्रांसफ़र (EBT)</b>	Georgia में SNAP के लिए योग्य व्यक्तियों को लाभ देने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली। सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को एक EBT डेबिट कार्ड जारी किया जाता है, जिसका उपयोग उनके SNAP अकाउंट्स को एक्सेस करने के लिए किया जाता है।
<b>इलेक्ट्रॉनिक संचार</b>	आपके पास यह चुनने का विकल्प है कि आप अपनी जानकारी के बारे में सूचनाएं कैसे प्राप्त करना चाहते हैं। यदि आप ईमेल या टेक्स्ट सूचनाएं प्राप्त करना चुनते हैं, तो आपको एक संदेश प्राप्त होगा जो आपको सूचित करेगा कि आपके पास GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित माई नोटिस में एक सूचना है।  ईमेल संचार के लिए, आपको हमें अपना ईमेल पता प्रदान करना होगा और खाता बनाने के बाद GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित कागज रहित नोटिस के लिए नियम और शर्तें स्वीकार करनी होंगी। कृपया अपनी अधिसूचना सेटिंग अपडेट करने के लिए GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> पर जाएं।  टेक्स्टिंग संचार के लिए, आपको हमें अपना फ़ोन नंबर प्रदान करना होगा। मानक संदेश और डेटा दरें लागू हो सकते हैं। यह वाहकों द्वारा भिन्न हो सकता है, कृपया अपने प्रदाता से संपर्क करें।
<b>अनुदान प्राप्तकर्ता रिश्तेदार</b>	माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अजन्मे बच्चे सहित बच्चों की ओर से अपने नाम पर TANF के लिए आवेदन करते हैं और प्राप्त करते हैं।
<b>सकल आय</b>	करोड़ों या अन्य कटौतियों को ध्यान में रखने से पहले किसी व्यक्ति की कुल आय।
<b>बेघर व्यक्ति</b>	एक व्यक्ति जिसके पास निश्चित और नियमित रात्रि निवास का अभाव है या एक व्यक्ति जिसका प्राथमिक रात्रि निवास है: <ul style="list-style-type: none"> <li>अस्थायी आवास प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया एक पर्यवेक्षित आश्रय (जैसे कि एक कल्याण होटल या सामूहिक आश्रय);</li> <li>एक आधा घर या इसी तरह की संस्था जो संस्थागत होने वाले व्यक्तियों के लिए अस्थायी निवास प्रदान करती है;</li> <li>किसी अन्य व्यक्ति के निवास में 90 दिनों से अधिक के लिए अस्थायी आवास; या</li> <li>एक ऐसी जगह जिसे मनुष्यों के लिए नियमित रूप से सोने के आवास के रूप में डिज़ाइन नहीं किया गया है या आमतौर पर इसका उपयोग नहीं किया जाता है (एक हॉलवे, एक बस स्टेशन, एक लॉबी, या इसी तरह के स्थान)।</li> </ul>
<b>घर के सदस्य</b>	आपके घर में रहने वाले लोग। SNAP के लिए, वे व्यक्ति जो एक साथ रहते हैं और एक साथ अपना भोजन खरीदते और तैयार करते हैं।
<b>आय</b>	भुगतान जैसे वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, कर्मचारी का मुआवजा, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बच्चे का समर्थन या प्राप्त धन का कोई अन्य रूप।
<b>मध्यम वर्ग कर राहत अधिनियम 2012</b>	यह अधिनियम नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड के उपयोग को नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं, पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, क्लूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून पर लेनदेन करने के लिए प्रतिबंधित करता है। इन व्यवसायों में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग प्राप्तकर्ता की ओर से एक जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन (धोखाधड़ी) होगा।
<b>प्रवासी खेत मजदूर</b>	ऐसे व्यक्ति जो मौसमी खेत मजदूर हैं और जो काम करने या खेत के काम की तलाश में एक घर से दूसरे घर में जाते हैं।
<b>गैर-आवेदक</b>	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन नहीं करता है या प्राप्त नहीं करता है। गैर-आवेदकों को सामाजिक सुरक्षा संख्या, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।
<b>योग्य विदेशी/अप्रवासी</b>	एक योग्य विदेशी/अप्रवासी वह व्यक्ति है जो कानूनी रूप से अमेरिका में रह रहा है जो निम्नलिखित श्रेणियों में से एक के अंतर्गत आता है:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>आव्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के तहत स्थायी निवास (LPR) के लिए कानूनी रूप से भर्ती व्यक्ति;</li> <li>विदेशी संचालन, निर्यात वित्तपोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोग अधिनियम 1988 की धारा 584 के तहत अमेरिकी एशियाई अप्रवासी;</li> <li>एक व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के तहत शरण दी गई है;</li> <li>शरणार्थी, INA की धारा 207 के तहत भर्ती;</li> <li>INA की धारा 212 (d)(5) के तहत शरणार्थी या आश्रयदाता के रूप में पैरोल दिया गया एक व्यक्ति;</li> <li>एक व्यक्ति जिसका निर्वासन 1 अप्रैल, 1997 से पहले INA की धारा 243 (h) के तहत रोक दिया गया है, या INA की धारा 241 (b) (3), जैसा कि संशोधित है;</li> <li>एक व्यक्ति जिसे 1 अप्रैल 1980 से पहले INA की धारा 203 (a) (7) के तहत सशर्त प्रवेश दिया गया है;</li> <li>1980 के शरणार्थी शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501 (e) में परिभाषित क्यूबा या हाईटियन अप्रवासी;</li> <li>2000 के अवैध व्यापार पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(b)(1) के तहत मानव तस्करी के शिकार;</li> <li>व्यक्तिगत उत्तरदायित्व और कार्य अवसर सुलह अधिनियम 1996 की धारा 431 (c) में निर्धारित शर्तों को पूरा करने वाले पस्त अप्रवासी, जैसा कि संशोधित है;</li> <li>अफगान या इराकी अप्रवासियों को INA की धारा 101(a)(27) के तहत विशेष अप्रवासी का दर्जा दिया गया है (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन);</li> <li>भारतीय आत्मनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 4 (e) के तहत INA की धारा 289 या संघ द्वारा मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिकों के तहत अमेरिका में रहने वाले कनाडा में जन्मे अमेरिकी भारतीय और;</li> <li>ह्लोंग या हाईलैंड लाओटियन आदिवासी सदस्य जिन्होंने वियतनाम युग (8/05/1964 – 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर अमेरिकी कर्मियों को सहायता प्रदान की.</li> </ul> <p>केवल चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए, कॉम्पैक्ट ऑफ़ फ्री एसोसिएशन (COFA) माइक्रोनेशिया के संघीय राज्यों, मार्शल द्वीप गणराज्य और पलाऊ गणराज्य के नागरिक हैं. COFA प्रवासियों को 5-वर्षीय की सीमा को पूरा करने की ज़रूरत नहीं है।</p>
<b>संसाधन</b>	नकद, संपत्ति, या संपत्ति जैसे बैंक अकाउंट्स, वाहन, स्टॉक, बॉन्ड और जीवन बीमा.
<b>मौसमी खेत मज़दूर</b>	वे लोग जो वर्ष के कुछ निश्चित समय पर फ़सल बोने, चुनने या पैकिंग करने का कार्य करते हैं। उन्हें एक अस्थायी आधार पर काम पर रखा जाता है, जब एक नौकरी के लिए नियमित आधार पर खेत में काम करने वाले श्रमिकों के मुकाबले ज़्यादा श्रमिकों की ज़रूरत होती है.
<b>SNAP में तस्करी</b>	SNAP लाभों के अवैध व्यापार का मतलब है: (1) EBT कार्ड्स, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर के ज़रिये जारी और एक्सेस किए गए SNAP लाभों को खरीदना, बेचना, चोरी करना, या अन्यथा आदान-प्रदान करना, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, या तो प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, मिलीभगत में या दूसरों के साथ मिलीभगत, या अकेले अभिनय करना; (2) आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, विस्फोटकों या नियंत्रित पदार्थों का आदान-प्रदान; (3) SNAP लाभों के साथ एक उत्पाद खरीदना जिसमें एक कंटेनर है जिसमें उत्पाद को छोड़ कर और जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करने के इरादे से वापसी जमा की आवश्यकता होती है, जानबूझकर उत्पाद को त्यागना, और जानबूझकर जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करना ; (4) उत्पाद को पुनर्विक्रय करके योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल प्राप्त करने के इरादे से SNAP लाभों के साथ उत्पाद खरीदना, और बाद में पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले में SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पाद को जानबूझकर पुनर्विक्रय करना; (5) पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले मूल रूप से SNAP लाभों के साथ मूल रूप से खरीदे गए उत्पादों को जानबूझकर खरीदना; (6) इलेक्ट्रॉनिक बेनिफ़िट ट्रांसफ़र (EBT) कार्ड्स, कार्ड नंबर और व्यक्तिगत पहचान संख्या (पिन), या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर द्वारा जारी और एक्सेस किए गए SNAP लाभों के आदान-प्रदान को खरीदने, बेचने, चोरी करने या अन्यथा प्रभावित करने का प्रयास, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों के साथ मिलीभगत या मिलीभगत में, या अकेले अभिनय करना.
<b>Way2Go डेबिट MasterCard</b>	Georgia राज्य ने TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए एक सुविधाजनक "इलेक्ट्रॉनिक" भुगतान विकल्प लागू किया है जिसे Way2Go डेबिट MasterCard कहा जाता है। इस भुगतान विकल्प के तहत, महीने के पहले कैलेंडर दिन प्राप्तकर्ता के खाते में पैसा जमा किया जाता है। यदि पहली बार सप्ताहांत या छुट्टी पर पड़ता है, तो लाभ पिछले महीने के अंतिम व्यावसायिक दिन पर उपलब्ध कराए जाते हैं। प्राप्तकर्ता के पास अपने फंड तक तत्काल पहुंच होती है क्योंकि फंड इलेक्ट्रॉनिक रूप से डेबिट MasterCard में लोड होते हैं।

### सभी Medicaid आवेदकों के लिए:

प्राप्तकर्ताओं या प्रदाताओं पर संदिग्ध Medicaid धोखाधड़ी की रिपोर्ट करने के लिए, Georgia सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग-महानिरीक्षक कार्यालय को (लोकल) (404) 463-7590 या (टोल फ्री) (800) 533-0686 पर कॉल करें; [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov) पर ईमेल द्वारा; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 पर जाएँ; या <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> पर जाएँ।

### **ADA /धारा 504 अधिकारों का नोटिस**

## विकलांग लोगों के लिए सहायता

Georgia मानव सेवा विभाग ("विभाग") को संघीय कानून\* द्वारा ज़रूरी है कि वह विकलांग व्यक्तियों को विभाग के कार्यक्रमों, सेवाओं, या गतिविधियों में भाग लेने और योग्यता प्राप्त करने के लिए समान अवसर प्रदान करे। इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे कार्यक्रम शामिल हैं।

विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए संशोधन ज़रूरी होने पर विभाग उचित संशोधन प्रदान करता है। उदाहरण के लिए, समान पहुंच प्रदान करने के लिए हम नीतियों, प्रथाओं या प्रक्रियाओं को बदल सकते हैं। समान रूप से प्रभावी संचार सुनिश्चित करने के लिए, हम विकलांग व्यक्तियों या विकलांगों के साथ उनके साथी, संचार सहायता, जैसे सांकेतिक भाषा दुभाषिए प्रदान करते हैं। हमारी मदद मुफ्त है। विभागों को ऐसा कोई संशोधन करने की ज़रूरत नहीं है जिसके परिणामस्वरूप सेवा, कार्यक्रम, या गतिविधि की प्रकृति में मौलिक परिवर्तन हो या अनुचित वित्तीय और प्रशासनिक बोझ हो।

### उचित संशोधन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें

अगर आपको कोई विकलांगता है और आपको उचित संशोधन, संचार सहायता या अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने केसवर्कर से संपर्क करें। उदाहरण के लिए, अगर आपको प्रभावी संचार के लिए किसी सहायता या सेवा की आवश्यकता है, जैसे कि सांकेतिक भाषा दुभाषिया, तो कॉल करें। आप अपने केसवर्कर से संपर्क कर सकते हैं या अपना अनुरोध करने के लिए DFCS को (877) 423-4746 या DCH केटी बेकेट (KB) टीम को 678-248-7449 पर कॉल कर सकते हैं। आप DFCS ADA उचित संशोधन अनुरोध प्रपत्र का उपयोग करके भी अपना अनुरोध कर सकते हैं, जो आपके स्थानीय DFCS कार्यालय में या ऑनलाइन <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> पर उपलब्ध है, या आप KB कार्यालय में DCH ADA उचित संशोधन अनुरोध प्रपत्र प्राप्त कर सकते हैं, जो ऑनलाइन <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> पर उपलब्ध है, या आप अपना संशोधन अनुरोध [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov) पर ईमेल कर सकते हैं।

### शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि आपकी अक्षमता के कारण विभागों ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है। उदाहरण के लिए, यदि आपने एक उचित संशोधन या सांकेतिक भाषा के दुभाषिए के लिए कहा है जिसे अस्वीकार कर दिया गया है या उचित समय के भीतर कार्रवाई नहीं की गई है, तो आप भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप अपने केस वर्कर, अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS सिविल राइट्स, ADA/सेक्शन 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 से संपर्क करके मौखिक या लिखित रूप में शिकायत कर सकते हैं। DCH के लिए, KB टीम ADA/सेक्शन 504 समन्वयक से यहाँ संपर्क करें। 2211 Beaver Run Road, Suite 150 Norcross, GA 30071 या P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ईमेल है: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

आप अपने केस वर्कर से DFCS नागरिक अधिकार शिकायत फॉर्म की एक प्रति मांग सकते हैं। शिकायत फॉर्म <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> पर भी उपलब्ध है। अगर आपको भेदभाव की शिकायत करने में मदद चाहिए, तो आप ऊपर सूचीबद्ध किसी भी DFCS कर्मचारी से संपर्क कर सकते हैं। ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं या सुनने में कठिनाई है या जिन्हें बोलने की अक्षमता हो सकती है, वे हमारे साथ जुड़ने के लिए एक ऑपरेटर के लिए 711 पर कॉल कर सकते हैं। DCH नागरिक अधिकारों की शिकायतों के लिए ईमेल है: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया और शिकायत फॉर्म के लिए लिंक यहां है: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

आप उपयुक्त संघीय एजेंसी के साथ भेदभाव की शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं। U.S. के लिए संपर्क जानकारी कृषि विभाग (USDA) और U.S. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS) "गैर-भेदभाव वक्तव्य" में शामिल है।

*\*1973 के पुनर्वास अधिनियम की धारा 504; 1990 के विकलांग अधिनियम के अमेरिकी; और विकलांग अमेरिकी अधिनियम संशोधन अधिनियम 2008 यह सुनिश्चित करता है कि विकलांग व्यक्ति गैरकानूनी भेदभाव से मुक्त हैं।*

**सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH)** नीति के तहत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रम आपकी जाति, आयु, लिंग, विकलांगता, राष्ट्रीय मूल या धर्म के आधार पर आपको पात्रता या लाभों से वंचित नहीं कर सकते हैं।

## USDA or HHS को आवेदन न भेजें

### भेदभाव रहित वक्तव्य

संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुसार और यू.एस. कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार विनियम और नीतियां, USDA, इसकी एजेंसियां, कार्यालय और कर्मचारी, और USDA कार्यक्रमों में भाग लेने वाली या प्रशासन करने वाली एजेंसियों को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (लिंग पहचान सहित) के आधार पर भेदभाव से प्रतिबंधित किया जाता है। और यौन अभिविन्यास), धार्मिक विश्वास, विकलांगता, उम्र, राजनीतिक राय, प्रतिशोध या USDA द्वारा संचालित या वित्त पोषित किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि में पिछले नागरिक अधिकारों की गतिविधियों के लिए प्रतिशोध. प्रोग्राम जो U.S. से वित्तीय सहायता प्राप्त करते हैं। स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS), जैसे जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), और HHS सीधे संचालित होने वाले कार्यक्रम भी संघीय नागरिक अधिकार कानूनों और HHS नियमों के तहत भेदभाव से प्रतिबंधित हैं।

विकलांग व्यक्ति जिन्हें कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों की आवश्यकता होती है (जैसे, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा), उन्हें उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभ के लिए आवेदन किया था. ऐसे व्यक्ति जो बधिर हैं, सुनने में कठिनाई है या जिनके पास बोलने की अक्षमता है, वे फेडरल रिले सेवा के माध्यम से (800) 877-8339 पर USDA से संपर्क कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, प्रोग्राम की जानकारी अंग्रेज़ी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है।

### USDA कार्यक्रमों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

USDA, कई खाद्य सुरक्षा और भूख कम करने वाले कार्यक्रमों जैसे पूरक पोषण सहायता प्रोग्राम (SNAP), भारतीय आरक्षण पर खाद्य वितरण प्रोग्राम (FDPIR) और अन्य के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है। भेदभाव की प्रोग्राम शिकायत दर्ज करने के लिए, प्रोग्राम भेदभाव शिकायत फॉर्म, (एडी-3027) को पूरा करें जो <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> और किसी भी USDA कार्यालय में या USDA को संबोधित एक पत्र लिखें और पत्र में फॉर्म में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करें। शिकायत फॉर्म की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए (866) 632-9992 पर कॉल करें। अपना भरा हुआ फॉर्म या लेटर USDA को इसके द्वारा जमा करें:

1. **मेल:** खाद्य और पोषण सेवा, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; या
2. **फ़ैक्स:** (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या
3. **फ़ोन:** (833) 620-1071; या
4. **ईमेल:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP मुद्दों के संबंध में किसी भी अन्य जानकारी के लिए, व्यक्तियों को या तो USDA [state information/hotline numbers](https://www.usda.gov/state-information/hotline-numbers) (800) 221-5689 पर संपर्क करना चाहिए, जो स्पेनिश में भी है, या राज्य की जानकारी/हॉटलाइन नंबरों पर कॉल करें (हॉटलाइन नंबरों की सूची के लिए लिंक पर क्लिक करें। राज्य); जो यहां ऑनलाइन देखा जा सकता है: [SNAP हॉटलाइन](https://www.usda.gov/state-information/hotline-numbers)।

### USDA कार्यक्रमों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

HHS स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ाने के लिए कई प्रोग्रामों के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, जिसमें TANF, हेड स्टार्ट, निम्न आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP) और अन्य शामिल हैं। यदि आप मानते हैं कि आपके साथ आपकी जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, लिंग (गर्भावस्था, यौन अभिविन्यास, और लिंग पहचान सहित), या उन कार्यक्रमों या गतिविधियों में धर्म के कारण भेदभाव किया गया है जो HHS सीधे संचालित करता है या जिसके लिए HHS संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, आप अपने लिए या किसी और के लिए नागरिक अधिकार कार्यालय (OCR) के साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं।

HHS के ज़रिये संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले कार्यक्रम के संबंध में अपने लिए या किसी और के लिए भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, OCR के शिकायत पोर्टल के ज़रिये फॉर्म को ऑनलाइन भरें <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> आप OCR से मेल द्वारा भी संपर्क कर सकते हैं: [Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फ़ैक्स: \(202\) 619-3818; या ईमेल: OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). तेज़ प्रोसेसिंग के लिए, हम आपको मेल के ज़रिये दर्ज करने के बजाय शिकायत दर्ज करने के लिए OCR ऑनलाइन पोर्टल का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं। जिन व्यक्तियों को नागरिक अधिकार शिकायत दर्ज करने में सहायता की आवश्यकता है, वे [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) पर OCR को एक मेल भेज सकते हैं या OCR को टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 पर कॉल कर सकते हैं। उन लोगों के लिए जो बहरे हैं, सुनने में कठिनाई है, या बोलने में कठिनाई है, कृपया दूरसंचार रिले सेवाओं तक पहुंचने के लिए 7-1-1 डायल करें। हम शिकायत दर्ज करने के लिए मुफ्त वैकल्पिक प्रारूप (जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट), सहायता और भाषा समर्थन सेवाएँ भी प्रदान करते हैं।

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है।

मानव सेवा विभाग (DHS) के तहत, आप अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 समन्वयक से Georgia मानव सेवा विभाग, सामान्य परामर्शदाता कार्यालय, 47 Trinity Avenue SW, 30334 1<sup>st</sup> Floor, Atlanta, GA (877) 423-4746 से संपर्क करके भी भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं। सीमित अंग्रेज़ी दक्षता के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतों के लिए, Georgia मानव सेवा

विभाग, सामान्य परामर्शदाता कार्यालय, 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334 पर DHS लिमिटेड अंग्रेज़ी प्रवीणता और संवेदी हानि प्रोग्राम से संपर्क करें या (877) 423-4746 पर कॉल करें।

**USDA or HHS को आवेदन न भेजें**